

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL**

VOLMIR MIELCZARSKI DOS SANTOS

**AS INCIDÊNCIAS DA PSICANÁLISE NAS INSTITUIÇÕES DE ATENDIMENTO A
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS PSÍQUICOS GRAVES**

Porto Alegre

2017

VOLMIR MIELCZARSKI DOS SANTOS

**AS INCIDÊNCIAS DA PSICANÁLISE NAS INSTITUIÇÕES DE ATENDIMENTO A
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS PSÍQUICOS GRAVES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Dra. Marta Regina de Leão D'Agord

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Santos, Volmir Mielczarski dos
AS INCIDÊNCIAS DA PSICANÁLISE NAS INSTITUIÇÕES DE
ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
TRANSTORNOS PSÍQUICOS GRAVES / Volmir Mielczarski
dos Santos. -- 2017.
83 f.
Orientador: Marta Regina de Leão D'Agord.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional,
Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Psicanálise - Instituição. 2. Inclusão Social.
3. Autismo. 4. Psicose. 5. Equipe Interdisciplinar..
I. D'Agord, Marta Regina de Leão, orient. II. Título.

VOLMIR MIELCZARSKI DOS SANTOS

AS INCIDÊNCIAS DA PSICANÁLISE NAS INSTITUIÇÕES DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS PSÍQUICOS GRAVES

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em: _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marta Regina de Leão D'Agord – UFRGS

Profa. Dra. Analice de Lima Palombini – UFRGS

Profa. Dra. Carla Karnoppi Vasques – UFRGS

Profa. Dra. Leda Mariza Fischer Bernardino – USP

RESUMO

As questões desenvolvidas na escrita desta tese são decorrentes de um percurso desde uma prática clínica interdisciplinar psicanalítica em instituição. Tal prática se desenvolveu em diferentes contextos institucionais, tanto relativos à área da educação como da saúde mental, voltados ao atendimento de crianças e adolescentes com diferentes dificuldades relativas à sua constituição psíquica. No curso destas vivências, nos deparamos com a exigência de fundamentação de nossas intervenções. No momento em que passamos a nos dedicar nestes contextos à criação de novas modalidades clínicas de atendimento, nosso trabalho de fundamentação se dirigiu a uma elaboração teórico-clínica destas modalidades. Na presente tese procuramos formalizar tal elaboração a partir de um exercício de refinamento de enunciados e conceitos na direção da possibilidade de sustentação de uma práxis psicanalítica nas equipes e nas instituições. Assim como Lacan formalizou ato e discurso psicanalítico desde o método clínico psicanalítico legado por Freud, partimos de uma premissa inicial: que podemos de forma homóloga destacar elementos de uma práxis clínica que, transpostos para o trabalho das equipes e das instituições voltadas ao acolhimento e tratamento de crianças com autismos e psicoses, favoreçam a proposição de dispositivos clínicos psicanalíticos. Tomamos como base para uma elaboração metodológica um diálogo com experiências institucionais que organizam a proposição de dispositivos de atendimento a crianças e adolescentes com autismos e psicoses desde o referencial psicanalítico. Desde o destaque da lógica subjacente à organização destas instituições, realizamos uma reflexão sobre quais condições mínimas são necessárias na inserção de dispositivos de atendimento em equipes e instituições, não necessariamente psicanalíticas, para que consideremos que estejamos trabalhando desde a lógica de um dispositivo clínico psicanalítico. Com os elementos de nossa elaboração pretendemos oferecer ferramentas teórico-clínicas àqueles profissionais que se deparam cotidianamente com os desafios e impasses no acolhimento e atendimento de crianças e adolescentes com autismos e psicoses. Assim estimular tanto a elaboração dos dispositivos em andamento quanto a sua criação nos espaços em que estão ausentes.

Palavras-chave: Psicanálise – Instituição. Inclusão Social. Autismo. Psicose. Equipe Interdisciplinar.

ABSTRACT

The issues developed in the writing of this thesis are due to a path from an interdisciplinary psychoanalytic clinical practice in an institution. This practice has developed in different institutional contexts, both related to education and mental health, aimed at the treatment of children and adolescents with different difficulties related to their psychic constitution. In the course of these experiences, we are faced with the exigency of grounding our interventions. At the moment in which we passed to dedicate ourselves in these contexts to the creation of new clinical modalities of treatment, our work of grounding was directed to a theoretical-clinical elaboration of these modalities. In the present thesis, we seek to formalize this elaboration from an exercise of refinement of statements and concepts towards the possibility of sustaining a psychoanalytic praxis in teams and institutions. As well as Lacan formalized psychoanalytic act and discourse since the legacy psychoanalytic clinical method by Freud, we start from an initial premise: that we can in a homologous way highlight elements of a clinical praxis that, transposed to the work of the teams and institutions concerned with reception and treatment of children with autisms and psychoses, will favor the proposition of psychoanalytic clinical devices. We take as a base for a methodological elaboration a dialogue with institutional experiences that organize the proposition of devices to treat children and adolescents with autisms and psychoses since the psychoanalytic framework. From the standout underlying logic to the organization of these institutions, we reflect on what minimum conditions are necessary in the insertion of treatment devices in teams and institutions, not necessarily psychoanalytic, so that we consider that we are working since the logic of a psychoanalytic clinical device. With the elements of our elaboration, we intend to offer theoretical-clinical tools to those professionals who are came across everyday with the challenges and impasses in the reception and treatment of children and adolescents with autisms and psychoses. Thus, it stimulates such the elaboration of the devices in progress as their creation in the spaces in which they are absent.

Keywords: Psychoanalysis – Institution. Inclusion. Autism. Psychosis. Interdisciplinary Team

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 8 |
| 1.1 | Histórico de nossas vivências e desdobramento das questões iniciais de pesquisa | 8 |
| 2 | PROPOSTA DE CONTORNO A NOSSO PROBLEMA DE PESQUISA ATUAL | 14 |
| 3 | MÉTODO CLÍNICO PSICANALÍTICO NA SITUAÇÃO DE TRATAMENTO E NA SITUAÇÃO DE PESQUISA | 19 |
| 3.1 | A instituição como um dispositivo psicanalítico: Luciano Elia e o DPA (Dispositivo Psicanalítico Ampliado) | 22 |
| 4 | AS INSTITUIÇÕES PSICANALÍTICAS E OS DISPOSITIVOS CLÍNICOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM AUTISMO E PSICOSE | 26 |
| 4.1 | Maud Mannoni, a instituição éclatée (estourada) | 26 |
| 4.2 | Kupfer e os elementos da Educação Terapêutica no “Lugar de Vida” | 35 |
| 4.3 | O “Le Courtil” e a Pratique à Plusieurs (prática entre muitos) | 41 |
| 5 | A INTRODUÇÃO DOS DISPOSITIVOS CLÍNICOS PSICANALÍTICOS EM EQUIPES E INSTITUIÇÕES: PARA ALÉM DAS INSTITUIÇÕES PSICANALÍTICAS | 47 |
| 5.1 | Os tempos constituintes do sujeito | 52 |
| 5.2 | O brincar e sua função nos tempos constituintes do sujeito | 53 |
| 6 | CASOS | 59 |
| 6.1 | “O menino enrolado no cobertor”: ajudando a percorrer as estepes ermas do significante | 59 |
| 6.2 | A menina enfaixada: um fantasma reencenado | 61 |
| 6.3 | “O jogador de futebol”: o que seria desespecializar a relação ao saber de origem | 63 |
| 6.4 | “É só um cafezinho”: uma saber a mais desde aquele que não supomos saber | 66 |
| 6.5 | “Ninguém quer a minha filha”: circulando à procura de um lugar | 67 |
| 6.6 | “Bonecos em cima do telhado”: idas e vindas transferenciais de um menino | 70 |

| | | |
|----------|-----------------------------------|-----------|
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 72 |
| | REFERÊNCIAS | 80 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Histórico de nossas vivências e desdobramento das questões iniciais de pesquisa

As questões desenvolvidas na escrita desta tese são decorrentes de percurso desde uma prática clínica interdisciplinar psicanalítica em instituição. Esta prática se desenvolveu em diferentes contextos institucionais, tanto relativos à área da educação como da saúde mental, voltados ao atendimento de crianças e adolescentes com diferentes dificuldades relativas à sua constituição psíquica. Durante 20 anos temos acolhido e proposto tratamentos a estes sujeitos, acompanhado seus familiares e estabelecido uma interlocução com profissionais de distintas áreas.

Confrontamo-nos com uma série de desafios específicos à proposição de tratamentos em equipe a uma parcela significativa destas crianças e adolescentes que têm chegado ao acolhimento com sintomas de autismos e psicoses. Durante este período de tempo, procuramos desenvolver modalidades clínicas de atendimento que contemplem estas especificidades, trabalho que tem envolvido uma necessidade de elaboração teórico-conceitual que encontra no referencial psicanalítico legado pelas proposições de Freud e Lacan e de seus seguidores base para tal desenvolvimento.

A exigência desta fundamentação foi se desdobrando de modo gradativo. No início de nosso trabalho clínico em instituição, fomos nos confrontando no dia a dia com os problemas, e, hoje, podemos considerar que os impasses que esses problemas provocavam portavam um saber não sabido que aguardava um exercício de elaboração. Nossas perguntas, enquanto analistas iniciantes, se centravam na possibilidade de desenvolvimento de uma escuta psicanalítica individual em equipes multiprofissionais que propunham seu trabalho inseridas em instituições especializadas na área da educação especial. Estas instituições ainda se apresentavam, tanto em relação à sua organização quanto na disposição das diferentes intervenções, sustentadas por um modo empirista, o que tornava suas disposições tediosas e pouco criativas. O nosso desafio foi, nesse momento, através de uma “infiltração” de pressupostos psicanalíticos, tanto modificar o modo de organização do fazer clínico e educacional a partir da escuta do sujeito em transferência, quanto começar a ajudar a relativizar o modelo de intervenção em nível mais amplo da instituição.

A nossa pergunta, que se restringia inicialmente ao âmbito individual de escuta clínica, começa aos poucos a se enlaçar a outros âmbitos, a partir da observação de que os pequenos deslocamentos subjetivos produzidos no atendimento individual, ao se ligarem com outras experiências no cotidiano escolar, possibilitavam que emergissem ali novas manifestações do sujeito. Considerando a situação inicial destes adolescentes, que era de uma precariedade psíquica bastante importante aliada a um desânimo e apatia inicial por parte dos educadores, começamos a nos indagar pela relação e possível articulação entre estes diferentes espaços na instituição. A vivência no cotidiano institucional, até então marcada por uma rotina repetitiva desde as propostas educacionais, passava a cenário para pequenos deslocamentos nos quais víamos potência. As mudanças ocorridas desde uma escuta psicanalítica do sujeito permitiram o esboço de uma primeira reflexão sobre os efeitos da transversalização da psicanálise no trabalho institucional, que permitiu que os sintomas deixassem de ser certeza de uma doença para tomar o estatuto da palavra (PINHO, 1996).

Essas indagações iniciais deram forma à escrita da dissertação de mestrado desenvolvida no programa de Psicologia Social e Institucional da UFRGS intitulada *Adolescência e Psicose: da exclusão à construção de novos laços sociais* (2005). Naquele trabalho partimos de uma reflexão sobre a peculiaridade das inscrições psíquicas na adolescência e investigamos a relação entre as experiências escolares e a estruturação subjetiva dos adolescentes com psicose. Desenvolvemos a proposição de que uma posição infantilizada, decorrente da não efetivação das aquisições características da adolescência, poderia ser problematizada a partir do destaque e da análise de modalidades de experiências que a escola tem condições de propiciar e que podem alçar o sujeito a uma nova relação com novas inscrições psíquicas.

Partimos da concepção de Jerusalinsky (1999a) de *efeitos estruturantes da educação* para tentar articular os acontecimentos da clínica psicanalítica dedicada à articulação da constituição subjetiva com as experiências propostas no campo educativo, assim como de Rassial (1997), para quem os fenômenos característicos da adolescência são *ensaios* através dos quais o sujeito visaria à instalação de uma nova posição, diferente da infantil, constituindo possivelmente novas referências simbólicas, distintas daquelas estabelecidas na infância. Ao produzir-se um momento *a posteriori* (só depois) da infância, muito mais lógico do que cronológico, poderia

então o adolescente colocar em causa as marcas que o fundaram, transformando o momento da adolescência em tempo possível para a produção de novas inscrições psíquicas. Através do método da construção de caso demonstramos, em algumas situações no cotidiano de uma escola especial, que o mais importante não seria o destaque das condições genéricas a respeito de uma experiência possível na adolescência, mas refletir sobre a forma singular como cada um deles produzia, em alguns casos, uma relação nova com a forma de saber que os colocava em uma posição infantilizada.

Desde fragmentos destacados das cenas no cotidiano escolar, nos quais o psicanalista circulava com certa liberdade e se dispunha a oferecer espaços de escuta psicanalítica a estes adolescentes, concluímos que havia fenômenos característicos da adolescência na maioria dos casos. Esta escuta e a construção de caso decorrente destacaram que havia impasses reencenados relativos ao destacamento de uma posição infantil. O que observamos foi que esta condição não avançava muitas vezes devido a dificuldades estruturais de sujeito, mas também porque muitos deles não tinham nenhum espaço de escuta em ambiente externo à escola, a maioria deles exclusivamente medicados. Na escola, o oferecimento de espaços de escuta se mostrou viável, no entanto, o desdobramento destes achados no cotidiano das atividades esbarrou, por um lado, nos limites da própria pesquisa, não foi proposta uma intervenção mais articulada com os educadores, e, por outro, na pouca maleabilidade das propostas educativas da escola, situação paradoxal na medida em que era apresentada como organizada para receber crianças e adolescentes com diagnóstico de autismo e psicose. A nossa interlocução com os educadores era limitada a algumas situações e não foi propósito da pesquisa propor algo aí, todavia, percebemos todo um viés que poderia ser explorado quanto à relação entre as possibilidades de subjetivação e a circulação pelos espaços institucionais.

Em um segundo momento de nossas vivências institucionais passamos a voltar nossa atenção para as especificidades da clínica em instituição em contexto de trabalho clínico interdisciplinar transversalizado pelo saber psicanalítico. Quantos terapeutas são necessários, as relações entre os diferentes saberes e suas possibilidades e desafios, como organizar as diferentes formas de intervir, como organizar os espaços de trabalho. Estas questões começaram a tomar uma forma de ordenamento quando passaram a ser abordadas a partir da inserção da concepção do *terapeuta único* em nossos trabalhos em equipe. Este, como um agente operativo

diante da criança, tradutor em unicidade da língua falada para a diversidade de discursos técnicos e científicos, conduzindo as intervenções com a criança e os pais (JERUSALINSKY, 1999b).

As reflexões dessa época nos permitiram começar a precisar melhor as maneiras de articular os diversos saberes envolvidos na intervenção clínica com crianças e adolescentes. Muitos destes apresentavam-se com sérias limitações decorrentes de impasses ou paradas no curso de sua estruturação psíquica, correspondendo às características dos autismos e das psicoses, associadas ou não a problemas de origem orgânica.

As diversas funções afetadas, acrescentadas as dificuldades psíquicas, vinham sendo abordadas através de uma tradição da clínica multiprofissional, na qual se multiplicavam intervenções no suposto de que sua adição sistemática contribuiria para restabelecer um quadro de normalidade. Desta forma, era oferecida uma aparência de racionalidade na qual a soma de especialidades e disciplinas formava uma proposta de resolver um problema de cada vez e de acordo com a natureza de cada um deles.

O que se passou a observar com o passar do tempo era que esta fragmentação imaginária das intervenções produzia efeitos iatrogênicos sobre o sujeito. A criança e o adolescente, enquanto sujeitos, ao serem confrontados com tantos discursos apresentados em equivalência, se viam perante situações nas quais não se constituía neles base para possibilitar uma escolha para determinar um sistema de significações. Além disso, os pais padeciam de um vacilo quanto a exercer qualquer saber perante a diversidade dos transtornos manifestos, condição que era reforçada diante dos tantos saberes competentes ofertados pela crescente especialização da clínica a fazer frente, um a um, à série de problemas em questão.

Ao passarmos a utilizar uma ferramenta central para a montagem de estratégias interdisciplinares, a escuta do sujeito em transferência¹, começamos a organizar o trabalho sob efeito de tal escolha. O acolhimento era composto por profissionais das áreas estruturais e instrumentais². Um psicanalista, um neurologista,

¹ A escuta do sujeito em transferência envolve considerar, nos diferentes aspectos da proposição do atendimento, a singularidade de cada caso.

² Buscávamos inspiração na diferenciação proposta por Coriat e Jerusalinsky (1996) entre aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento. Os aspectos estruturais envolvem o aparelho biológico, especialmente o sistema nervoso central, o sujeito psíquico e o cognitivo. Os aspectos instrumentais envolvem as ferramentas através das quais o sujeito faz o seu intercâmbio com o meio,

correspondendo à área estrutural, e era eleito, um terapeuta da área instrumental. Não partíamos da proposta de definir antecipadamente a prevalência de um ou outro discurso perante as situações clínicas concretas. Tentávamos propor um modelo que era permeável às diferentes circunstâncias.

O que fomos observando e verificando, a partir de uma escuta em transferência proposta por mais de um profissional, foi a importância de dimensionar a perspectiva de trabalho sob a ótica da posição subjetiva desde a qual os sujeitos suportavam seus sintomas. Muitas vezes, os sintomas produzidos por problemas orgânicos não se constituíam necessariamente em obstáculo ao desenvolvimento, isto dependia de que se constituísse como sintoma psíquico. A prevalência de uma ou outra especialidade não se relacionava a um problema relativo ao número de questões afetadas, mas a questão inicial do trabalho clínico interdisciplinar passou a ser a constituição de uma leitura do estatuto psíquico do sintoma. As propostas de intervenção seguiam desde a composição desta leitura.

As propostas de intervenção tendiam a eleger um terapeuta ou psicanalista para referência no atendimento da criança ou do adolescente; os outros profissionais, quando intervinham, respeitavam o andamento transferencial da relação com o terapeuta único. Esse profissional, com o apoio da equipe, acabava tendo um papel importante na tentativa de deslocamento da relação do sujeito com as limitações com as quais chegavam em nosso trabalho. Neste percurso, ajudar os pais a retomarem suas funções parentais se fazia necessário, pois o terapeuta ou psicanalista não é alguém que possa substituir essa função quando esteja ausente. Ele se tornava alguém que passava a ter condições de sustentar naqueles que rodeiam a criança em sua vida habitual a retomada de suas funções para o recomeço de um processo.

Nesse aspecto, fomos percebendo, com o passar do tempo, que o trabalho de escuta com os pais era imprescindível para o andamento de nossas intervenções. Não era proposto um tratamento, e sim um acompanhamento através de entrevistas, que começava no acolhimento e avaliação e continuava, às vezes de forma sistemática, outras pontualmente. Essas intervenções de escuta dos pais muitas vezes ocorriam com psicanalista, mas não necessariamente. Por vezes acontecia com o terapeuta instrumental que ficava na referência do caso. Aspectos desse momento de nosso

levam a facilitar a sua relação com o mundo e consigo. Destes aspectos se ocupam disciplinas que intervêm sobre alterações específicas, tais como Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

trabalho deram origem à publicação em 2009 do livro *Deficiência Múltipla: uma abordagem psicanalítica interdisciplinar*.³

Desde o acompanhamento clínico de diferentes casos, fomos nos deparando com um limite à nossa intervenção. Fomos percebendo que os avanços que conseguíamos desde a clínica, tanto os relativos aos aspectos estruturais quanto os instrumentais, tinham as suas extensões problematizadas quando não havia de forma paralela um trabalho educacional. As dificuldades decorrentes da associação entre problemáticas psíquicas graves e deficiências múltiplas eram tão significativas que a entrada na escolarização para muitos, quando era tentada, fracassava, em outros casos se apresentava como algo muito distante. Certa dose de angústia tomava conta da equipe perante o sofrimento dos pais: na medida em que o tempo ia passando e as oportunidades de aprendizagem específica a uma situação de aprendizagem, tanto quanto a convivência entre pares, não aconteciam, o que fazer?

Com essa nova questão, um conjunto de terapeutas e educadores, que fazia até então parte da clínica, começou a se reunir para responder a estas indagações. Criamos um novo espaço junto à clínica, uma modalidade educacional em pequenos grupos, nos quais eram propostas atividades que visavam, em primeira instância, possibilitar um compartilhamento de experiências. Com esta modalidade, passamos a uma nova etapa de nosso trabalho, uma elaboração que tem envolvido não somente a criação de novas modalidades de atendimento a crianças e adolescentes com autismos e psicoses⁴, mas também a reflexão sobre a importância da fundamentação teórico-clínica da proposição destas modalidades.

³ *Deficiência múltipla: uma abordagem psicanalítica interdisciplinar*. São Leopoldo: Oicos, 2009.

⁴ Utilizaremos autismos e psicoses quando quisermos abarcar as variantes de cada quadro e autismo e psicose para nos referirmos especificamente a formas de estruturação do sujeito, neste caso, agrega-se o autismo às três estruturas clínicas clássicas em psicanálise: neurose, psicose e perversão.

2 PROPOSTA DE CONTORNO A NOSSO PROBLEMA DE PESQUISA ATUAL

Como já observamos, no terceiro momento de nossas vivências institucionais passamos a nos dedicar à criação e elaboração de novos dispositivos de atendimento em instituições.⁵ Passamos, com estas experiências, a intensificar a nossa atenção no sentido de formalizarmos nossos pressupostos para melhor intervir nas dificuldades que têm emergido desde a perspectiva de acolhimento e proposição de tratamento em equipes e instituições a crianças e adolescentes que apresentam especificidades relativas à sua estruturação psíquica – quadros psicopatológicos tradicionalmente identificados como psicóticos ou autistas.

Temos nos dedicado a propor uma elaboração teórico-conceitual que possibilite um refinamento de enunciados e conceitos relacionados à definição dos eixos estruturantes da práxis clínica psicanalítica em instituição. Assim como Lacan formalizou ato e discurso psicanalítico desde o método clínico psicanalítico legado por Freud, partimos de uma premissa inicial: *podemos de forma homóloga destacar elementos de uma práxis clínica que, transpostos para o trabalho das equipes e das instituições voltadas ao acolhimento e tratamento de crianças com autismos e psicoses, operem efeitos terapêuticos nos casos em que esses sintomas se façam presentes*. Uma vez que definamos uma estrutura da clínica psicanalítica a partir da composição de seus elementos, podemos pensar que uma subversão é possível e propor intervenções de forma homóloga ao trabalho do psicanalista, isto é, transpor efeitos do discurso psicanalítico para o âmbito das equipes e das instituições.

Em nosso caminho de formulação, temos nos dedicado a destacar um elemento imprescindível a este processo de subversão: a consideração das especificidades dos processos psíquicos em jogo nos casos nos quais os autismos e as psicoses se fazem presentes. Enfatizar na proposição dos diferentes dispositivos clínicos que o ponto fundamental que deve orientar nossas intervenções deve ser a consideração da singularidade desses processos descortina todo um trabalho pela

⁵ Criamos em 2002, junto a uma clínica interdisciplinar, projeto voltado à inclusão de crianças e adolescentes com deficiências múltiplas associadas a quadros de autismo e psicose denominado *Espaço Educativo*. Em 2012 fundamos um dispositivo denominado *Centro Interdisciplinar Travessia* voltado à inclusão escolar de crianças e adolescentes com quadros de autismo e psicose sem experiência de escolarização ou em situação de risco escolar.

frente. Este envolve, admitamos, sustentar o ideal de oferecer uma diversidade de espaços nos quais o acolhimento e tratamento para as crianças e adolescentes valorizem e insiram em seus cotidianos um princípio de liberdade de circulação, bem como poder passar de um lugar a outro, facilitar encontros com as pessoas e as coisas de seu interesse, e favorecer a expressão.⁶

Estamos destacando inicialmente o quanto pode ser possível organizar os nossos espaços de intervenção baseados em um princípio de heterogeneidade. Estamos falando dos diferentes espaços, mas também isto é válido para as diferentes pessoas que trabalham. Como podemos favorecer o sujeito a passar de um lugar a outro, mas também de uma pessoa a outra, o que poderia nos ajudar a diferenciar tais lugares? A eficácia de nosso trabalho decorre, no caso, de poder favorecer essa dimensão de passagem, que depende de termos acesso a uma distinguibilidade desses diferentes níveis e, a partir daí, relacioná-los.

Essa dimensão de singularidade, uma vez introduzida, tensionaria as intervenções a se organizarem desde uma lógica que interroga uma tendência bastante significativa da atualidade, de propor respostas genéricas ou homogeneizantes desde modelos clínicos protocolizados. Essa tendência à protocolização da clínica e do fazer institucional tem encontrado nas ciências contemporâneas, em sua inclinação pragmático-positivista, um reforço a considerar o sujeito de forma genérica e homogênea, propondo métodos que desconsideram o meio familiar, social e cultural, domínios que, em nossa perspectiva, são altamente determinantes dos modos de funcionamento mental e, também, cerebral. A desconsideração da incidência do Outro na constituição do sujeito em nosso ponto de vista, deixa o sujeito, no autismo, à mercê de seus automatismos e, na psicose, à deriva em sua alienação ao outro, ou, desde o modelo comportamentalista, submetido a uma modelagem que opera de forma automatizada.

Nestas propostas metodológicas que sustentam as suas premissas na crença na regulação genética de nossas paixões, identificamos apresentações do Outro que são incompatíveis com a singularidade. Resta-nos, todavia, fazer frente aos ataques que eventualmente sofreremos desde estas perspectivas que vêm insistindo em colocar-se como únicas, desde a sustentação de nosso trabalho de pesquisa que dá suporte às nossas indagações, o que nos coloca na defesa de uma causa, uma

⁶ Neste sentido o paradigma hospitalocêntrico e as instituições especializadas são representantes de proposições antípodas à tendência que estamos descrevendo.

batalha no sentido da defesa pela diversidade de abordagens que respeitem à forma particular de cada sujeito.

A partir do momento em que definimos elementos da estrutura da clínica psicanalítica, podemos dar um passo a mais e desde a transposição desses elementos, pensar nos efeitos da introdução da psicanálise na instituição. Refletir sobre os modelos possíveis, propor uma formalização que nos propicie pensar como operamos efeitos, como podemos ser mais efetivos em nossas intervenções e dessa maneira transmitir as diferentes formas de trabalho na clínica psicanalítica em instituição. Nesse sentido, nosso trabalho de escrita se dirige a profissionais de diferentes áreas, que desejam refletir sobre a forma de proposição de seu trabalho em equipe e instituição, e a partir daí aprimorar o formato dos dispositivos clínicos que já estejam propostos ou criá-los quando porventura estejam ausentes. Esperamos poder contribuir para descobertas sobre modalidades clínicas que sejam mais flexíveis, nas quais se possa inserir um olhar sobre a singularidade como efeito da transversalização do saber psicanalítico.

Nas equipes multiprofissionais e interdisciplinares em que temos trabalhado, compostas por profissionais de diferentes áreas, têm sido frequente interrogações quanto à forma de proporcionar acompanhamento a sujeitos que, devido às peculiaridades no caminho de sua estruturação psíquica, colocam desafios frequentes quanto à inclusão social. Percalços no caminho de apropriação da linguagem os colocam, por entraves ou obstáculos no caminho de sua constituição psíquica, muitas vezes em uma posição na qual não somente a aquisição da fala fica perturbada mas também a do conjunto de ferramentas que possibilitam ser partícipe do laço social mais amplo.

Desde a nossa perspectiva psicanalítica, a reflexão sobre a inclusão social, no sentido de dar um lugar entre outros e ser partícipe do laço social mais amplo, deve partir da ênfase sobre o seguinte aspecto: dar um lugar implica trabalhar com um sujeito, e que só há sujeito ali onde há alguém capaz de reconhecer o que de igualdade e diferença o une e o separa do outro (JERUSALINKY, 2000). As crianças e adolescentes que acompanhamos apresentam justamente dificuldades quanto a seu percurso singular na aquisição dos instrumentos necessários a constituição dessa diferenciação. A presença de sintomas de autismos e psicoses faz com que nos deparemos, com frequência, com muitas situações de quadros de isolamento cuja remissão é necessária para propormos uma intervenção educacional ou reabilitadora.

A remissão destes sintomas, tarefa de uma intervenção terapêutica, deve ser proposta o mais cedo possível, para isso precisamos dispor da forma mais ampla possível de condições para que sejam diagnosticados e propostos tratamentos. A inserção e criação de dispositivos clínicos são, em nosso entender, ferramentas indispensáveis ao enfrentamento destes dilemas.

Se há 20 anos, tempos em que a inclusão implicava, não é exagero dizer, um verdadeiro ato de subversão da normativa, trabalhávamos para romper com os preconceitos que excluía sujeitos com quadros psíquicos e/ou deficiências, segregando-os em instituições de ensino especial ou clínicas especializadas, ou, com frequência, faziam com que permanecessem reclusos em suas casas, sem que se problematisassem as possibilidades de virem a fazer parte do laço social mais amplo, passamos durante nosso percurso de trabalho a modificar nossa forma de intervenção, acompanhando tanto os avanços no campo da educação inclusiva, como no da atenção à saúde mental infantojuvenil.

No campo relativo à educação inclusiva, como efeito do movimento mundial de reivindicação do direito à inclusão, as mudanças na legislação⁷ vêm dando respaldo a práticas nas quais a escola regular flexibilize seus pressupostos e possa ser mais inventiva e criativa, e, em relação ao da saúde mental, as mudanças em conformidade com o contexto de reforma psiquiátrica no Brasil têm deslocado a referência às práticas institucionalizantes e segregadoras que dominavam este campo, colocando em questão a hegemonia do saber médico-psiquiátrico no tratamento das chamadas “doenças mentais”.

Embora reconheçamos que haja um ganho no âmbito dos direitos produzido por estas mudanças jurídicas, pensamos que elas não garantem e não dão conta dos impasses que surgem efetivamente no cotidiano em relação ao acolhimento da diferença, e também daqueles relativos às condições necessárias que precisam estar presentes em cada sujeito para compartilhar o laço social de uma forma implicada e desejosa. Como um exemplo do paradoxo de tal momento, podemos destacar a condição de exercício dos direitos no processo inclusivo facultada a exigência de classificação da criança em códigos que a classifiquem dentro de um transtorno para que possa efetivamente exercê-los. As crianças ficavam denominadas “crianças laudadas”, situação que somente se modifica em 2014 com uma nota técnica do

⁷ Conforme Marcos Político-Legais da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva de 2010.

MEC⁸, que faz cair tal condição, considerando que no lugar desta venha a valer a importância de relatório educacional que pode partir de um diagnóstico não fechado, mais coerente com o momento da infância como um momento de plena constituição subjetiva, no qual podem ser consideradas as dificuldades e capacidades e proposto um diálogo entre a clínica e a educação desde outro ângulo.

Também pode ser ilustrativa quanto às dificuldades atuais, no caso desde o âmbito das propostas terapêuticas para o autismo na saúde mental, relembrar a tentativa recente de imposição de uma abordagem única para intervenção. No dia 4 de setembro de 2012 foi publicado no Diário Oficial da cidade de São Paulo um edital de convocação pública para credenciamento de “Instituições Especializadas no Atendimento a Pacientes com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) para eventual celebração de contrato ou convênio. Essas instituições deveriam adotar, essa era uma condição para tal convênio, métodos cognitivo-comportamentais, situação que levou toda uma comunidade de profissionais da área “psi” a se sentir convocada a fazer oposição a confinar os sujeitos a uma abordagem que declaradamente limita a causalidade a problemas orgânicos, ou carente de métodos pedagógicos para fins de adaptação psicossocial.

Essas circunstâncias nos têm levado através da escrita da tese a uma inserção no movimento que desenvolve um trabalho epistêmico, clínico e político, no sentido de questionar a limitação na crença da regulação genética de nossas vidas, e também a predominante promoção de protocolos de condutas que tem invadido tanto os âmbitos de tratamento quanto os da vida cotidiana institucional. Para isso não partiremos de evidências quantitativas que são frequentemente utilizadas como justificativa para fundamentar tais protocolos, que acabam, como já salientamos, incompatíveis com a consideração da singularidade, mas, justamente, na via contrária, tentaremos evidenciar o quanto a consideração dessa singularidade é um elemento imprescindível na inserção de dispositivos clínicos nas equipes e nas instituições, e que tal inserção pode se tornar mais viável desde que tenhamos clareza maior sobre nossos pressupostos, quais elementos a compõem e de que maneira podemos ser mais efetivos em nossas intervenções, a forma como podemos operar e produzir efeitos.

⁸ Conforme nota técnica nº 04 / 2014 do MEC.

3 MÉTODO CLÍNICO PSICANALÍTICO NA SITUAÇÃO DE TRATAMENTO E NA SITUAÇÃO DE PESQUISA

Propor no desenvolvimento de nossa tese uma fundamentação na qual conceitos e enunciados possam ser explicitados e discutidos desde o âmbito de uma pesquisa acadêmica requer uma metodologia específica, na qual o rigor e cuidado aparentemente contrastam com a liberdade associativa do analista apropriada para escutar pacientes. Nossa proposta de pesquisa se embasa em elementos do método clínico psicanalítico, numa perspectiva que possa incluir tanto uma formalização quanto uma abertura de perspectivas através da proposição da escrita de um ensaio psicanalítico.

No caminho de nossa tentativa de formalização encontramos nas proposições de Dunker (2008) uma reflexão sobre a diferenciação entre método psicanalítico de tratamento e de pesquisa que nos pareceu relevante destacar no caminho de nossa proposta metodológica. Este autor entende que o compasso de espera no qual o tema da pesquisa em psicanálise permaneceu durante muito tempo decorreu da crença de que só havia um método de pesquisa, de uma confusão entre o método de pesquisa em psicanálise e aquele relativo ao tratamento. Essa confusão acabou detendo o avanço da criatividade metodológica. Durante muito tempo acaba crescendo muito mais uma tradição de pesquisa psicanalítica do que uma reflexão sobre o método. Segundo Dunker, um ponto de partida muito comum que produz essa confusão em psicanálise seria a identificação irrefletida entre clínica e tratamento. Receber pacientes, escutar pacientes, faz parte da clínica, mas a clínica envolve algo mais extenso. A clínica é um dispositivo histórico que antecede a psicanálise, e esta, ao subverter a relação entre os elementos constitutivos dessa estrutura, inventa uma nova clínica sem abandonar essa estrutura como tal.

Os elementos da clínica clássica, para Dunker, elementos irreduzíveis, os quais Foucault (1977) analisa em seu livro *O Nascimento da Clínica*, são: semiologia, etiologia, diagnóstica e terapêutica. A clínica psicanalítica surgiria por um deslocamento gradativo destes elementos que o saber médico formaliza no início do século XIX. Neste momento a medicina se apresenta como medicina científica,

operando uma transformação fundamental na forma de organização entre o conhecimento médico e sua prática. Foucault analisa essa transformação demonstrando que a ruptura que se opera no saber médico não se deve basicamente a um refinamento conceitual nem à utilização de instrumentos técnicos mais potentes. O novo tipo de configuração que caracteriza a medicina moderna implica novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais organizadas desde o funcionamento hospitalar.

Para Dunker, a clínica surgiu a partir de uma operação de subversão, realizada por Freud, da relação entre os elementos da clínica clássica. Houve uma relação de corte e potente ruptura que foram constitutivas da clínica psicanalítica na passagem de uma clínica orientada pelo olhar para a clínica da escuta. O processo dessa subversão se realizou em contexto no qual a clínica médica já havia estabelecido seu estatuto científico, uma mudança no nível de seus objetos e métodos: a clínica aparece para a experiência do médico com um novo perfil de relação entre o perceptível e o enunciável, no qual o olhar tem um papel significativo e ordenador.

É no contexto de uma clínica ancorada no olhar que a psicanálise surge. Os movimentos iniciais que resultaram numa passagem da clínica do olhar para uma clínica da escuta se realizaram a partir da experiência de diálogo de Freud com os princípios do método clínico utilizado por Charcot no tratamento de pacientes histéricas. A base de tal movimento estava na descoberta de que os sintomas histéricos poderiam ser simulados através da sugestão hipnótica. Freud utiliza inicialmente o método de observação semiológica proposto por Charcot, como um método de tratamento, o método catártico.

Em *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*, (Freud e Breuer, 1893), Freud afirma que, entre os numerosos trabalhos de Charcot, o mais valioso seria o ensinamento sobre a compreensão das paralisias traumáticas. Depois de retornar da França em 1886, de um curso com Charcot, ele começa a fazer, com a cooperação de Breuer, observações detalhadas sobre um número bastante grande de pacientes histéricos, examinando-os a partir do ponto de vista de que era possível elucidar os sintomas do estado histérico, desvendando a origem de cada sintoma e descobrindo os meios de fazer cada sintoma desaparecer. O procedimento usado era a consideração de cada sintoma, em separado, e a indagação das circunstâncias em que ele teria aparecido pela primeira vez, esforçando-se a chegar à causa precipitante que tivesse determinado aquele sintoma.

O método utilizado para tal propósito era colocar os pacientes em hipnose e indagá-los sobre a origem de um sintoma em particular, no entanto, neste estado, a memória que não era acessível no estado de vigília retorna. O aprendizado para Freud foi que haveria uma experiência marcante por trás da maioria dos fenômenos da histeria, senão em todos. E que essa experiência era de tal ordem que tornaria inteligível o sintoma com que se relaciona, mostrando que o sintoma é determinado, mas que, raramente, há um único evento principal a ser assinalado, operando, antes, uma série de impressões afetivas.

Em “A etiologia da histeria” Freud (1896c) destaca a formulação da proposição de outro método, diferente do método de investigação amnésica que até então havia formulado. A mudança ocorreu como uma tentativa de contornar as dificuldades enfrentadas, pois as cenas traumáticas a que chegava através da investigação acabaram produzindo uma série de decepções: o procedimento levava a descobertas insuficientes enquanto explicação, tanto no aspecto de sua adequação como determinante, quanto na sua eficiência, pois com frequência não levava a nenhum efeito terapêutico. Freud é tentado a não prosseguir, mas aponta a necessidade de uma ideia nova para ajudar a sair de seu dilema.

A ideia que propõe parte da premissa de Breuer, de que os sintomas histéricos são resolvidos quando, partindo deles, se consegue chegar ao caminho de volta à lembrança, mas agregando uma nova perspectiva. Se a lembrança descoberta não atende a expectativa, coloca que talvez devamos prosseguir um pouco mais no mesmo caminho, pois é possível que, por detrás da primeira cena traumática, se oculte a lembrança de uma segunda cena que satisfaça melhor os requisitos e cuja reprodução possa ter efeitos terapêuticos. Desse modo a cena descoberta em primeiro lugar teria apenas a importância de ser um elo de ligação na cadeia de associações. Mais importante, ressalta que, talvez, essa situação se repita, cenas “inoperantes” poderão ser interpoladas mais de uma vez como reproduções necessárias no processo de reprodução, até a cena que é efetivamente traumatizante, satisfatória em ambos aspectos, tanto terapêutica como analiticamente.

Freud chega com isso a perceber que é uma combinação de cenas que possibilita a confirmação de seus postulados. A cadeia de associações passa a ter mais de dois elos, as cenas traumáticas não formariam uma corrente simples, como um fio de pérolas, mas se ramificam e se interligam como árvores genealógicas, de modo que, a cada nova experiência, duas ou mais experiências entram em operação

como lembranças. A conclusão a que chega é que nenhum sintoma histérico pode emergir de uma única experiência real, mas que, em todos os casos estudados, a lembrança de experiências mais antigas despertadas em associações com aquela atua na causação do sintoma. A análise passa a ter como objetivo refazer o trajeto do sintoma, pelas cadeias de lembranças que se estendem muito além da primeira cena traumática, ainda que a reprodução desta última possa resultar na eliminação do sintoma.

Freud se detém então em um ponto de reflexão, e se pergunta: até que ponto chegará ao seguir as cadeias de lembranças? Até onde elas se estendem? Levarão a experiências parecidas? Ao avançar nestas indagações, anuncia que passa a empregar um novo procedimento, de difícil manejo, modificação do procedimento de Breuer. Um novo método de pesquisa que dá acesso a um novo elemento, os processos de pensamento inconscientes.

O movimento freudiano desde a teoria lesional da histeria, fundamento dos princípios de Charcot, processa um remanejamento radical da teoria da neurose. Esse deslocamento produz um remanejamento, uma subversão. Para Dunker (2008), fundante da clínica psicanalítica, essa subversão se daria a partir de elementos já presentes na clínica moderna, elementos, segundo o autor, irreduzíveis. A escuta passa a ser a essência desse novo método clínico, escuta atenta ao detalhe, a pequena incongruência, ao deslize.

3.1 A instituição como um dispositivo psicanalítico: Luciano Elia e o DPA (Dispositivo Psicanalítico Ampliado)

Luciano Elia (2007) nos traz alguns elementos que se assemelham à proposição de Dunker quanto a pensar os eixos estruturantes da práxis clínica. No entanto, ele desenvolve seus pressupostos desde uma reflexão sobre a possibilidade de constituição do dispositivo analítico a partir da ampliação do dispositivo psicanalítico clássico.⁹ Ele não enfatiza tanto uma diferenciação entre metodologia de pesquisa e de tratamento, fazendo referência à já conhecida observação de Freud (1912b) de que na psicanálise, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem.

⁹ Em vários aspectos Luciano Elia se inspira no trabalho pioneiro de Jean Oury, criador da Clínica Laborde nos anos 50 e internacionalmente conhecido como um dos principais líderes do movimento francês denominado Psicoterapia Institucional.

O que com frequência passa despercebido é que Freud também comenta que por vezes a pesquisa do psicanalista pode interferir naquela que realmente importa, a do próprio paciente em tratamento.

Ele começa seus argumentos sobre a metodologia psicanalítica de pesquisa destacando que no exercício mesmo da atividade de investigação que percorriam, impôs-se uma ideia, de que o dispositivo analítico com o qual estavam trabalhando – clínica realizada em unidade pública de saúde mental infantojuvenil de crianças e adolescentes autistas, psicóticos e outras situações de sofrimento psíquico – não se constituía uma extensão do dispositivo psicanalítico clássico, mas uma ampliação do dispositivo psicanalítico em intensão.

No entanto, destaca que nesse movimento de ampliação devemos estar atentos, no sentido de que determinadas condições devem ser observadas a fim de que possamos verificar a possibilidade de tratamento segundo uma orientação metodológica psicanalítica. Em decorrência do estabelecimento de tais condições, afirma a possibilidade de instalar o dispositivo psicanalítico na clínica em saúde mental infantojuvenil modificando a sua configuração espaçotemporal – existência de outros sujeitos no espaço e no tempo –, mas não em sua estrutura. Esse movimento se traduz em exigências metodológicas (teórico-clínicas) e éticas da psicanálise que possibilitam que se tome a fala do sujeito em transferência.

Instalado o dispositivo, supõe-se que os atos, quando não existem condições da fala, podem ser tomados como integrantes da linguagem, e, portanto, passíveis de trabalho a partir da escuta e intervenção do analista, sob transferência, de modo análogo aos ditos de quem fala no mesmo campo transferencial. Desta maneira, o dispositivo psicanalítico, segundo os princípios metodológicos propostos por Elia, pode ser instalado em uma clínica institucional, não havendo nenhum entrave desde que os agentes (profissionais e pesquisadores) situem-se no eixo metodológico definido pelo discurso psicanalítico. Não se trataria aí de exigir que uma equipe de profissionais seja de psicanalistas, mas que a disposição das condições para que um dos elementos estruturais do dispositivo psicanalítico se instale passa pela quebra da equivalência entre tais condições e sua configuração imaginária – existência de duas pessoas numa sala, com conhecimentos previamente definidos.

Neste caso, trata-se da instalação de um dispositivo ampliado em termos de sua configuração espaçotemporal: instalado em espaço diverso da referida sala de consultório, podendo envolver vários espaços, com um tempo de permanência que

possa não ser predeterminado. Uma ou múltiplas extensões, que possam incluir mais de duas pessoas, mas que garantam pelo menos um lugar que seja do analista. É um dispositivo entre muitos pacientes, muitos técnicos, mas que guarda os eixos estruturais do dispositivo.

As linhas gerais da proposta de Elia – a qual requer que determinadas condições sejam observadas a fim de que possamos verificar a possibilidade de tratamento segundo uma orientação metodológica psicanalítica em instituição – passam a ser uma linha mestra para a análise a partir deste momento em nossa proposta de escrita de diferentes modelos de dispositivos de tratamento em instituição. São todas elas instituições que fundamentam suas modalidades referenciadas em preceitos psicanalíticos: a experiência de Mannoni e os efeitos de sua concepção da instituição *éclatée* (estourada), Kupfer e a instituição organizada a partir da Educação Terapêutica, e, por último, a proposição de Stevens na instituição Le Courtil.

Todas elas são fundadas a partir do referencial psicanalítico para oferecer atendimento a crianças e adolescentes com quadros de psicose e autismo. No entanto, em nenhuma delas, há aí um paradoxo, realizam atendimento psicanalítico individual a estes sujeitos. Além dessas características, podemos pensar que nos apresentam formas metodológicas distintas no sentido de fundarem e desenvolverem as concepções de seus trabalhos. Desdobram diferentes modalidades desde lógicas específicas.

Antes de passarmos à leitura destas diferentes propostas, destacaremos algumas questões norteadoras do diálogo com estas e do desenvolvimento subsequente. Na leitura dos diferentes modelos institucionais psicanalíticos destacaremos as seguintes questões:

- 1) Ao utilizarmos elementos metodológicos psicanalíticos para a criação de dispositivos de tratamento, estaríamos respeitando o que é da ordem de uma estrutura do discurso psicanalítico propriamente dito? Apesar de já apontarmos que Elia responde afirmativamente quanto a esta questão, desde que se respeitem os princípios metodológicos, deixaremos em suspenso analisando como cada uma das instituições responde esta questão.

- 2) O que caracteriza esta estrutura e o que dela seria mantido nesta transposição de um enquadre a outro (dispositivo psicanalítico clássico – dispositivos clínicos na instituição), como cada uma delas sustenta esta argumentação?
- 3) Quais efeitos se tem em nível da estrutura institucional, na medida em que nela são inseridos dispositivos clínicos psicanalíticos?

Desde a leitura destes diferentes modelos e do destaque da lógica subjacente à organização de cada instituição passaremos à:

- 4) A uma reflexão sobre os diferentes aspectos envolvidos na inserção de dispositivos clínicos psicanalíticos em equipes em instituições que não se organizem necessariamente como um grande dispositivo clínico psicanalítico, isto é, que não fundamentem a organização de sua estrutura institucional em princípios psicanalíticos.

4 AS INSTITUIÇÕES PSICANALÍTICAS E OS DISPOSITIVOS CLÍNICOS A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM AUTISMOS E PSICOSES

4.1 Maud Mannoni, a instituição *éclatée* (estourada)

No âmbito de nossa pesquisa sobre as diferentes experiências de dispositivos de tratamento psicanalíticos em instituição, quando a temática se refere à prerrogativa de inserir a escuta psicanalítica no centro das montagens institucionais, o nome de Maud Mannoni é uma constante. Retomaremos em seu percurso conceitual alguns aspectos que serão importantes para a sequência de nossa elaboração, elementos para seguirmos em nossa reflexão sobre a inserção de dispositivos clínicos, seus efeitos sobre as equipes e as instituições.

Destacaremos alguns aspectos de sua elaboração pautando nossa linha de raciocínio em relação a um questionamento já observado em nosso texto: como operar na dimensão dos diferentes discursos que se entrecruzam e produzem efeitos sobre o sujeito e seus sintomas? Qual a relação sobre os efeitos a que podemos chegar aí e os diferentes espaços na instituição? Como veremos, ela nos brinda com um modelo de trabalho muito instigante que se instaura nas circunstâncias dos movimentos políticos relativos a maio de 1968.

A elaboração da autora, que resultou no conjunto de elementos que compõem a base da proposição de uma instituição *eclatée* (estourada), realizou-se de forma gradativa. Suas questões iniciais são enunciadas no livro *A criança, sua doença e os outros* (1987). Elaborada um pouco antes de fundar a Escola Experimental Bonneuil-sur-Marne em 1969, a obra começa por uma noção de discurso que virá a ser central quando retomada nas consequentes elaborações utilizadas na construção de Bonneuil. A escrita mesma do livro se inspira e inicia com esta questão: definir, a propósito das crianças que consultam um psicanalista, o que faz parte de um mal-estar coletivo.

Uma definição que envolve certa complexidade, pois se relaciona não somente aos efeitos dos sintomas das crianças sobre os pais e como estes se posicionam em relação a eles. Também envolve toda uma trama da qual fazem parte o analista desde

uma situação de tratamento e os ideais sociais que percorrem os anseios de reparo por parte dos pais e de cura do lado do analista.

O percurso dessa definição parte da ideia de que o discurso em jogo no tratamento envolve os pais, a criança e o analista, constituindo, portanto, um discurso coletivo em torno do sintoma da criança. Destaca, assim, que a queixa em torno do sintoma pode ter algo objetivável, mas a falta aí colocada em jogo revela muito mais. Trata-se também na queixa dos pais de um aspecto relativo à descendência, que implica a representação que os adultos têm em relação à infância, algo que nos conduz a uma problemática própria do adulto¹⁰. A sociedade, ao conferir às crianças um estatuto de restituir um malogro em relação à vida dos pais, coloca-as na difícil condição de reparar seus sonhos perdidos.

Durante o desenvolvimento de seu livro, por várias vezes Mannoni destaca que na própria história da psicanálise de crianças a questão sobre o que privilegiar quanto aos discursos em jogo no tratamento foi abordada de diferentes maneiras. No seu entender, uma verdade envolvida em um mundo de desejos e de sonhos foi perdida desde 1918, quando a psicanálise de crianças passa a se desenvolver em duas direções: na primeira, as descobertas de Freud são mantidas (o Complexo de Édipo e a transferência); na segunda, uma tendência é desenvolvida pela primeira analista de crianças, Hug-Hellmuth, na qual estas são abandonadas com o intuito de modificação de uma realidade: a criança torna-se suporte das boas intenções dirigidas pelos adultos.

Esses dois caminhos vão reaparecer na sequência da história da psicanálise encarnados em duas figuras relevantes, Melanie Klein e Anna Freud, psicanalistas de crianças que formularam seus pressupostos desde perspectivas distintas. Melanie Klein se inclinou a atender as crianças incluindo o brincar na clínica e propondo que o método até então utilizado com adultos, baseado na atenção flutuante e associação livre, pudesse ser empregado na clínica com crianças. Por outro viés, Anna Freud enfatizou uma diferença em relação à técnica com crianças baseada na perspectiva de que a criança não poderia corresponder a tais condições.

Os argumentos de Mannoni no texto seguem na direção de tentar sustentar a importância de salvar a psicanálise de crianças do impasse organicista e pedagógico em que, por vezes, se encontrou. Nessa linha, as pesquisas que seguem a fonte de

¹⁰ Freud em “Sobre o Narcisismo” (1914), ressaltou que os pais projetam em seu filho o anseio de que este realize os desejos frustrados relativos às vivências de sua própria infância.

inspiração freudiana são destacadas. A psicanálise, no seu entender, por vezes, se deixou prender na armadilha de uma ideologia pedagógica, social ou moral. A saída dessa armadilha passaria pela consideração do quanto os problemas da criança devem ser redimensionados desde o ponto em que são captados, isto é, desde onde eles são representados *fantasmaticamente*¹¹. As intervenções, nesse sentido, envolveriam um aspecto de leitura do que se coloca em jogo no tratamento da fantasmática de cada um dos pais na relação com a criança e seus sintomas. Cabe ressaltar neste aspecto, o quanto interferem neste processo fantasmático e, dessa forma, devem ser incluídos, nesta leitura, os ideais de normalidade respectivos a cada época.

A partir da posição do analista em tratamento, a criança é encontrada com suas dificuldades perante uma história familiar; a evolução da cura depende da maneira pela qual essa história é apreendida no tratamento. A criança não chega só, chega ocupando um lugar na fantasmática parental. A consideração desses aspectos fantasmáticos não significa subestimar a realidade da doença, mas como a situação real é vivenciada pela criança e pela família. O que passa a adquirir sentido é o valor simbólico que cada um atribui a essa situação como ressonância a uma história.

Uma cura psicanalítica, ao ser considerada desdobramento de uma história mítica, pode compor uma narrativa na qual o sintoma aparece como véu que esconde algum aspecto histórico do sujeito. As contribuições de Lacan, notadamente sua distinção entre o real, o imaginário e o simbólico, são destacadas por Mannoni no sentido de localizar a maneira como o sujeito se situa em face do desejo do Outro, permitindo tomar conhecimento, no plano teórico, do que se passa com esse que é estranho a toda relação, à realidade ou ao ambiente, pois se trata da relação do indivíduo, da dimensão da linguagem como tal, do fato de que tem de manifestar-se como sujeito do discurso. O sintoma aparece dessa forma como uma palavra, ou em alguns casos, na ausência dela, através de outras manifestações, pelas quais o sujeito apresenta sob uma forma enigmática a maneira como se situa em relação ao desejo.

¹¹ O termo fantasma, na concepção elaborada por J. Lacan, se diferencia de fantasia. Enquanto a fantasia se relaciona com uma projeção de conteúdos internos ao exterior e, portanto, pode passar à consciência, o fantasma se relaciona com os restos (vestígios) do processo de separação do sujeito com o outro, neste caso, há algo nesse processo de inconsciente e irreduzível à tomada de consciência. (LACAN, J. *A lógica do fantasma* [1966-67]. Seminário inédito)

A ruptura de um discurso que pode ser qualificado de alienado, que se apresenta articulado desde as posições dos pais e da criança, pode representar uma aventura penosa na qual o papel do analista seria o de ajudar a assumi-la

Estes aspectos analisados a respeito da maneira pela qual a noção de discurso coletivo pode ser concebida desde o tratamento psicanalítico da criança, vão dando lugar, no apêndice de seu livro, a outro questionamento: o entrecruzamento de discursos sobre o sintoma na criança, suas possibilidades de leitura serem retomados desde a ótica do trabalho do psicanalista em instituição, seus limites e possibilidades.

Em relação às posições possíveis do psicanalista no trabalho institucional, defende duas teses:

A) Os psicanalistas não participariam do funcionamento da instituição. Neste caso, atenderiam a criança nas mesmas condições que a clínica privada. Por essa tese, os efeitos das dificuldades próprias à instituição deveriam encontrar-se no discurso da criança, ouvida na sua dimensão analítica para que a cura fosse possível, o que excluía intervenções na realidade institucional. Essa questão levaria a outra tese:

B) Se os analistas não se ocupam da instituição, a instituição se ocupará deles. O fato de o analista não estar integrado resultaria numa situação na qual ele não poderia senão assistir à patologia de um grupo perante os problemas resultantes do contato com as crianças, ficando impotente para prevenir-lhes os efeitos. É como analista que é necessário criar relações com cada um dos adultos, para tentar libertar os indivíduos de seus fantasmas e prisões imaginárias, isso envolveria uma revisão do analista em relação à sua própria contratransferência institucional.

As relações estabelecidas nesse âmbito criariam a possibilidade de uma mediação reintroduzindo uma terceira dimensão (verbal) que eventualmente desapareceu no tipo de relação instaurado entre os adultos, mas também entre os adultos e as crianças. Esse exercício se realizaria a partir de uma entrada numa situação de tensão no meio institucional cujos efeitos poderiam ser estudados em dois níveis: o do esclarecimento no nível da transferência institucional, inerente à relação entre os próprios adultos, e o da compreensão da identificação de cada adulto à doença com certo tipo de crianças.

De um lado, vai incluindo em sua reflexão que a extensão dos efeitos do trabalho psicanalítico no âmbito institucional interfere na liberação da palavra tanto do lado das crianças quanto dos educadores. De outro, começa a elaborar maneiras de

realizá-lo, processo que vai cada vez mais sendo percebido como dependente de aspectos relativos à estrutura mesma da instituição. Esta, ao ficar isolada, à margem das transformações que dizem respeito aos adultos da casa, poderia criar nós de resistência, resultando em insegurança nos adultos e interferências desastrosas nas intervenções com as crianças.

Neste ponto, começa a pensar acerca do quanto a perspectiva de trabalho psicanalítico na instituição depende de uma reflexão sobre a estrutura desta última. Os aspectos administrativos, suas possíveis interferências não poderiam ser negligenciados na proposição de um trabalho institucional. Foi o que aconteceu na sua experiência de trabalho em Thiais.

Este aspecto é retomado na conclusão de seu livro *O Psiquiatra, seu louco e a psicanálise* (1970). Ali ao retomar uma reflexão sobre o trabalho no externato médico-pedagógico de Thiais, especificamente sobre a ruptura que se verificou entre a equipe e a administração da instituição, ressalta:

1 – Seria vão introduzir psicoterapias individuais em estabelecimentos nos quais o sistema provoca, nos educadores, repressão, e, nas crianças, passagens ao ato. O ponto em que poderia se jogar uma cartada essencial para uma produção de uma alternativa que não fosse essencialmente repressiva, envolveria um longo caminho no qual não se poderia obter êxito senão através de uma contestação radical da instituição.

2 – A contribuição da antipsiquiatria para o surgimento de Bonneuil – o diálogo com a antipsiquiatria permeia todo o livro – foi seu aspecto anti-institucional. Neste sentido, ali foi criado um lugar no qual as crianças reaprendessem a viver antes que fossem esmagadas por uma exigência de adaptação, que não é senão uma adaptação às estereotípias institucionais.

Depois de uma tentativa frustrada de inserir a psicanálise e tentar desenvolver tratamento psicanalítico em uma instituição não psicanalítica – toda a equipe de profissionais foi demitida –, Mannoni propõe a fundação de Bonneuil em 1969. Nesta escola a concepção de instituição estourada (*éclatée*) faz derivar toda uma lógica nos dispositivos institucionais. Essa concepção é desenvolvida em seu livro *Educação Impossível* e vem a ser base para sua fundação e funcionamento.

O estouro da instituição é introduzido toda vez que uma reflexão sobre o peso das rotinas administrativas nas instituições se realiza, quando tendem a produzir situações nas quais se torna impossível qualquer dialética nas relações. Estas

situações são decorrentes de certas estruturas por meio das quais a instituição se defende contra os efeitos de toda palavra livre. No momento em que é tomada como patogênica, a palavra do paciente passa a não entrar em possibilidade de processo de transformação. Mannoni denomina este aspecto de interrogação sobre a instituição de um princípio anti-institucional.

Influenciada pelos ares revolucionários de maio de 1968 na França, ela considera que a estrutura de qualquer instituição, família, escola ou hospital tem como função a manutenção de certo “*status quo*”, ela reproduz os modelos da ideologia dominante. Dessa maneira, retoma a referência de Foucault (1984) em *Doença Mental e Psicologia*, de que as estruturas administrativas refletem os mitos de uma sociedade. Dito isso, podemos entender o porquê de sua insistência sobre o trabalho de Bonneuil se manter à margem do estabelecido como forma de conservar uma diferenciação em relação às demandas normatizantes.

A tentativa de reinstalação de uma dialética nas relações passa pelo “estouro da instituição”, processo que envolve o desvendamento da função ocupada pela criança junto aos outros. Esse desvendamento passa pela consideração do que pode surgir de insólito no cotidiano, instalando um jogo entre o que a instituição oferece de uma estrutura, sobre uma base de permanência, e as aberturas para o exterior. A perspectiva *éclatée* procura explorar brechas de todos os gêneros, possibilitando percursos entre um aqui e um lá, entre um dentro e um fora. Através da oscilação entre um lugar e outro poderá emergir um sujeito, o qual poderá se interrogar sobre o que deseja. Neste parágrafo podemos localizar uma síntese da lógica do “método” *éclatée*.

A experiência institucional em Thiais permitiu a Mannoni redimensionar sua perspectiva sobre a relação entre o sintoma da criança e o discurso coletivo que se arma em torno dela desde a ótica do trabalho institucional. As interrogações sobre o trabalho do psicanalista na instituição e as possibilidades de intervenção sobre essa relação tomam uma forma bastante distinta na subsequente fundação de Bonneuil. Ali se estabeleceram as bases de um modelo de trabalho que envolve não tanto a intervenção do psicanalista, mas as possibilidades de introdução do saber psicanalítico como ferramenta para a elaboração de diferentes dispositivos de tratamento no âmbito da instituição e fora dela.

Segundo a própria Mannoni, o lugar da psicanálise em Bonneuil é proposto a partir de um paradoxo, pois ali não se pratica a psicanálise (isto seria concomitante

com a recusa da instituição), mas tudo que ali se faria é baseado rigorosamente na psicanálise, à qual não se recorreria como técnica de ajustamento, mas como subversão de um saber e uma práxis.

Essas possibilidades passam pela atenção aos fluxos discursivos que permeiam a instituição, seus efeitos sobre a criança, os dispositivos (o termo é nosso não da autora), neste sentido, abririam brechas para operar nessa dimensão. Mannoni chega a utilizar a expressão – lidar com isso como em uma análise – para ressaltar que a *possibilidade de constituição de um trajeto para a criança e para o adolescente no cotidiano institucional através do qual ele possa deslocar a sua posição subjetiva inicial* começa quando uma cena pode se instalar, cena que se constitui marcada inicialmente pelo mundo de aparições, ou fantasmas de base, que são muitas vezes comuns a uma família e que o sujeito leva consigo para todo lado.

Os sintomas, neste sentido, seriam índices de uma forma de relação que não seria a princípio dialetizável. O deciframento da função da criança perante o outro se daria através de um jogo com as cenas presentes no cotidiano institucional, cenas que, ao serem retomadas, produzem narrativas que permitem uma leitura possível sobre o drama no qual a família e o sujeito estariam aprisionados. Isso nos permite pensar que no cenário das equipes ou das instituições se estabeleceriam repetições nas quais o sujeito procuraria, no outro, o objeto do seu desejo a partir das marcas que esse deixou em sua passagem. Estes trajetos uma vez sustentados podem produzir um estilo de busca como efeito da atualização de sua posição no fantasma, considerada por Mannoni uma espécie de encenação do sujeito e do objeto. A construção desta leitura seria um trabalho permanente na direção da cura e um dos elementos necessários no oferecimento de diferentes dispositivos.

O estabelecimento desses trajetos se tornaria possível na medida em que estivessem presentes tanto uma disposição da família em propiciar que a criança tenha uma evolução efetiva em nome próprio, como, da parte da instituição, um cuidado em não duplicar as dificuldades repetindo aspectos da solicitude familiar. Desta forma haveria condições para reencenar, produzir uma cena, na qual a criança entraria na ordem simbólica como objeto para poder em seguida situar-se como sujeito, isto é, poder, por meio dos cenários possíveis no cotidiano, apropriar-se de uma posição na linguagem através de um movimento no qual a descoberta da sua subjetividade poderia viabilizar que a criança se liberte das relações alienantes nas quais se encontra.

A proposição destes percursos parte de uma interrogação sobre os vestígios remanescentes em relação à maneira como o sujeito vem se relacionando com o outro. A possibilidade de deslocamentos em relação à posição subjetiva é considerada por Mannoni como um jogo de xadrez que é jogado na família, mas também nas instituições. A possibilidade de entrada na ordem simbólica – que teria sua expressão exemplificada pela organização fonêmica mínima exemplificada pelo jogo do “fort-da”, jogo descrito e analisado por Freud a partir da observação de uma brincadeira de seu neto com um carretel em “Além do princípio do prazer” (1920g) – seria uma espécie de direção organizativa nos dispositivos da instituição, pois metaforizariam a introdução de uma dimensão terceira entre a criança e a mãe. A criança, nas suas idas e vindas pelos diferentes espaços e pessoas na instituição, nesse jogo de presença e ausência, poderia experimentar com seu próprio corpo o jogo de uma perda possível. O campo em que se move é o das palavras veiculado à linguagem materna.

O jogo do “fort-da”, como exemplo do estabelecimento de um “aqui” e um “lá”, foi introduzido em Bonneuil através de uma série de alternância de lugares para a criança. Ela pode passar por um tempo fora em outra atividade no campo, por exemplo, para retornar realizando um ir e vir permeado por um espaço significativo, espaço no qual é levada à experiência de perder-se para lhe propiciar a ilusão de renascer e, a partir daí, sustentar-se como sujeito. A função dos adultos seria a de propiciarem estes deslocamentos possíveis.

Esse espaço de ilusão, referência de Mannoni à noção de espaço transicional de Winnicott, pode ser recriado desde estes diferentes trajetos. Todavia, para que esses movimentos se viabilizem no âmbito do cotidiano da instituição, outra alternância se faz necessária. Esta envolve uma dialética na relação entre os saberes em jogo no trabalho. Um aspecto relevante na fundação de Bonneuil foi ter partido de uma subversão em relação à concepção tradicional de equipe médico-psicológica. Mannoni nomeou Bonneuil um lugar para viver e não lugar de tratamento.

Para ela, a proposição de lugares de vida, ao questionar em sua base os monopólios de saber e as tradicionais organizações das equipes, produziria um problema político. Sua frequente crítica sobre os efeitos dos banhos de tratamento a fez dizer que a psicanálise estava fadada a estabelecer um problema político quando abordasse os problemas do poder, da autoridade e do saber. Talvez ela não se desse conta de que estava justamente interrogando a forma da estrutura institucional quando

propôs uma nova maneira de relação entre os saberes em jogo nos diferentes dispositivos *éclaté*.

Em entrevista realizada 25 anos depois da fundação de Bonneuil, Mannoni retoma o sentido da expressão “um lugar para viver”. Ela argumenta que essa expressão teria sido usada de uma forma um tanto recorrente desde o começo para pensar um lugar à margem ou na contramão da medicalização própria às instituições hospitalares ou daquilo que se fazia com as crianças e adolescentes desde o sistema de educação nacional naquele momento. O que sempre lhe interessou foi a introdução de uma forma um tanto marginal de funcionar, o que se transformou em desafio de reconhecimento e de manutenção deste espaço, quando da situação de reconhecimento pelo sistema público de assistência.¹²

O essencial, destacado por ela nesta entrevista, é que a possibilidade de uma escuta do sujeito só ocorre pela transformação produzida pela psicanálise nos membros do grupo. Essa transformação partiu de uma crítica às propostas médico-psicológicas da época, o que resultou não somente em uma subversão concernente à relação entre os saberes e às tendentes hierarquizações mas também na criação de uma práxis inovadora, para nós incentivadora, a criação de dispositivos clínicos psicanalíticos. Nessa práxis, a dimensão do brincar e do jogar com o lugar do sujeito na sua relação com o sintoma envolve poder encenar, no cotidiano da instituição, nos diferentes espaços, maneiras desta relação poder ser interrogada, mas isto somente passa a ser possível na medida em que os adultos se interroguem desde onde estão implicados no que se refere aos problemas apresentados pelas crianças.

Restabelecer uma dialética nas relações passa pelo questionamento das formas hierarquizadas de relação ao saber, a hierarquia, neste sentido, seria um jeito de organizar as coisas. Pensar a possibilidade de organizar a instituição de outras formas passa necessariamente por uma interrogação sobre como os diversos discursos se entrecruzam na relação entre os adultos e suas consequências sobre a disposição dos diferentes espaços.

¹² O que a fez começar a sua escrita em *BONNEUIL, SEIZE ANS APRÈS* com toda uma série de observações denominada: a irrupção do administrativo no espaço terapêutico.

4.2 Kupfer e os elementos da Educação Terapêutica no “Lugar de Vida”

Nosso percurso de leitura prévio à escrita desta tese partiu do estudo de três instituições voltadas ao tratamento de crianças e adolescentes com psicose e autismo. Nessa leitura destacamos diferentes modalidades de organização institucional referenciadas na psicanálise. Partimos de Bonneuil, da qual já foram mencionadas algumas prerrogativas, depois o Lugar de Vida, no Brasil, e, a terceira, Le Courtil, instituição Belga. Trabalhamos em nosso argumento metodológico as proposições de Luciano Elia, que poderíamos incluir também como um quarto modelo institucional. Todas essas propostas partem da ideia comum: como propor um trabalho em instituição que contemple as peculiaridades envolvidas no processo de constituição de crianças e adolescentes com sintomas de autismos e psicoses. Desde um conjunto de ferramentas teórico-clínicas elaboradas a partir do referencial psicanalítico, estes trabalhos institucionais dão consequências a uma série de proposições relativas aos contornos de seus trabalhos institucionais. Essas variações passam tanto pelo modo de agir de cada um no cotidiano da instituição, como por modalidades na sua organização, servindo para exemplificarmos e demonstrarmos as concepções clínicas que orientam estas abordagens, que, em cada caso, organizam-se dentro de uma lógica.

Fomos percebendo, na leitura dos diferentes textos relativos a estes trabalhos institucionais que uma constante referência ao matema dos quatro discursos se fazia presente. Em relação ao percurso destacado do trabalho de Mannoni há um pequeno diferencial. Ele parte do destaque da transposição de elementos referentes à definição de discurso coletivo no atendimento psicanalítico individual para a intervenção sobre os discursos no trabalho institucional. A diferença se deve à concepção de discurso que utiliza, já que, nas suas elaborações sobre os discursos, não constam a presença da conceitualização de discurso psicanalítico – é preciso levar em conta que o período destacado de seus livros, final dos anos 1960, coincide com momento de publicação do seminário de Lacan – tal como proposto por Lacan no *Seminário 17, O Avesso da Psicanálise (1969-1970)*. No entanto, suas elaborações abriram caminho para que os outros trabalhos avançassem de forma mais elaborada sobre as possibilidades discursivas que a inserção do discurso psicanalítico na instituição pode criar. Nestas situações, favorecidos tanto pelo resgate das contribuições de Mannoni, quanto pelas formalizações que a leitura e as releituras do Seminário de Lacan possibilitaram.

Nos escritos da instituição “Lugar de Vida”, fundada em São Paulo em 1991, com frequência nos deparamos com referências à noção de discurso psicanalítico. Essa instituição, não é demais lembrar, foi fundada com um nome, “Lugar de Vida”, que faz referência direta à instituição de Mannoni, denominada por ela “um lugar para viver” em oposição aos “lugares de tratamento”. Além deste aspecto, inspiram-se em vários elementos das elaborações desta autora para propor dispositivos de atendimento em instituição voltada para crianças e adolescentes a partir da proposição de uma ferramenta: a educação terapêutica.

Em artigo no qual reflete sobre a forma de trabalho proposta no “Lugar de Vida”, intitulado justamente “A presença da psicanálise nos dispositivos institucionais”, Kupfer (1996) propõe uma reflexão sobre os diferentes dispositivos de atendimento. Ela inicia pelas especificidades do formato do atendimento psicanalítico a crianças, fazendo referência direta à noção de discurso psicanalítico presente no matema dos quatro discursos de Lacan. Ela coloca uma pergunta inicial: os objetos mediadores no tratamento analítico de crianças, como desenho, argila, modificariam esse formato ao ponto de podermos considerá-lo fiel ao dispositivo psicanalítico clássico? A resposta será positiva caso o analista possa esclarecer que há diferenças no dispositivo, uma série de variações, mas que se ali puder visar o discurso estará no terreno da psicanálise.

O fato de haver variações no dispositivo de tratamento, entre o tratamento analítico de crianças e o de adultos, não impede que possamos considerar a possibilidade do discurso analítico se instalar. As variações no dispositivo, no enquadre, ou no instituído, podem ocorrer, desde que se mantenha na estrutura o que de fato interessaria para a autora: o discurso psicanalítico. O instituído ou a instituição pode ser o consultório, o enquadre clássico, ou pode ser a instituição de tratamento, que fugiria dos moldes de tratamento clássico, contanto que *nos mantenhamos na busca das mesmas condições estruturais*. A reflexão sobre estas condições possibilitaria pensar na instalação do discurso psicanalítico nos dispositivos institucionais de atendimento.

Kupfer avança em suas indagações no texto justamente destacando o quanto, no “Lugar de Vida”, a proposta e a aposta no tratamento da psicose e do autismo tem passado pela pesquisa e pelo experimento de modificações no enquadre clássico de tratamento. Os impasses e limites colocados em jogo nestes tratamentos são analisados a partir de um dos escritos de Lacan (1978), “De uma questão preliminar

a todo tratamento possível da psicose”. Neste escrito Lacan nos adverte que, sem as condições para uma análise, seria burrice insistir em sua realização, burrice semelhante a remar na areia. Estas condições se instalariam a partir de certos manejos, ou manobras na transferência. No entanto, Kupfer acrescenta que Lacan nunca chegou a formalizar melhor a ideia de manobra na transferência, mas que seus seguidores o fizeram destacando que a principal dificuldade a este respeito envolveria atuar com o simbólico da palavra sobre o real do gozo.

Haveria dificuldades específicas no estabelecimento das condições para o tratamento de crianças e adolescentes, adverte a autora, no caso das psicoses e dos autismos. A primeira delas se refere às questões envolvidas na medida em que considerarmos o que destaca Jerusalinsky (1994), que o sujeito na infância ainda está em constituição. Mesmo se nestes considerarmos que as articulações constitutivas do sujeito estejam previamente articuladas na ordem do discurso, levando-se em conta que as crianças chegam em um mundo que já funciona organizado pela linguagem, elas padeceriam das fragilidades próprias dos acontecimentos que ainda são futuros. Desta forma, os terapeutas de crianças teriam uma obrigação a mais, ocupar-se do que ainda não está constituído.

Ainda é adicionada a esta discussão por Kupfer alguns fatos: o destino de uma pessoa será diferente se uma crise eclode na infância ou na adolescência. Caso ocorra na infância, é bem provável que esta apresente atrasos no desenvolvimento. Intervir precocemente sobre as dificuldades psíquicas decorrentes desta eclosão abriria uma via de contorno para uma possível cronificação. Outro aspecto ressaltado no tratamento destes sujeitos está relacionado ao fato de muitos deles não falarem. O sentido do que fazem muitas vezes se expressa através de diferentes comportamentos, gestos e vocalizações. Este aspecto, dificultaria o tratamento, na medida em que a tendência dos psicanalistas é seguirem significantes verbais mas não o impossibilitaria.

Ao retomar a abordagem do que propor do ponto de vista institucional, no sentido de superar tantas dificuldades impostas pela prática da análise de crianças psicóticas e autistas, propõe que, em algumas instituições, ainda que em suas formalizações não esteja evidente que se trate de visar o discurso analítico, seria possível ver que *há uma certa eficácia quando conseguem propiciar um giro discursivo*. Entre as diferentes modalidades na história das instituições de casar psicanálise e instituições, Kupfer (1996, p. 26) destaca:

- (a) Transpor a análise do individual para o coletivo, prática amplamente criticada.
- (b) Provocar pontualmente giros discursivos em instituições nas quais predominam o discurso médico.
- (c) Conduzir análises em instituições médicas.
- (d) Organizar instituições a partir do saber teórico da psicanálise.

Numa instituição estruturada a partir da psicanálise como “Lugar de Vida”, o que se busca é transpor operadores de leitura construídos na experiência analítica para o âmbito da instituição, seja na escuta de seus grupos, seja na montagem mesma da instituição. O exemplo que a autora retoma é o de Mannoni como uma proposta de desenho institucional feita a partir da compreensão da psicose infantil. Em sua discussão, propõe colocar no horizonte um pensamento no qual Psicanálise e instituição não são coisas diversas, em disjunção, mas *entender a instituição como um dispositivo de tratamento* no qual se visa ao discurso analítico, e, portanto, em conjunção com a psicanálise.

Em seguida, propõe uma pergunta que tem sido a nossa: é possível pensar em um modelo institucional que atenda a essa exigência? A partir da experiência de Bonneuil, transporta a ideia de alternância entre os vários espaços da instituição estourada, diluída para os vários espaços de trabalho dentro da instituição. A passagem da criança de um espaço a outro, ao ser proposta como uma escansão, que pode ou não ter valor de corte, a coloca perante a descontinuidade. Acrescenta: propor alternâncias não seria algo próximo aos *giros discursivos na direção ao discurso analítico*? Não haveria aí a tentativa de provocar uma manobra na transferência, uma mudança na relação de objeto na qual se encontrava esta criança?

Neste momento do texto, Kupfer faz uma referência explícita à noção de discurso analítico proposta por Lacan em seu *Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*, na qual o sentido de instalar o discurso seria o analista poder ocupar o lugar de semblante, segundo o próprio Lacan: "A posição do psicanalista, eu a articulo da seguinte forma – digo que ela é feita substancialmente do objeto a" (LACAN, 1992,

p. 40). Nessa passagem Lacan está estabelecendo o que seria a estrutura do discurso analítico. Tomada no nível radical, essa posição seria substancialmente a do objeto “a”, enquanto designa o que dos efeitos de discurso é efeito do rechaço. Além disso, aponta que, ao propormos a formalização do discurso e estabelecermos algumas regras para colocá-lo à prova, encontramos um elemento de impossibilidade, e seria isso que estaria propriamente na base do que é um fato de estrutura (LACAN, 1992, p. 43).

Em outro artigo, "Lugar de vida 10 anos depois", ao retomar o percurso de construção do trabalho do “Lugar de Vida”, Kupfer (1998) destaca três momentos. No início trabalhavam a partir de uma clínica orientada pela psicanálise. Este trabalho, no entanto, apontou uma necessidade de ampliação. Essa direção possibilitou o passo de teorizar e introduzir o institucional como ferramenta terapêutica e de trabalhar, na sequência, a introdução do educacional. Por fim, entender a montagem, em sua dimensão clínica, institucional e educacional, com uma só ferramenta, que é denominada *educação terapêutica*. Em outros momentos ela denomina estas dimensões de eixos.

Começaram a utilizar uma ampliação do dispositivo de tratamento clássico, que envolve uma alternância entre as várias atividades, dos grupos e de seus atendimentos. Nessas atividades, o fornecimento de conteúdos ideativos através do contar histórias, do fazer música, é incluída uma aposta no valor da imaginação como instrumento que engendra a inscrição, fornece as necessárias identificações para produzir a extensão da inscrição primordial.

Nas considerações mais atuais sobre o trabalho no “Lugar de Vida”, Lerner (2010) justamente começa sua escrita se interrogando em que medida um atendimento realizado em uma instituição pode ser considerado psicanalítico. Ele avança nas suas considerações propondo uma reflexão que parte da heterogeneidade da constituição de lugares institucionais e dos embates daí decorrentes. A sua proposta de compreensão de um trabalho passa, neste sentido, pela consideração da heterogeneidade discursiva que compõe uma instituição. Em relação ao “Lugar de Vida” lembra que esta teve os discursos da psicanálise, da educação e da inclusão social como marcas originárias.

A heterogeneidade constitutiva da instituição não se refere apenas aos discursos que lhe deram origem, mas também às especialidades dos membros da equipe. Ele avança sobre esta temática retomando uma definição presente na obra

de Foucault (2013), em *A ordem do discurso*, que um método é uma estratégia de pensamento e que, neste sentido, desde uma perspectiva da heterogeneidade são diversos os métodos e estratégias de pensamento utilizados para fundamentar os atendimentos em instituição. Em seu artigo considera que os laços estabelecidos entre os agentes institucionais e clientela, incluindo aí os atendimentos em suas diversas formas, são entendidos como resultantes da ocupação de lugares que compõem o cenário institucional.

Ele propõe uma reflexão que parte da heterogeneidade da constituição de lugares institucionais e dos embates daí decorrentes. A compreensão de um trabalho em instituição passa, neste sentido, pela consideração da relação entre diversos discursos que a compõem. Em relação ao Lugar de Vida, lembra que esta diversidade se refere tanto à heterogeneidade constitutiva da instituição, aos diferentes discursos que lhe deram origem, quanto às diferentes especialidades dos membros da equipe. Grande parte dela é constituída por psicólogos, mas também médicos, pedagogos e fonoaudiólogos.

Retomando uma noção de discurso de Foucault (2013), segundo a qual este não é considerado somente aquilo que manifesta ou oculta um desejo, mas também é um objeto de desejo, o discurso não é somente aquilo que traduz as lutas ou sistemas de dominação, mas aquilo pelo qual se luta, sendo o próprio poder do qual queremos nos apoderar. Portanto, o que falar, a maneira de falar, com quem falar e o que fazer, tudo isso legitima as formas de ser dos agentes institucionais, e é assim que passam a ser reconhecidos na instituição: assim se pode ser.

Esse “assim se pode ser” se estabelece segundo as especificidades dos dispositivos nos quais os agentes passam a fazer parte da realidade institucional exercendo o poder de estabelecer as “considerações consideradas”¹³ verdadeiras na instituição. Os diferentes discursos podem ter diferentes poderes enunciativos, uma vez que engendram, legitimam e reconhecem verdades diversas. Lerner nos lembra que tal diversidade pode engendrar um campo de interrogações frutíferas na relação de um discurso a outro, desde o momento em que o poder de cada um limita ou relativiza o poder de determinação da verdade dos demais. Mas também destaca um viés não menos importante: que tal diversidade dá lugar a um embate entre os exercícios de poder enunciativo, pois não se trata aí de haver diferenças, mas de

¹³ A expressão é do próprio autor.

haver diferentes formas de poder que competem entre si pelo estabelecimento de uma hegemonia discursiva na instituição.

Os diferentes lugares decorrentes das diferentes marcas discursivas não cessam de se instalar a todo instante. A relação entre os discursos de origem e os discursos das especialidades contribuem para o acirramento do debate assinalado decorrente da heterogeneidade institucional. O fato de haver tendências discursivas diversas na instituição faz com que haja simultaneidade de sistemas de leitura. A questão seria como, em cada momento, definir quem opera e de que forma, qual leitura se destacaria na direção do que vai se propor.

O autor conclui que uma instituição que tem marcas originárias heterogêneas pode estabelecer um atendimento psicanalítico quanto à sua constituição, mas em função da tensão decorrente da heterogeneidade mencionada pode acabar se deparando com impasses para a sustentação das condições para a sua ocorrência. Para ele, haveria equipes que acham que é impossível a ocorrência de atendimentos psicanalíticos na instituição, outras, creem que arranjos teóricos e técnicos garantiriam as condições de sua ocorrência. O que faltaria a tais perspectivas seria a consideração do âmbito institucional no qual os atendimentos ocorrem.

Segundo a experiência de Lerner, a consideração do âmbito institucional nos atendimentos pode ocorrer tanto nas discussões clínicas quanto nas supervisões. Não se trataria aí tanto de uma discussão que se ocuparia da transmissão de elementos enunciativos da psicanálise, mas dos efeitos do convívio de tais elementos com os diversos outros que constituem as instituições. Esta ferramenta seria um instrumento valioso no sentido de um zelo para a ocorrência de um trabalho psicanalítico analítico na instituição, posto que os impasses oriundos da heterogeneidade podem, uma vez identificados, ser contornados.

4.3 O “Le Courtil” e a *Pratique à Plusieurs* (prática entre muitos)

Nos textos referentes ao trabalho da instituição Le Courtil, instituição belga fundada em 1984 que acolhe crianças psicóticas e neuróticas graves, retomamos um conjunto de indagações que justamente partem de uma reflexão de Stevens (1996) sobre o que pode ser introduzido do discurso psicanalítico na medida em que o tratamento psicanalítico enquanto tal ali não acontece; no entanto, psicanalistas ali trabalham em conjunto com outros profissionais. Esses profissionais formam uma

equipe composta por *intervenantes*, profissionais que têm formação universitária, são psicólogos, assistentes sociais, pessoas com formação em Letras, psiquiatras e psicanalistas.

Para Stevens (1996), as condições do tratamento passariam por uma necessária castração da instituição, o reconhecimento desta como “não toda”. É o que permite o autor afirmar que o tratamento psicanalítico de crianças tem lugar estruturalmente fora da instituição. Mais precisamente, se não estiver situado fora da instituição, o tratamento não poderá ser analítico. A propósito o enunciado de Stevens lembra justamente o paradoxo constitutivo de Bonneuil: a psicanálise como subversão de um saber e uma práxis, e não como tratamento na instituição. Mas, na instituição, a clínica psicanalítica pode ter um lugar a tomar, e esse lugar pode passar por uma formalização em termos psicanalíticos.

O projeto de trabalho da instituição está fundado no fato de que a criança psicótica está inscrita na linguagem mesmo quando, isto é patente no autismo, ela não se inscreva como sujeito no discurso. A petrificação significativa que atinge a ausência de colocação em função do desejo do outro, por falta de mediação da metáfora paterna, destina a criança a um gozo sem freios que traduz de várias formas a sua submissão à fantasia do Outro. A criança, por vezes, reage a essa submissão com um negativismo que poderia se manifestar por uma rejeição a toda a intrusão em seu espaço, visar a destruição do outro ou arrancar um fragmento do seu próprio corpo ou do outro para constituir um gozo separado da continuidade.

O fato de não acontecerem atendimentos o faz se interrogar sobre qual tipo de trabalho ocorre na instituição, a questão do que pode ser introduzido do discurso psicanalítico, que comparece na construção teórica da instituição através de uma posição na doutrina psicanalítica e na elaboração teórica do trabalho cotidiano. Haveria neste aspecto elementos psicanalíticos na fundação da estrutura da instituição e a utilização destes elementos na elaboração do trabalho cotidiano.

O pensamento que dá base ao trabalho do Le Courtil é o de haver a possibilidade de introduzir na instituição um trabalho preliminar ao tratamento psicanalítico propriamente dito, que mantenha o tratamento e o projeto de sua finalidade como uma perspectiva do trabalho clínico na instituição. Nesta direção, destaca que o tratamento psicanalítico se articula através de momentos diversos, o primeiro corresponderia às entrevistas preliminares. No caso da neurose, seria o momento possível para a inversão de posições. Tempo denominado por Lacan

(1966/1998) de retificação do sujeito com o real, precedente à instalação da transferência e da interpretação. Lacan, fazendo referência à forma de Freud operar no caso do Homem dos Lobos, denomina que este proporcionou ao paciente uma retificação subjetiva que seria a introdução da implicação do sujeito na relação com seus sintomas.

Essa dialética se problematizaria em relação às crianças psicóticas, por estarem numa relação petrificada com o significante. O movimento inicial, que possibilitaria uma inversão de posições, envolveria um trabalho de entrevistas iniciais com os pais destas crianças, que frequentemente, para o autor, se sacrificariam sem cessar a seus filhos. O sacrifício que eles precisariam suportar para aceitar que seus filhos entrem em tratamento seria o de renunciar a essa posição de sacrifício que o fantasma parental coloca como um imperativo.

A elaboração teórica desta clínica passa também, segundo o autor, pela referência à doutrina psicanalítica, que permite construir um saber que faz função de elemento terceiro, de um lado deslocando a ação dos adultos do campo da reação imediata ao estudo de seus produtos, evitando que a instituição venha assumir o fantasma materno no qual a posição subjetiva da criança está fixada. De outro, do confronto com a pobreza de história nas narrativas das famílias decorre um desafio de re-instalar um processo de historicização. É frequente uma falta de historicização de que padecem muitas crianças psicóticas e autistas. Os pais raramente narram a história de seu filho ou a demarcam com elementos confusos, ou situados inteiramente no campo médico e correlativo a elementos da necessidade, expressões de uma mesma estrutura na qual é "como correlativo de um fantasma que a criança é o interesse" e nesse fantasma "a criança realiza a presença do objeto a" (LACAN, 2003, p. 369).¹⁴

Essa re-historicização passa pelo discurso: dos pais, nas entrevistas preliminares que visam um trabalho de separação; das crianças nas oficinas nas quais se faz um trabalho de elaboração significativa; e dos adultos e responsáveis, no que

¹⁴ Lacan situa que o sintoma da criança acha-se em condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar. O sintoma da criança se constitui como representante desta verdade. Esse seria o caso mais complexo mas também mais acessível as intervenções. A articulação se reduz muito quando o sintoma que vem a prevalecer decorre da subjetividade da mãe. Ela se torna "objeto" da mãe e não teria outra função do que a de revelar a verdade deste objeto, ela realiza a presença do objeto a do fantasma materno. Para nosso trabalho, Lacan situa aqui uma diferença essencial. A criança neurótica responde ao sintoma familiar, a criança psicótica realiza a presença do objeto, e a criança no autismo, em uma posição anterior, ocupa a posição no fantasma do Outro.

se constrói de uma história clínica em referência à psicanálise. A construção do caso surge como ferramenta em relação a esta última tarefa, que se insere numa exigência mais ampla de todo psicanalista com a transmissão. A transmissão em psicanálise é dupla, em intensão no tratamento e seu testemunho no ensino. O testemunho vem do psicanalista quando relata o caso e o ensino é efeito da construção de caso que é endereçado inclusive para os não analistas.

Todos estes elementos se organizam na perspectiva da possibilidade de introduzir, na instituição, um trabalho preliminar ao tratamento psicanalítico, mas este tratamento e o objeto de sua finalidade se fazem presentes como uma perspectiva do trabalho clínico na instituição.

A Psicanálise lacaniana orienta a montagem institucional do trabalho do Le Courtil através da *pratique à plusieurs*, expressão nomeada por Jacques-Alain Miller em 1992 para denominar a fundação de um campo no qual uma prática em instituição seja possível para crianças psicóticas. A prática feita por muitos constitui uma tentativa de tratamento que parte do impasse ligado à transferência na psicose. Ela faz do saber, de seu lugar e de seu uso uma questão fundamental. A invenção da equipe cuja prática é feita por muitos, respondeu a princípio, nos lembra Baio (2010), a uma necessidade. Esta necessidade se impôs a Miller por uma série de fatos. O primeiro deles se relaciona a sua observação relativa à relação das crianças psicóticas com o tempo e o espaço. Elas não esperam as sessões terapêuticas para fazer um trabalho de elaboração, isto levou a pensar a temporalidade da intervenção de outra maneira, e elas trabalham por todos os lados o espaço, e não apenas no consultório. Por outro lado, destaca Baio, elas se dirigem principalmente àqueles que parecem não saber.

Miller descobriu duas coisas a partir destes fatos. Por um lado, que uma elaboração de saber que a princípio parece opaca já está em curso na criança psicótica. Fora de toda intervenção e fora de toda sessão, de outro, ele descobre que, para que essa elaboração prossiga, um outro, um parceiro que não sabe, é necessário. Ele tenta então, mobilizar uma equipe que possa funcionar de forma homogênea a essa “condição de necessidade” no tempo e no espaço da elaboração do saber, uma equipe que saiba não saber. Ele sabe que é preciso não saber para possibilitar que a criança psicótica possa saber.

A reunião geral então surge como um aparelho destinado a que todos, os educadores e o supervisor, deixem-se convocar por tudo o que não anda bem do lado das crianças, pelo que causa impasse para cada um dos membros da equipe. Em

uma perspectiva, visa-se extrair uma lógica em questão nestas dificuldades, em outra, calcula-se uma estratégia a partir da qual responder, para que o sujeito possa realizar seu ato, produzindo-se como sujeito. Isso pode acontecer na direção de todos se manterem na mesma orientação estratégica, mas deixando cada um com a sua liberdade tática.¹⁵

Baio (1999) questiona, se o discurso do psicanalista não é aplicável¹⁶ ao sujeito psicótico, a partir de que discurso operar então? Mesmo considerando que o discurso do analista não seja aplicável, o desejo do analista pode, na medida em que cada educador possa se fazer parceiro do sujeito e seu ato. Desejo do analista que pode surgir em quem quer que consinta em se fazer “atentamente distraído” para o sujeito psicótico. Desde esta posição podem se fazer testemunhas de que novas posições subjetivas surgem, sujeitos se produzem.

Ciaccia (2010) se refere à fundação da prática entre vários por outro viés. Pareceu-lhe que a natureza desse trabalho feito por muitos dependia da natureza de um Um fundador. Dessa forma, haveria mais de uma maneira de trabalhar a partir de muitos, e a diversidade dependeria intimamente desse Um fundador. A articulação entre o Um e o múltiplo seria essencial, é essa articulação que denomina instituição. A articulação entre o Um e o múltiplo é feita de várias formas, e a prática feita por muitos seria diferente, segundo o funcionamento institucional.

Ele toma como exemplo o funcionamento institucional da Igreja ou do Exército, assim como analisado por Freud em “Psicologia das Massas”. O Um fundador dá coesão à massa. É o amor de Cristo, segundo a justiça distributiva, que faz com que os cristãos se sintam irmãos, por exemplo. Essa coesão interna comporta como consequência a rejeição, a recusa, daquele que pensa diferente. Haveria, neste sentido, uma tendência a um funcionamento da instituição a partir desse Um do Mestre; o discurso do mestre, com seu bem e seu mal, seria desta forma o discurso que se imporia de maneira automática e tenderia a dominar toda instituição.

O trabalho feito por muitos não se sobressai desse Um do mestre. Esse não seria o quadro de referência. O quadro de referência seria dado pela referência a Lacan a partir das descobertas de Freud. O trabalho feito por muitos tem seu

¹⁵ Lacan (1966/1998) em “Direção do tratamento e os princípios de seu poder” fala na direção do tratamento psicanalítico em política, tática e estratégica.

¹⁶ Talvez essa seja uma das razões que no Le Courtil seja utilizada a expressão prática entre vários e não tratamento entre vários.

fundamento em outro discurso, o discurso analítico. É um trabalho que se sustenta não no Um do Mestre, mas na falta desse Um do Mestre.

Silva (2006), em artigo sobre a sua estada no Le Courtil, destaca que as condições para a prática entre muitos são estruturadas em quatro eixos: a parceria entre os membros da equipe com a criança, a reunião de equipe, a função do diretor terapêutico e a referência teórico-clínica. Em relação à parceria entre cada membro da equipe com a criança, destaca que cada um deve apresentar-se despido de sua especialidade e a partir de sua própria posição subjetiva, munido de um desejo de encontro. Essa parceria tem como prerrogativa o intercâmbio entre os membros da equipe, não o melhor funcionamento da instituição, e sim as exigências estruturais dessas crianças e adolescentes. A função da reunião da equipe não se limita a um lugar de comunicação de informações ou coordenação de trabalho. É um lugar onde se fala da criança, sustenta-se um discurso sobre ela a partir da fala dos diferentes membros. Oferece-se à criança ser efeito de um discurso. Outra função é promover a separação para cada membro da equipe em relação a seu saber sobre a criança, gerando uma possibilidade de saber para além do individual. O diretor terapêutico é responsável para que tudo funcione em relação a uma meta precisa. A meta precisa é validar ou não o axioma de Lacan – que diz que a criança psicótica estaria dentro da linguagem, mas fora do discurso. O quarto eixo é a referência teórico-clínica: a psicanálise freudiana e os ensinamentos de Lacan. Este trabalho teórico sobre a prática clínica se elaboraria dentro de cada equipe e entre várias instituições, sem instituir uma pessoa ou uma instituição a um pretenso lugar de suposto saber.

5 A INTRODUÇÃO DOS DISPOSITIVOS CLÍNICOS PSICANALÍTICOS EM EQUIPES E INSTITUIÇÕES: PARA ALÉM DAS INSTITUIÇÕES PSICANALÍTICAS

Desde a leitura sobre os diferentes modelos institucionais destacados, guardadas as nuances de cada um destes modelos, observamos que todos utilizam elementos metodológicos psicanalíticos na criação de diferentes dispositivos de tratamento. Podemos agrupá-los utilizando a denominação de Laurent (2012) que eles expressariam, nas suas especificidades, *formas institucionais diversas* nas quais a própria estrutura da instituição é pensada como um grande dispositivo composto por elementos que formam vários dispositivos de atendimento. Nos diversos trabalhos procuramos destacar que, no viés da instituição como um dispositivo, essas experiências se diferenciam por utilizarem cada uma delas uma lógica organizativa na disposição dos elementos da estrutura institucional: Elia, com a perspectiva da instituição como um grande dispositivo efetivada pela ampliação da clínica clássica; Mannoni, com a lógica *éclatée* pelo estouro da estrutura da instituição que decorre em tentativa de subverter as relações em relação ao saber na práxis cotidiana; Stevens, com a lógica da prática entre vários, na qual uma prática é proposta sempre a partir da perspectiva do “mais um”, enfatizando que para atender crianças e adolescentes com as peculiaridades estruturais do autismo e da psicose é preciso sermos muitos, articularmos este mais um de alguma forma.

Todas essas lógicas têm em comum um movimento de uma estrutura da clínica psicanalítica que se transforma desde os impasses que o tratamento de crianças e adolescentes com autismos e psicoses colocam a esta clínica. Esse movimento é balizado por diferentes leituras a respeito do sujeito, ainda que o referencial comum seja o psicanalítico, que consideram tanto as especificidades das formas de estruturação no autismo e na psicose, quanto a importância da consideração da singularidade na direção dos diferentes dispositivos criados.

Falávamos, em nossa introdução, em tentar evidenciar o quanto a consideração da singularidade é um elemento imprescindível na inserção de dispositivos clínicos nas equipes e nas instituições. Podemos tirar algumas lições das experiências institucionais e daí derivar para situações de atendimento em equipes ou instituições que não sejam necessariamente organizadas como um grande dispositivo psicanalítico. Embora estejamos reconhecendo a grande importância dos diferentes modelos, no sentido de pensarmos diferentes lógicas, consideramos que fundar uma

instituição como um grande dispositivo psicanalítico envolva um trabalho executável, mas nem sempre viável. Por outro lado, esta é a direção que pretendemos dar à nossa reflexão, a inserção de dispositivos psicanalíticos em equipes ou instituições pode ser executada e muito mais viável na medida em que possamos verificar quais condições mínimas precisam ser introduzidas nestes espaços para podermos falar que estamos trabalhando desde a lógica de um dispositivo clínico psicanalítico.

Definindo a estrutura do dispositivo, ou dos dispositivos, podemos pensar em uma clínica que circula por diferentes instituições, equipes ou espaços sem perder as suas especificidades. É uma clínica psicanalítica que pode modificar a sua relação com a dimensão espaçotemporal, mas que, principalmente, possa quebrar com a necessidade de referência ao espaço concreto da instituição. Algo difícil de sustentar porque estamos frequentemente presos no dilema destacado por Lefort (1988), quando escrevemos ou refletimos sobre a instituição, relativo a um desejo de defendê-la, ou de destruí-la. O mais difícil neste caso seria definir o lugar desde o qual possamos falar para além do dilema destacado.

Um problema também significativo apontado pelo autor é que a estrutura de sintoma, que é a da instituição, não permitirá qualquer enfoque terapêutico se nada for pedido neste aspecto ao analista. Outro problema envolveria a tendência deste a se tornar cúmplice do sintoma institucional. Talvez seja este o dilema quando nos colocamos desde a posição de enunciar algo em nome de uma instituição, seja ela psicanalítica ou não. Devemos lembrar que o principal legado deixado pelo ensinamento freudiano e lacaniano não seria utilizar a psicanálise contra ou a favor da instituição, mas refletir e poder encontrar diferentes maneiras de poder fazer incidir na experiência clínica a dimensão da singularidade.

Destacar a dimensão da singularidade na dimensão de cuidado no campo da saúde mental, desde a inserção de dispositivos clínicos em instituições, parece ser algo evidente, mas, como veremos, se trata de um processo de bastante complexidade. No percurso histórico inicial de nossas vivências desenvolvemos algumas indagações que se inserem em alguns aspectos no campo que tem se configurado como saúde mental. Campo que tem suas modificações guiadas pela égide do movimento da reforma psiquiátrica que, em várias partes do mundo e também no Brasil, vem colocando em questão a hegemonia do saber médico-psiquiátrico no tratamento das “doenças mentais”. O campo da saúde mental se constitui na perspectiva desse movimento como um campo multidisciplinar,

heterogêneo e plural onde diversos saberes e práticas se entrecruzam (RINALDI, 2006).

O conjunto de questionamentos neste âmbito forma um movimento que tem partido da crítica a um modelo de assistência infantojuvenil que vinha se caracterizando por uma forte tendência à institucionalização e por intervenções segmentadas que resultavam, principalmente nos casos nos quais as dificuldades na estruturação psíquica se faziam presentes, em quadros de desassistência, abandono e exclusão. Nas tramas desse processo, uma grande quantidade de crianças e adolescentes passavam sem um atendimento adequado ou mesmo sem nenhum tipo de atendimento. Eram incluídas muitas vezes sob a rubrica de deficientes ou ignoradas pelas ações oficiais de cuidado. Neste período, passamos de um modelo institucionalizante e segregador, composto por intervenções segmentadas organizadas de forma hierárquica, a um tensionamento na direção de outro modelo, que tende a compor uma rede de cuidados de base territorial e comunitária na qual a hierarquização na relação entre os saberes é questionada. As linhas gerais de ação regem-se por princípios que encontram suas bases em uma ética e uma lógica de cuidado.

Entre estes princípios encontramos a ideia de que a criança ou adolescente a cuidar é um sujeito, noção que implica tanto a noção de sujeito de direitos e responsabilidades, quanto a de sujeito em sua singularidade, noção que adicionada à primeira tende a modificar o cuidado e diversificá-lo. Além disso, incluir na dimensão de cuidado uma clínica do sujeito desde a perspectiva psicanalítica a partir de uma ética do desejo envolve uma reflexão sobre os vários aspectos deste cuidado desde a transversalização do saber psicanalítico, desafios que enfrentamos na sustentação de uma ética própria (RINALDI, 2006).

Elia (2005) destacou que a dimensão da clínica do sujeito surge depois de passado algum tempo dos efeitos da reforma psiquiátrica, quando se verificou duramente que a doença mental existe como positividade fenomênica e estrutural que não é resultado de meros processos político-sociais de exclusão. As equipes foram percebendo que não adiantava praticar um cuidado desclinizado baseado na lógica de inclusão, que não era possível acolher sem tratar, era preciso admitir a dimensão da clínica.

A admissão dessa dimensão da singularidade na clínica do sujeito, no caso das crianças e adolescentes com autismos e psicoses, apresenta para nós uma dupla

especificidade: a primeira se refere à forma de intervenção com crianças e adolescentes na clínica; e, a segunda, é relativa aos impasses próprios às formas de estruturação na psicose e no autismo. A consideração dessas especificidades tem nos ajudado a pensar em elaborar uma direção de trabalho na proposição de dispositivos clínicos, mas para isso é preciso que relacionemos estas duas especificidades: como a consideração das diferentes especificidades quanto à forma de estruturação psíquica pode resultar em diferentes formas de intervenção?

Quanto à primeira especificidade, Jerusalinsky (2015) nos lembra que em relação às formas de intervenção, ser criança ou adulto faz toda a diferença. Quando a clínica psicanalítica passou a tratar crianças, teve que repensar toda uma série de fundamentos através da introdução do brincar. A segunda especificidade envolve os aspectos decorrentes dos sintomas presentes no autismo e na psicose. Como intervir com sujeitos que muitas vezes sequer brincam, muitas vezes se encontram em um período anterior ao *fort-da*, brincadeira que marca a assunção da relação do sujeito com o simbólico? Como atender esses sujeitos que muitas vezes sequer falam, muitas vezes estão tomados por estereotípias ou repetições aparentemente sem sentido?

Essas perguntas sobre as especificidades das intervenções têm percorrido nossas vivências institucionais, e temos tentado dar destaque do quanto o acolhimento e o tratamento em diferentes dispositivos podem ser possíveis, na medida em que possamos incluir uma lógica no trabalho pautada pela consideração dos tempos constituintes do sujeito. Já fazendo parte do acolhimento um olhar e uma escuta sobre os tempos da constituição do sujeito, tempos que são articulados de forma lógica e não cronológica, os sintomas no autismo e na psicose, nesse viés, passam a ser concebidos, antes do que signos de uma patologia mental, sinais de que processos da constituição do sujeito estão em impasses ou interrompidos. O desafio colocado à clínica dos dispositivos começa pela identificação em cada criança e adolescente, em cada caso, do momento em que estes processos se encontram.

Consideramos a causalidade no autismo e na psicose envolvida em uma série complexa. No autismo, especificamente, registra-se um ponto de falha precoce comum que envolve uma quebra ou descontinuidade no reconhecimento recíproco entre filho e mãe (ou cuidador), entre a criança menor de três anos e os responsáveis pelos cuidados primários e sua inserção social. Desta forma, mesmo quando neste rompimento estejam intervindo uma predisposição genética, uma condição neurológica, uma obstrução sensorial, destacamos que é esse desencontro que é a

chave para a instalação da criança numa posição autística. E é por isso que o sujeito nesta posição tende a rechaçar as interações que proponham justamente tal reconhecimento recíproco, e quando essa interação acontece de forma episódica, fugaz, tem escassa extensão imaginária e nula extensão simbólica.

Em relação às diferenças entre as psicoses e os autismos, consideramos que nos autismos é de uma ausência de inscrição de que se trata, que coloca a criança, na relação com a demanda com o Outro, a receber esta demanda na posição de repetição desta exclusão. É por isso que a criança recebe qualquer manifestação do laço social, seja direto ou indireto, como uma demanda de “ausentificação”, virando, com frequência, as costas àquele que a ela se dirige (JERUSALINSKY,1993). Nas psicoses haveria uma inscrição que não decorreria em efeitos simbólicos. Neste sentido ela se vincularia às demandas do Outro, mas não em uma posição de sujeito, mas submetida aos imperativos de ser um objeto deste Outro.

Pensamos que as intervenções se viabilizam quando acolhemos as diferentes manifestações, mesmo as formas rudimentares de linguagem, como expressões de respostas a uma demanda. A ética é uma só, tentar encontrar o paciente onde ele está e possibilitar a emergência do sujeito e do desejo, mas as formas de intervenção são várias. É preciso dispor os elementos no sentido de construir uma série na qual o outro conte, produzir vivências nas quais a presença do outro não seja experimentada como puro desprazer por ser sentido como um invasor ao produzir o rompimento do contínuo da estereotipia, presente nos casos de autismo, por exemplo, ou a alteridade venha a romper uma forma de gozo na qual esteja alienada a posição da criança na psicose.

Uma posição delicada desde a transferência, pois envolve uma disposição de elementos no cenário das equipes e das instituições nos quais possamos sair do silêncio paralisador, ou da angústia, sinalizadores de que não teríamos muito a dizer, ou propostas invasivas nas quais respondemos desde as perspectivas protocolares, ou pior ainda, desde nossos anseios fantasmáticos. Nas proposições desde os dispositivos clínicos psicanalíticos visamos o sujeito, que não é infantil, adolescente nem adulto, mas um sujeito de uma estrutura que não tem idade mas tempos.

5.1 Os tempos constituintes do sujeito

Formalizado por Lacan em diferentes momentos de seu ensino, o sujeito foi extraído do terreno da consciência, separado do racionalismo cartesiano e do campo egoico. Sujeito da linguagem em primeira instância, na medida em que seu ser é um ser tocado pela linguagem. A relação com a linguagem é constituinte, o encontro de cada um com esta implica para o ser vivente consequências de cujas variantes dependerá sua existência. Um jogo de ganhos e perdas. A grande primeira perda com que nos defrontamos é uma perda de gozo necessária a entrar na linguagem. Freud circunscreveu essa perda de gozo como condição de entrada na cultura e entrada no processo de humanização.

Pela entrada na ordem simbólica, se refrata o reino natural enlaçando o ser a uma nova ordem. Mas este processo envolve uma série de perdas, um trânsito vai do início da infância até o momento de produzir um precipitado fantasmático, processo que requer tempos e determinadas operações para produzir diferentes relações à falta, falta que é em cada tempo renovada por uma específica perda. Neste sentido, quando pensamos que o sujeito não tem idade mas tem tempos, podemos pensar em fazer distinções em relação a eles e, nos casos de psicose e autismo, sublinhar que há diferentes maneiras da passagem em relação a estes se problematizarem. Ao identificá-los, podemos dirigir nossos propósitos no sentido da recriação do movimento para passagem entre estes tempos.

Destacando que atendemos crianças e adolescentes, mas visamos a possibilidade de emergência de um sujeito que não tem idade mas tempos, tempos de constituição de sua subjetividade, tendemos a organizar as intervenções não em função de especialidades em relação a idades, perspectiva que a psicologia do desenvolvimento reforçaria, mas procurando atender as especificidades segundo a temporalidade subjetiva. Assim, nas intervenções propostas, o brincar ou viabilizá-lo quando inexistente, o lugar dos pais no tratamento, por exemplo, não ficariam reduzidos a recursos técnicos para sustentar uma prática especializada senão a temas que são respondidos desde uma questão de estrutura: qual o tempo da estruturação em que o sujeito se encontra?

5.2 Brincar e sua função nos tempos constituintes do sujeito

O tema do brincar não é questão menor para aqueles que intervêm com crianças e adolescentes. Não foi acaso as controvérsias no campo da fundação da clínica psicanalítica com crianças estarem centradas sobre o tema do brincar. Os primeiros psicanalistas que atenderam crianças se enfrentaram com a incerteza de estarem trabalhando com eles analiticamente, essa incerteza decorria da observação de que a estrutura psíquica das crianças se mostrava ainda em tempo de constituir-se e de que esta não mostrava disponibilidade para seguir a associação livre proposta como elemento essencial do método de tratamento de adultos. Se seguirmos os avatares das discussões daquela época, representados pelas posições antagônicas de Melanie Klein e Anna Freud, veremos que se delinearão duas perspectivas disjuntas, uma inclinada a fazer um cercamento lúdico da criança, e a outra inclinada a tratar a criança como se fosse um adulto. No centro desta questão estava o tema do brincar.

Começamos por reconhecer que o brincar não foi um invento da psicanálise. Em primeira instância, ele se produz na infância. Dizer que ele se apresenta na infância não quer dizer que ele seja natural da infância. A produção lúdica, mas também sua ausência, são indicadores do modo como a estrutura do sujeito está se estabelecendo. Para que haja cena lúdica é necessário que na base da estrutura esteja operando uma falta, pontapé inicial para o brincar que é vital para o sujeito na infância.

O que ocorre é que no começo da vida as regras do brincar vêm do outro. Primordialmente as condições para iniciá-lo estão em mãos de quem aloja o recém-nascido. Da forma desta relação estabelecem-se as bases de um primeiro jogo. Quem observa um recém-nascido pode notar que o bebê toma o seio e logo volta a deixá-lo de modo que o observador pode reconhecer que esta atividade introduz um teor lúdico. Esse exercício exemplifica o início de uma alternância que é vital para o bebê. Na relação mãe-bebê, a relação com o peito da mãe fluindo com uma periodicidade alternante, instaura-se um tempo antecipatório do sujeito, no qual se cria uma possibilidade de tomada de posição à resposta ao Outro. O bebê se encontra em uma posição na qual primordialmente responde a uma demanda do Outro: “Alimente-se”. Mais tarde, escutando as mães falarem, elas relatam o ocorrido de forma invertida.

“Meu bebê mamou até um ano”. Em certo modo é assim, já que, se foi o bebê quem tomou o seio e também quem o deixou foi porque desde o início se estabeleceu um mínimo intervalo diferencial entre corresponder completamente à demanda do outro e colocar uma resposta própria. Este intervalo envolve um princípio de subjetividade, uma possibilidade de uma separação primeira.

A dependência real coloca todo bebê nas mãos de um Outro primordial, relação que encena um jogo no qual pode se instalar uma hiância, efeito da falta que opera na relação entre um e outro. Ainda que se instaure esta hiância, que inaugura a possibilidade de existência de um sujeito, essa existência não está assegurada. Durante bastante tempo a criança terá que recriar por diversas vezes uma relação com a falta. Este jogo inicial se inicia pela perturbação do campo Outro.

Quando os pais esperam um bebê porque a estes se produziu uma falta, quando do nascimento de uma menina ou menino, o espaço para o futuro sujeito depende de que ele ou ela, com o tempo, perturbe de alguma forma este Outro, por não recobrir totalmente aquela falta original. Da tolerância deste Outro perante esta perturbação original dependerá a continuação ou detenção da dialética singular que oferece ou nega a possibilidade do sujeito exercer seu lugar. Um novo ser nunca será igual ao esperado, ao introduzir um novo no familiar, algo inesperado e desconhecido.

De forma paradoxal, se tudo andar bem, haverá em certa medida alguma perturbação. Se tudo vai bem, a criança romperá com os esquemas previstos introduzindo como resposta ao Outro uma marca distintiva. Manifestação sensível de uma marca diferencial de um traço distintivo no sujeito que, surgido no campo do Outro, em relação a esse toma posição, ocupa um lugar. Lugar antecipado no Outro primordial que com sua presença desejante ofereceu também sua falta.

Desta forma, as peças de uma engrenagem farão jogo (FLESLER, 2007). As peças da estrutura vão desta forma se construindo com peças móveis. Nos tempos da infância este marco irá se desenhando, tempo a tempo, por vias específicas. São tempos nos quais o sujeito tem de recriar-se fora do lugar no qual o sujeito estava originalmente disposto pelo outro.

Nem sempre as peças da estrutura se constroem com peças móveis. Por vezes faltam peças, situação presente no autismo, outras vezes, as peças se encaixam e não produzem alternância. Em um caso e outro, desde uma diferenciação teórico-clínica necessária enfatizamos a necessidade de uma diversidade na direção da cura.

As especificidades dos tempos estruturantes do sujeito no autismo têm indagado os psicanalistas desde a descrição de Kanner em 1943. Entre os sintomas descritos comparece uma "exigência de mesmidade", que se apresenta tanto na relação com o objeto quanto no estilo de relação com o outro. Desde a lógica prevalente no DSM-5 essa "exigência de mesmidade" é entendida como um conjunto de sintomas que formam uma síndrome, na qual estes são considerados um conjunto de déficits. Estes mesmos sintomas, desde a perspectiva psicanalítica, não representam exclusivamente um conjunto de déficits, denotam uma posição problemática do sujeito. Esta posição decorre, como já salientamos, segundo Jerusalinsky (1993), de uma ausência de inscrição que coloca a criança na relação com a demanda do outro a receber esta demanda na posição de repetição desta exclusão.

Ela recebe qualquer manifestação do laço social, seja direto, ou indireto, como uma demanda de "ausentificação". As intervenções no sentido do deslocamento dessa posição passariam pela possibilidade de abordagem do tratamento da criança autista de modo oposto a uma cura psicanalítica clássica. Essa é a posição de Soler (1994), que considera este tipo de trabalho uma psicanálise invertida no sentido positivo do termo, pois seria uma operação que vai do Real em direção ao Simbólico, enquanto o trabalho analítico, como tradicionalmente entendido, seria uma operação inversa, visando à travessia do Simbólico em direção ao Real.

Esta operação, do Real em direção ao Simbólico, pode se viabilizar quando pudermos dar as consequências, compreender, assim como sugere Laurent (2012), que na criança com autismo, na sua relação com seus sintomas há uma tentativa de estabelecer uma topologia particular do espaço próprio a partir do objeto ao qual está apegada. As repetições presentificadas pelas estereotípias diriam de uma submissão a uma imperiosa necessidade de que as coisas obedeçam a uma ordem absoluta, desta maneira, perante qualquer intervenção do outro que coloque em jogo uma descontinuidade, o sujeito reage com uma crise. Quando uma coisa não está no seu lugar prévio, a ordem do mundo que trabalhosamente o sujeito tenta manter se vê abalada. Neste sentido, nossas intervenções não se dirigem no sentido de supressão de sintomas, mas de instauração, de um tempo inicial para desdobrar, na escuta em transferência, qual a posição do sujeito em relação ao Outro e ao objeto.

O desafio que se apresenta aí envolve inventar um procedimento singular adaptado a cada caso, de uma maneira que uma presença seja suportável para o

sujeito. Uma pista neste sentido nos apresenta Jerusalinsky (2012, p.10), quando nos sugere uma direção nas intervenções que envolva acompanhar a crianças em suas estereotípias, na qual possamos nos identificar aos seus automatismos "percorrendo com o autista as estepes ermas dos objetos sem nome". Acompanhando seus roteiros de autoexclusão, arriscaríamos a um ato de reconhecimento recíproco fora do território da linguagem, com a esperança de que ele nos siga no retorno para este território.

A inserção de dispositivos de atendimento que contemplem a possibilidade de colocar em cena este processo, no qual acompanhar a criança e adolescente em seus percursos com uma posição receptiva quanto às suas produções possa produzir rastros, marcas, para uma possível leitura na qual a criança no *a posteriori*¹⁷ possa também fazer-se leitora, a princípio, pode acontecer em qualquer modelo de instituição, tanto na escolar como na de tratamento. O que entendemos como essencial a preservar é o aspecto da permeabilidade do formato da instituição quanto a tolerar a presença deste dispositivo.

Essa permeabilidade pode ser construída, isto quer dizer que podemos, em algumas situações, promover a inserção de dispositivos. Além disso, consideramos que, em linhas gerais, podemos considerar este método – inventar um procedimento singular para cada caso de uma forma que a presença seja suportável para o sujeito – como aplicável também aos casos nos quais os sintomas de psicose se façam presentes, levando-se em conta as diferenças que guarda quanto uma forma de estruturação específica.

Lasnik (2016), em seus textos mais atuais sobre uma distinção clínica e teórica entre o autismo e a psicose ao abordar as articulações propostas por Lacan em relação aos três registros: Real, Simbólico e Imaginário, retoma a tendência da clínica a apontar que as crianças autistas têm uma falha no imaginário, por não estabelecerem um reconhecimento recíproco com o Outro; para fazer a hipótese de que fracassa no autista seria algo da ordem do enodamento do Imaginário com as outras consistências. A clínica de bebês tem ensinado a Lasnik e a nós que os bebês que podem ser autistas, não apenas não são capazes de constituir a fase do espelho

¹⁷ Freud cunha o termo *a posteriori* (*nachträglich*) para designar uma relação temporal entre impressões, traços de memória, experiências vividas, que podem ser remodelados em função de novas experiências e também de acordo com novos momentos da constituição do sujeito (ROUDINESCO e PLON, 1998)

como também não são atraídos pela admiração que seus pais demonstram ao olhá-las. Eles não alcançam a posição de *His Majesty the Baby*, expressão de Freud (1914) em “*Introdução ao Narcisismo*”. A descoberta de Lasnik é de que eles permanecem muitas vezes impermeáveis, descoberta que mudou sua concepção do autismo.

Em relação aos enodamentos na psicose, atribui “erros” aos enodamento do registro do simbólico. Haveria sempre um “erro” decorrente da não instalação de uma castração simbólica entre a mãe e o bebê. Em um primeiro momento, haveria a impossibilidade da mãe (ou seu substituto) ensinar a um bebê que há um lugar fálico ao qual ela se remete quando, por exemplo, coloca o seu filho no berço, no segundo, haveria outra impossibilidade, da função paterna operar. O “erro” intermediário, correspondente ao Estádio do Espelho, considera que, em algumas situações, a função paterna não pode ocupar seu lugar, mas um estranho Estádio do Espelho pode se instalar. A autora destaca que uma diferenciação através da teoria dos nós pode trazer uma pertinência superior ao DSM 5, que considera o autismo e a psicose infantil concernidos dentro do amplo espectro do autismo.

Jerusalinky (2012) situa que a diferença, na psicose infantil, não se trata simplesmente de não estar capturado pelo simbólico, mas de uma captura particular que o situa numa relação de delírio ao significante, apesar desse delírio se verificar, no infans, no nível do ato. No autismo, não é encontrado esse delírio em ato porque prevalecem os automatismos neurobiológicos, as marcas primordiais que permitiriam a entrada da língua materna fracassariam na sua tentativa de costurar os atos da criança às significações próprias do discurso parental.

A imagem, no caso da criança na psicose, entra em jogo, mas não uma imagem de si mesmo, é uma imagem que é efeito de que a mãe, pela sua centração fálico-narcisista, espelha o filho, não como um outro, mas como um espelhamento de si mesma. No autismo este processo estaria ausente numa dimensão radical: a forma da presença dessa triangulação, em lugar de cindir o espaço, ou gerar a ilusão do espaço único entre a criança e a mãe, em relação a um terceiro excluído, simplesmente não gera espaço nenhum.

Por isso que, pelo menos antes que os atendimentos provoquem seus efeitos, os temores de separação que se apresentam em crianças neuróticas e psicóticas normalmente não se fazem presentes na crianças com autismo. A partir dessas observações, Jerusalinsky considera evidente que muitas vezes, no autismo, a criança pode ficar completamente excluída de toda circulação simbólica e

impossibilitada de constituir uma rede imaginária. Neste sentido, o autismo seria um caso contrário à psicanálise, porque poderíamos dizer que no autismo não há inconsciente.

Como destacamos, dessas duas posições estruturais decorrem direções na cura diversas, e, na direção da cura em cada caso, derivam possíveis caminhos transferenciais. Para avançar em nossas indagações, trabalharemos a partir de alguns casos, tentando enfatizar, desde a proposição de diferentes dispositivos clínicos, como estas especificidades relativas as condições estruturantes se colocaram em jogo, mas também o quanto a leitura da singularidade foi ferramenta imprescindível para o andamento em cada processo.

6 CASOS

6.1 “O menino enrolado no cobertor”: ajudando a percorrer as estepes ermas do significante

Quando Alessandro, 5 anos, chegou a nosso centro interdisciplinar de atendimento a crianças e adolescentes, ele já estava frequentando a escola havia três meses. Veio com diagnóstico de autismo, nunca havia feito nenhum acompanhamento terapêutico, ainda não falava. Em uma primeira reunião entre a professora e a monitora e membros da equipe clínica as primeiras começam sua narrativa sobre a criança enfatizando o diagnóstico de autismo, perguntando pelo laudo, se tinha sintomas de autismo ou não. Apenas ouvimos sem entrar inicialmente neste conjunto de questões que não diziam nada sobre a criança. Em algum momento foi lançada uma questão: “como está a criança na escola”?

O relato da chegada da criança no primeiro dia foi um tanto perturbador. A professora disse que ele chegou enrolado em um cobertor e, se o largava, saía correndo de um lado a outro e não ouvia ninguém. No entanto, mesmo com bastante dificuldades, surpreendentemente a escola continuou a acolhê-lo. Diante da continuidade pergunto: “como andam as coisas hoje por lá?” “Estão um pouco melhor”, diz a monitora que fazia o acompanhamento mais individualizado, “mas ainda temos muitos problemas”. Com um tom ansioso, “como vou fazer para inclui-lo no grupo, ele somente quer ficar vendo o mesmo vídeo, várias vezes” – de um desenho infantil – “somente quer ficar na sala”, “não fala”, “quando da hora do lanche, quando a turma vai ao refeitório, se forcamos, se nega, somente quer ficar na sala”. Perguntei se conhecia o desenho que ele gostava de ver. Ela respondeu que não muito. Disse que dali em diante teria que ser especialista no desenho. Todos riram, a fala teve um efeito chistoso.

Refletindo sobre o momento dessa intervenção, consideramos que ela possibilitou que a educadora acompanhasse a criança desde um deslocamento de sua posição inicial, paralisada perante as manifestações do menino e limitada desde uma relação a um saber abstrato sobre o diagnóstico de autismo. As demandas

escolares, perante as quais a criança não podia corresponder devido às suas limitações estruturais, também precisavam ser reformuladas.

O procedimento singular proposto partiu da consideração das condições subjetivas singulares da criança mas também de uma escuta dos aspectos relativos à maneira como estes colocavam impasses na proposta de inclusão dos educadores dentro do espaço escolar. A inserção de um dispositivo clínico começa pelo ambiente de diálogo receptivo para as observações dos educadores. Por isso, quando das combinações com a equipe desde a escuta sobre as diferentes demandas sobre o caso, e propondo certa deriva em relação a estas, tivemos o cuidado de interrogar os educadores se o que combinávamos era viável no espaço escolar. Seria possível a educadora ficar com a criança na sala quando a turma vai para o lanche se esta se recusasse? Seria possível fazer o lanche na sala durante um tempo? Durante um tempo, poderia a educadora propor instalar um brincar em torno do desenho e de suas músicas? As propostas foram aceitas; poderiam não ser, ou poderiam ser aceitas e não levadas adiante.

A instalação e efeitos do dispositivo somente podem ser verificados no *a posteriori* da sua proposição. A série de combinações realizada em conjunto com os educadores permitiu uma proposição de um deslocamento de um cenário inicial que a intervenção sob a forma de chiste, “você agora vai ser especialista em desenho”, pode-se dizer, ajudou a promover. Um pequeno deslocamento em relação ao saber da educadora e também da equipe de educadores – enquanto conversávamos sobre as histórias do desenho em questão, descobrimos que no grupo havia alguns “especialistas” – permitiu não somente a ela mas a todo o grupo um novo olhar sobre uma criança que, de fato, padecia de uma condição psíquica difícil, que resultava em impasses concretos no cotidiano escolar.

Foi encerrada a reunião e marcado um novo encontro. Passado algum tempo, já mostrando-se não tão assustada e ansiosa como na primeira reunião, a monitora narra uma série de avanços. Alessandro já aceitava fazer alguns deslocamentos pela escola, mesmo que ainda fosse somente com ela. Passou a ir junto com a sua turma da hora do lanche para o refeitório, e, inclusive, a partir de então, passava a ter um lugar seu na mesa. As brincadeiras em torno do desenho começaram a se diversificar, e a criança passou a se mostrar mais presente na relação com o outro, diferente do momento anterior no qual ficava muitas vezes indiferente ao que era proposto.

Pequenos deslocamentos que abriram uma nova perspectiva para os educadores, relativos ao processo inclusivo em andamento, desde um diálogo com a equipe clínica, produzido pela criação de um novo dispositivo.

6.2 A menina enfaixada: um fantasma reencenado

A demanda de intervenção sobre este caso surgiu a partir da situação na qual uma paciente que até então somente tinha atendimento clínico iria passar a ficar mais tempo na instituição, nas atividades em grupo educacionais. Esta adolescente, Luzia, de 14 anos, não tinha controle dos esfíncteres, usava fraldas, mas, além disso, havia uma questão que vinha há tempo produzindo interrogação para a equipe clínica. A avó usava um “procedimento” ao colocar as fraldas na neta. Este envolvia um enfaixamento detalhado preso com fitas adesivas em torno das fraldas, um procedimento que somente a avó conhecia como fazer e desfazer. Esta “amarração” entre avó e neta revelava um fantasma, segundo a observação de Mannoni um fantasma reencenado nas relações cotidianas institucionais, que, segundo a leitura desde a escuta clínica individual, envolvia a hipótese de temores da avó em relação a possibilidade de abuso sexual da neta. Tentou-se abordar esta fantasmática através de diferentes intervenções desde a escuta em entrevistas com a avó, sem avançar um milímetro.

Como eu coordenava o espaço das atividades grupais, os educadores pediram que participasse da reunião com a avó, na qual haveria uma conversa sobre as várias combinações relativas à inclusão de Luzia nas atividades educacionais. Na conversa anterior a essa reunião, fez-se presente o temor sobre as possíveis reações da avó quando da abordagem do assunto das fraldas. Pois já era sabido que tal assunto não envolveria somente falar de fraldas mas de alguma maneira a conversa iria envolver as questões, problemáticas, relativas a separação entre a avó e a neta. A estratégia foi sendo proposta pensando em levar-se em conta os aspectos fantasmáticos, mas não haveria nenhuma intenção de abordá-los diretamente.

Como dialogar com a avó na direção de tornar possível que as fraldas fossem trocadas por um outro, não se tratava somente do problema de encarregar alguém dessa tarefa, que no trabalho em questão era realizado por uma auxiliar, que ela aceitasse que este outro fizesse, mas essencialmente que pudesse confiar nesse outro. Pensamos em propor na reunião da equipe com a avó uma reunião

intermediária entre a avó e a auxiliar. Nesta conversa a avó iria passar todos os detalhes da troca de fraldas, que envolviam toda a sequência do “procedimento”, número de voltas de uma faixa em torno da fralda “para que ficasse bem segura”, detalhes dos adesivos, etc., detalhes para que ela pudesse depois certificar-se que seu “método” de cuidado fosse fielmente reproduzido.

Nessa passagem destacada do caso, partimos de uma leitura da relação fantasmática entre a avó e a neta que já estava em andamento na instituição, mas precisamos trabalhar um efeito da atualização deste fantasma em transferência que produzia um temor imaginário dos educadores em relação a abordar o assunto com a avó ao “tentar propor desamarrear a avó e a neta”. Este temor era o de que, ao propor falar de uma separação, uma vez que o assunto das fraldas envolvia a proposição de Luíza ficar mais tempo na instituição e que a vó pudesse aceitar ser dispensada temporariamente de sua tarefa de trocar as fraldas, a avó pudesse reagir de forma agressiva e se instalar uma inviabilização desse processo.

Essa disposição imaginária tinha uma confirmação desde outros acontecimentos nos quais fora proposto algum aspecto de separação entre avó e neta e a primeira tinha reagido de forma bastante agressiva. É como ela expressasse, desde as suas reações: nada quero saber de falar em separação. O problema foi justamente este, como dar curso aos atendimentos envolvia interrogar o fantasma que estava em jogo, considerar em que aspectos eles se atualizam nos diferentes cenários da instituição, passamos a formular uma leitura e adaptamos o dispositivo a partir desta.

Conversamos desde o âmbito da reunião educacional refletindo sobre as possibilidades de reações da avó perante as nossas proposições. O temor imaginário diminui um pouco na medida em que há uma conversa com os educadores sobre alguns aspectos do fantasma em questão, mas o que mais deu segurança foi a observação de que, se houvesse uma negativa da avó sobre o que quer que fosse do proposto, se ela porventura reagisse agressivamente, isto não seria necessariamente um problema, se a proposição falhasse, isto também não precisava se tornar um problema.

As reuniões aconteceram, Luíza passou a ficar mais nas atividades educacionais, e isso foi possível porque uma leitura do fantasma permeou as intervenções da relação avó-neto e os efeitos sobre a equipe. Entretanto, em nenhum momento a avó foi confrontada com alguma interpretação. A escuta da singularidade permeou todo o processo, da jovem, da avó, sobre os efeitos do fantasma na relação

com a equipe. As questões específicas da posição subjetiva de Luzia, estruturando-se na via da psicose, foram levadas em conta desde os impasses que se desdobraram na proposição de circulação em um novo espaço de convivência e fizeram emergir novas demandas. Luzia precisaria ficar mais tempo na instituição, iria conviver com colegas, mas para isso ser possível foi necessário colocar em jogo uma intervenção envolvendo diferentes personagens: a auxiliar, a avó, Luzia, o coordenador da equipe, os educadores.

A colocação em jogo destas diferentes posições produziu um cenário no qual, como denominou Mannoni, produziu-se uma prova de separação, não somente para a avó e para Luzia, mas também para os componentes da equipe.

6.3 “O jogador de futebol”: o que seria desespecializar a relação ao saber de origem

Marcelo chega à nossa clínica interdisciplinar já adolescente, com quadro de paralisia cerebral grave prejudicada pela ausência de intervenção psicomotora. Em interconsulta com a fisioterapeuta responsável pelo caso, ela manifesta seu desconforto, pois Marcelo tem se negado a aceitar as proposições de alongamento indicadas em seu caso. Já havia tentado de várias formas, o que gerava protestos de Marcelo que negava que ela o tocasse, às vezes urrava protestando. Quando sugeri que ela pudesse propor outras coisas antes para fazerem juntos, argumentou que o quadro dele era muito grave, que precisava alongá-lo, pois já havia perdido muito tempo, enfim, a série de demandas ao caso estabelecidas desde a sua especialidade, no caso, a fisioterapia.

Ouvindo isso, argumentei: “talvez fosse necessário perder algum tempo para que ela pudesse, depois de passado esse tempo, intervir no que achava necessário desde o ponto de vista fisioterapêutico”. A esta observação, que a deixou um pouco surpresa, responde com uma série de argumentos justificados de seu ponto de vista instrumental, sobre os prejuízos psicomotores que uma demora na intervenção poderia acarretar. Novamente observo “mas se dedicarmos um tempo e se nesse tempo se desdobre a posição de recusa do paciente, ele se mostrará justificado”. Ela me olha com certa perplexidade, expressão característica das pessoas quando estão pensando seriamente sobre algo, logo faz um aceno positivo com a cabeça.

Começamos a conversar sobre os interesses do paciente, alguns deles eu já conhecia por suas circulações pela instituição. Usava uma camiseta de time de futebol e, mesmo com todas as limitações psicomotoras decorrentes de sua paralisia cerebral, gostava do assunto futebolístico. Elegemos essa temática para propor uma nova cena clínica. Uma bola foi introduzida em uma nova relação, pois a sua presença não estava submetida ao imperativo inicial de alongamentos e intervenções sobre o corpo. Além disso, em torno do novo jogo que se armaria na sala, começam a aparecer as disputas, as regras, os objetos tomados em outra significação. Com frequência a barra para exercícios fisioterapêuticos virava a trave de uma goleira, alguns outros objetos servia de baliza da extremidade do campo.

Depois de um tempo no qual várias partidas foram jogadas, voltamos a nos reunir e a fisioterapeuta colocou que, naquele momento, Marcelo passava a aceitar fazer alongamentos, no entanto, isso somente se fez possível quando inserido como uma intervenção na cena da partida, pois o jogador de futebol se alonga antes e depois do jogo.

Destacamos, em nosso percurso de escrita, que Mannoni (1987) nos propõe que um dos efeitos da introdução da lógica *éclaté* seria interrogar as situações nas quais as rotinas administrativas tendem a tornar impossível qualquer dialética nas relações. Essa impossibilidade pode se configurar nos aspectos mais amplos da instituição como nas diferentes relações cotidianas com o saber.

Em relação ao fragmento destacado, o impasse clínico começa por uma situação na qual parecia que não poderia haver nenhuma dialética. Esse fragmento serve para ilustrar que muitas vezes os impasses não são decorrentes do número de dificuldades do quadro do paciente, mas da tendência do profissional a ficar aprisionado na lógica da especialidade – intervir de uma perspectiva técnica que aplica uma série de conhecimentos ordenados de determinada lógica. Em uma perspectiva interdisciplinar, o abandono da especialidade, o que tem sido destacado por Elia (2005) como um movimento necessário para todos profissionais na área da saúde mental que se caracteriza por um caráter de não especialismo, é um movimento que precisa ser constantemente instaurado e sustentado a cada vez. Pois a referência à especialidade em detrimento da sua relativização decorrente do trabalhado “entre muitos” é algo que tende a se reinstaurar mesmo nas equipes nas quais se dispõem condições para esta ser interrogada.

Devemos considerar que os diferentes profissionais que frequentemente compõem as equipes interdisciplinares vêm de uma formação de origem, na qual a sua especialidade recorta uma função e sua técnica de intervenção se pauta por limitar-se a aspectos dessa função. Um efeito importante, neste sentido, quando da inserção de dispositivos clínicos psicanalíticos, é a possibilidade de questionamento dessa tendência. Neste caso estamos enfatizando que, se a inserção do dispositivo produz este efeito, um efeito de deslocamento em relação ao saber de origem, as possibilidades de criatividade na clínica são maiores.

Mas para que este deslocamento se opere a cada vez é necessário um suporte a esse movimento do profissional através da inclusão de espaços de diálogo na equipe, que podem ser sustentados desde que se instalem nas relações uma transferência de trabalho. O termo transferência de trabalho é proposto por Lacan na “Ata de fundação” da Escola da Causa Freudiana, de 1964, a partir de um sintagma de que o ensino da psicanálise somente poderia se transmitir de um sujeito a outro e isso aconteceria pela via de uma transferência de trabalho.

Rinaldi (2004) coloca a transferência de trabalho num prolongamento da própria transmissão em psicanálise. Já não seria o lugar de um trabalho em transferência em tratamento, mas um trabalho de produção de uma relação ao saber no qual o discurso psicanalítico subverte uma tendência dominante, no caso em questão, em ficar aprisionado em uma relação de saber do especialista. Nas instituições nas quais os princípios psicanalíticos fundamentam os diferentes dispositivos, o referencial psicanalítico promove um cenário mais propício à instalação de uma transferência de trabalho. Nas outras instituições estas condições não são frequentemente propícias, mas isto não significa que em algumas situações não se possa instalar uma transferência de trabalho e que se produzam efeitos desde aí.

As diferentes intervenções no caso destacado dentro de um contexto de atendimento fisioterapêutico confirmam esta observação. Podemos assim fazer uma analogia. Assim como um paciente suporta desde uma relação transferencial deslocar sua relação com seus sintomas, um profissional apegado a um raciocínio da especialidade pode deslocar sua forma de intervenção desde uma transferência de trabalho em equipe.

6.4 “É só um cafezinho”: uma saber a mais desde aquele que não supomos saber

Juliano, 6 anos, chega para atendimento psicanalítico em uma equipe clínica interdisciplinar em contexto de escola especial. Ele frequentava uma turma na escola na qual não conseguia se vincular nas produções. Falava poucas palavras, quando andava balançava as mãos ao lado do corpo de forma repetitiva, mantinha o olhar para o outro com alguma compreensão. Um dos dias, chegando no atendimento depois de uma sequência de tentativas não muito produtivas, disse “café” de forma não muito inteligível. Quando digo-lhe, “acho que gostaria de ir na cozinha tomar um cafezinho”, esboça-se um sorriso, e, desde aí, montou-se toda uma espécie de ritual antes do atendimento no qual descíamos até a cozinha, conversávamos com a cozinheira, que sempre era receptiva, servindo-nos um cafezinho fora de hora – em função dessa necessidade clínica foi preciso explicar à diretora da escola o porquê da necessidade de tomarmos um café “fora de hora”.

Nessa cena que se arma em tomar um cafezinho, Juliano começa novas vocalizações: “é bom”, faz toda uma série de expressões que vão tendo uma função organizativa para a criança. Depois desse café, subíamos para a sala, e começaram a se montar brincadeiras mais organizadas, mas sempre antes do atendimento, tomávamos um cafezinho. Por circunstâncias institucionais acabou havendo a minha demissão e a interrupção do atendimento. A psicóloga que deu sequência ao atendimento – esta situação soube através de colegas – quando começa a atender se deparou com a insistência de Juliano: “cafezinho”, “cafezinho”. Sem saber a quem mais recorrer, pois já havia perguntado para várias pessoas, resolve interrogar a cozinheira: “afinal de contas o que quer Juliano pedindo cafezinho?”. A cozinheira respondeu: “Ele só quer tomar um cafezinho”.

Sabendo desta situação depois de sair da instituição, consegui entender desde uma perspectiva diferente o caso em questão. A tendência de leitura em relação à observação de Baio (2010) acima destacada, de que as crianças psicóticas tendem a se dirigir àqueles que não têm saber, pode fluir para estratégias, como destaca o autor, da prática entre muitos de mobilizar a equipe para saber não saber. Outra direção a essa leitura seria nos interrogarmos sobre o que está em jogo nesta “constatação” em relação ao saber quanto à procura ou endereçamento a pessoas que circulam na

instituição e não são membros da equipe clínica, mas trabalham no local em outras funções: a cozinheira, o segurança, as pessoas de apoio ao trabalho.

Nossa hipótese é de que procuram, ou se encontram com estas pessoas, pois realmente no encontro com elas há uma suspensão das demandas terapêuticas, enquanto, por mais que inventemos diversas formas de suspensão, estamos submetidos a um anseio terapêutico e, mais cedo ou mais tarde, as crianças e os adolescentes o percebem. Por mais paradoxal que pareça, o comentário da cozinheira foi de incrível fineza clínica, revelando uma percepção muito aguçada do que se encenava na cena do cafezinho. Pois no fundo ela sabia que não se tratava de apenas um cafezinho, que se tratava de uma encenação essencial para Juliano. Ela, a seu modo, tinha uma compreensão de que, para ele, a cena do café todo dia antes da sessão terapêutica era o que possibilitava no espaço da sala que começasse a brincar e desdobrar estas brincadeiras.

A cozinheira vinha observando a sequência de nossos movimentos na composição da cena do café. Desde o saber especializado, a pergunta da psicóloga, “afinal de contas o que Juliano quer com o cafezinho?”, conotava um interesse de situar este café desde uma técnica. O comentário da cozinheira interpretou a pergunta da psicóloga, desde uma relação ao saber em jogo no cenário – até hoje não sabemos se para a profissional teve alguma utilidade –, um saber que vinha se articulando desde seu interesse nas diversas “sessões” no refeitório.

Quando uma colega me contou o diálogo entre a cozinheira e a nova terapeuta, dei-me conta de que realmente o mais importante na cena do cafezinho era que, na disposição do cenário, eu não propunha nenhuma intervenção com viés terapêutico, que aceitava só tomar um cafezinho, e que esse “só”, foi essencial para Juliano se enlaçar transferencialmente comigo no tratamento que passava a se desdobrar efetivamente na sala de atendimento, desde que, antes de cada sessão, tomássemos, “só um cafezinho”.

6.5 “Ninguém quer a minha filha”: circulando à procura de um lugar

A mãe de Fernanda, 14 anos, chega a nosso trabalho para fazer uma entrevista de acolhimento no serviço. Sua filha frequentou bastante tempo uma clínica voltada a crianças e adolescentes. Nessa mesma instituição, havia também uma escola. Um ano atrás havia uma indicação de saída da adolescente, que foi anulada por uma

espécie de acordo entre a mãe e a diretora da escola, colocando a segunda em conflito com a equipe clínica da instituição. A represália da equipe tardou, mas não deixou de acontecer.

Depois de um ano sem muito avanço. Fernanda continuava se negando a ficar na sala, somente queria circular e, nas intervenções clínicas, não apresentava nenhum avanço. Foi então feita uma avaliação em conjunto, que foi entregue à mãe, laudo concluindo que Fernanda não falava, não ficava na sala, não aceitava intervenções clínicas, logo não podia mais ficar na instituição. A mãe passou o laudo para eu ler – admitido que esqueci tudo o que estava escrito, o laudo era assinado e composto por vários profissionais –, chorando e desesperada porque agora era ela que não sabia o que fazer mais com a filha. Perguntou se eu poderia garantir que ela ficaria ali, disse que não, mas que poderíamos começar uma avaliação para conhecer as capacidades da Fernanda. Achei interessante ressaltar o termo “capacidades”, pois toda a série de laudos indicava que Fernanda não tinha a capacidade de fazer quase nada e a mãe chegou muito tomada pelo efeito quase traumático dessa avaliação e da exclusão da filha da escola e do tratamento clínico. Passamos a dar sequência às entrevistas e à avaliação. Ficou indicado um trabalho individual inicial com a terapeuta ocupacional

Esse trabalho começa e, depois de certo tempo, a colega responsável pelo tratamento coloca que estava bem difícil, Fernanda andava de uma sala a outra, não acontecia nada que marcasse a diferença entre os espaços, às vezes pedia para sair pelo portão e a terapeuta achava melhor que não. Propus que a colega narrasse como eram os trajetos que realizavam na instituição.

Fernanda andava de uma sala a outra, nada falava, a terapeuta tentava propor algo conversando com Fernanda, mas parece que nada realmente marcava a passagem de um espaço a outro. De fato, havia passagem de um sala a outra mas não havia passagem de um espaço a outro, porque somente há relação com o espaço desde o momento em que possamos falar da presença de um sujeito. O espaço se transforma em cena quando se pode considerar a entrada de um sujeito.

Lacan (1962-1963/2007) em seu seminário sobre a angústia faz uma menção a diferentes tempos da cena referindo-se à composição do cenário no teatro. No primeiro tempo, Lacan nomeia como a cena do mundo, tempo quase mítico no qual o sujeito nem fez aí a sua entrada. Em um segundo tempo, ao sujeito entrar na cena, começa a partir de sua entrada a organizar esse mundo. Uma vez colocado na cena,

isso dá lugar a outro tempo no qual começa a ser percorrido como história. O quarto tempo seria da dimensão da cena sobre a cena, relativo ao que possibilita uma encenação teatral.

No espaço teatral o personagem trata de dar corpo a algo, algo que não é estritamente idêntico a ele e, ao mesmo tempo, conserva algo dele. Para colocar-se no lugar do personagem o ator deixa de ser ele mesmo, para jogar a ser. Faz-se necessária uma perda de identidade, a identidade de si mesmo. Jogar a ser um personagem é também jogar a não ser, implica um lugar de desprendimento, a produção de um lugar de diferença.

Na narrativa do caso ficou uma questão, parecia que algo de Fernanda poderia surgir desde o pedido de abertura do portão. Se pensássemos na ordem de uma série indiferenciada de portas que ela pedia para abrir ela seria somente mais uma na sequência das outras. No entanto, a estratégia proposta à terapeuta, “abra o portão, vamos ver no que vai dar”, antecipava uma suposição de que algo pudesse surgir, de que desde um deslocamento um sujeito pudesse surgir. A necessidade da terapeuta em produzir uma diferença, entre espaços ou para a própria Fernanda, foi substituída pela sugestão de acompanhá-la deixando que ela guiasse o passeio pelo rua, e daí uma diferença pudesse se produzir.

Entre as andanças pela rua, um dia em nova consulta a terapeuta aparece exultante. “Outro dia aconteceu uma coisa importante”, “enquanto andávamos pela rua Fernanda puxou a minha mão se dirigindo ao ponto de táxi, fiquei surpresa”. Entrou no táxi, um motorista permitiu. mostrando-se muito animada com tal acontecimento. Depois, ao voltarem à clínica, contando para a mãe a novidade, descobrimos que o pai era motorista de táxi, e que Fernanda adorava sair com ele de carro. Desde aí pudemos situar que havia passagem de um espaço a outro porque havia um sujeito produzindo diferença na relação com estes diferentes espaços. No início este anseio de diferença estava todo do lado da terapeuta, desejo importante, mas que precisava de um engajamento da paciente para que pudesse fluir. O encontro insólito, no dizer de Mannoni, pôde ser utilizado, porque se criou uma disposição para recebê-lo, utilizá-lo desde a intervenção em movimento.

6.6 “Bonecos em cima do telhado”: idas e vindas transferenciais de um menino

Gustavo, 10 anos, com diagnóstico de psicose, chega para avaliação em contexto clínico em uma escola especial. Na reunião de equipe, a psicóloga que acolheu o menino diz que tem um caso para “passar”. Diz que ele se mostrou muito desorganizado na sala, suas falas são ininteligíveis, “jogou todas as coisas pela janela”, “não parava quieto”, “depois quis sair da sala quando eu disse que não queria me bater”.

Na entrevista os avós adotivos, que na realidade faziam a função de pais, relatam a situação da adoção. A filha do casal, fazendo uma visita como estagiária de pedagogia há dois anos, encontra uma criança sentada em um canto com olhar perdido e se apaixona, foi “amor à primeira vista”. A filha ainda morava com os pais na época, mas apesar da decisão da adoção começar por um movimento de desejo da filha, quem realmente deu consequência a este desejo foram os “avós”. Eles quem cuidavam, a adoção foi feita no nome deles. Enfim, eles é que efetivamente ocuparam o lugar parental.

No atendimento, começamos circulando pelo pátio da escola, jogando bola. Em uma das situações ele atira a bola para o outro lado do muro e acompanha o movimento da bola com o corpo, se dirigindo para se atirar para o outro lado do muro. Eu o seguro. Algumas bolas da sala de educação física já tinham sido perdidas, pois não podíamos resgatá-las. O que ficou desta cena foi a impressão de que na relação com o objeto que se distancia, na realidade, não se operava uma distância, ele ia junto com o objeto se o outro ali não intervinha.

Começamos uma série de brincadeiras na sala de atendimento. Ele jogava uma série de objetos pela janela, quando fazia isso, a cada objeto dizia na sequência “não”, olhava para mim e batia no próprio rosto. Dizia, “não precisa se bater”, “depois vamos lá buscar”. E foi o que começamos a fazer, um circuito de idas e vindas, durante algumas sessões.

Tive a ideia de poder trabalhar com ele uma brincadeira de poder perder de fato alguns objetos. Um dia, tinham ficado alguns balões de uma festa no ginásio, e começamos a brincar de jogar bola com eles. A brincadeira que se montou era de um

balão que ia desaparecendo até os fundos do pátio da escola. Gustavo jogava os balões até que eles ou ficavam presos no telhado ou realmente desapareciam, eu encenava que ficava preocupado, e ele ficava felicíssimo a cada balão perdido.

Em uma entrevista com os avós, na sequência dos tratamentos, eles relatam uma cena que a eles impressionou muito e a mim também, pois provavelmente ilustrava algo da posição de Gustavo. Chegando no abrigo na situação de visitas iniciais para adoção, passava-se por um terraço onde havia uma pilha de bonecos que tinham sido jogados pela janela contígua. Esta cena dizia algo dessa marca que Gustavo encenava na relação com os objetos e com o espaço.

Desde o trabalho transferencial ele pode ensaiar um deslocamento de ser o objeto jogado pelo Outro, para uma posição na qual ele podia jogar, perder balões. A importância de poder perder algo na transferência, as bolas, os balões, permitiu que ele ensaiasse um deslocamento dessa posição estruturante inicial. O brincar na cena terapêutica possibilitou deslocar uma tendência de uma forma de resposta ao Outro, de encenar de outra forma essa relação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso percurso de escrita propôs enfatizar que o processo de inserção ou criação de dispositivos clínicos pode derivar em diversas formas de acolhimento e tratamento de crianças e adolescentes com autismos e psicoses. Ao mesmo tempo que viemos trabalhando na perspectiva de sustentação de uma diversidade, procuramos também destacar o quanto, na proposição dos dispositivos de tratamento, as especificidades quanto às formas de subjetivação no autismo e psicose implicam que determinadas condições precisam ser introduzidas para que a singularidade de cada caso seja respeitada. Partimos da análise de alguns ensinamentos que os modelos institucionais têm nos oferecido para o desenvolvimento de tais perspectivas.

Quando utilizamos a expressão modelo, não estávamos tomando as experiências institucionais como uma forma ou padrão a ser imitado, muito mais utilizamos o diálogo com as diferentes perspectivas como fontes de inspiração, como maneiras possíveis de pensar os problemas que vínhamos enfrentando. Este diálogo passa também pelos autores que fundam ou participam da fundação destas instituições. Em cada um desses modelos de trabalho institucional procuramos destacar uma lógica de organização, essa extração de uma lógica de organização nos permitiu visualizar uma estrutura de cada modelo. Em Mannoni, a lógica *éclaté*e e os diferentes dispositivos decorrentes, o mesmo para Kupfer e a lógica decorrente da educação terapêutica, Luciano Elia e o DPA (Dispositivo Psicanalítico Ampliado) e Stevens com a proposições da prática entre muitos.

Ao analisar a lógica subjacente à organização de cada modelo institucional, enfatizamos como cada uma delas propõe diferentes dispositivos clínicos em seus trabalhos cotidianos. Desde a leitura das diferentes propostas, percebemos que a retomada de elementos do método clínico psicanalítico fundado por Freud e formalizado por Lacan se efetiva, que estes são transpostos para a organização de suas instituições e dos diferentes dispositivos de atendimento. Além disso, no diálogo com estas propostas pudemos avançar a respeito de uma reflexão sobre uma distinção a respeito de formas de organizar os diferentes espaços e também a respeito da articulação possível entre os diferentes saberes nos diferentes dispositivos propostos.

Neste aspecto, Luciano Elia, em específico, nos ofereceu uma ferramenta metodológica importante para a nossa sequência de trabalho, quando coloca que o dispositivo psicanalítico ampliado pode instalar-se em uma clínica institucional desde que os profissionais situem-se no eixo metodológico psicanalítico. Na sua consideração ele propõe uma forma possível de articular uma nova configuração espaçotemporal, diferente da referência ao espaço da sala do consultório, com uma extensão relativa às pessoas envolvidas no tratamento, neste caso, o âmbito dos saberes.

A instalação do dispositivo ampliado depende, no seu entendimento, do respeito de certas condições. A ampliação pode ocorrer em termos da sua configuração espaçotemporal, podendo, isto é importante, envolver vários espaços, com um tempo que não seja predeterminado, mas também, uma ou múltiplas extensões, envolver mais de duas pessoas. Neste último aspecto é um dispositivo entre muitos pacientes, muitos técnicos – aqui a referência a um modo possível para a relação entre os diferentes saberes –, mas que respeitaria na sua configuração os eixos estruturais do dispositivo clínico clássico.

Passamos a nos pautar pelas linhas gerais da proposição de Elia na leitura dos outros modelos institucionais, realçando em cada um as condições que devem ser observadas a fim de que possamos verificar a possibilidade de tratamento segundo a orientação metodológica psicanalítica em instituição. Depois de percorrermos os diferentes modelos e analisarmos as suas lógicas organizativas e a decorrente produção de dispositivos de atendimento, passamos a refletir sobre a possibilidade de inserção e criação de dispositivos clínicos psicanalíticos em equipes e instituições não psicanalíticas.

Nesse caminho, acabamos nos deparando com um problema, pois, se observarmos um aspecto metodológico específico na proposição de Elia no DPA, veremos que uma pré-condição geral presente em sua proposição é de que todos os profissionais situem-se no eixo metodológico psicanalítico. O problema que passa a ser abordado desde aí é como inserir e criar dispositivos clínicos psicanalíticos em equipes ou instituições nas quais há uma diversidade de referências metodológicas que convivem no mesmo espaço de proposição de trabalho. Neste ponto delicado, achamos pertinente destacar que a inserção ou criação de dispositivos clínicos psicanalíticos depende de haver uma interrogação mínima nas equipes ou instituições sobre a forma de proposição de seu trabalho, enfim, que haja uma abertura mínima

que possibilite um pensar sobre a clínica, sobre a maneira de proposição dos atendimentos.

Se o espaço de trabalho eventualmente está dominado por uma metodologia que preconiza uma protocolização da clínica, neste caso, nos dispositivos de atendimento se privilegiará uma aplicação dos conhecimentos previamente estabelecidos. Será privilegiada a aplicação de uma técnica, como um conjunto de procedimentos que serão aplicados ao objeto da intervenção. Nestas situações não vemos nenhuma perspectiva de contribuição da psicanálise ou de um analista, e, evidentemente, não há nenhum interesse de contar com eles.

A abertura mínima para instaurar uma elaboração sobre a forma do trabalho em equipe depende de que haja uma interrogação sobre a maneira específica como cada equipe está propondo os atendimentos com as crianças e os adolescentes, mas, além disso, é imprescindível haver espaços nos quais estas questões possam seguir sua elaboração. Em todos modelos institucionais que trabalhamos a reunião de equipe é um dos dispositivos essenciais na sustentação das diferentes modalidades propostas.

Consideramos que uma equipe que se reúne simplesmente não é garantia de uma elaboração do trabalho. É preciso que neste encontro haja elementos que permitam uma promoção de uma interrogação sobre a práxis e, também, que coloquem em andamento um pensar compartilhado sobre o formato de cada trabalho. Neste caso, não é necessariamente problemático que existam metodologias diferentes no mesmo espaço, o essencial é que neste espaço haja um desejo de tentar articular um trabalho em conjunto. Como viemos refletindo, há diferentes formas de viabilizar esta articulação, mas, se envolvermos a psicanálise neste processo, algumas condições se fazem imprescindíveis.

Em instituições de atendimento nas quais o eixo metodológico psicanalítico é a base da estruturação do trabalho, destacamos nos diferentes modelos como, desde uma indagação sobre a especificidade do trabalho institucional com crianças e adolescentes com autismo e psicoses, chegam, cada um deles, a um conjunto de condições necessárias que, uma vez introduzidas, dão forma a diferentes dispositivos de atendimento. Os dispositivos clínicos são, nesse sentido, resultado de uma transposição das condições mínimas de um tratamento presentes no método clínico psicanalítico. Os dispositivos clínicos psicanalíticos são produzidos por um movimento de uma estrutura da clínica psicanalítica que se transforma desde os impasses e dificuldades que a proposição do atendimento em instituição coloca a esta clínica.

Destacamos em nossa escrita que esse movimento é balizado por diferentes leituras sobre o sujeito, ainda que o referencial psicanalítico seja comum. Um dos elementos que dão base a esse movimento é a consideração tanto das condições específicas de estruturação no autismo e na psicose como da singularidade de estruturação de cada sujeito na direção da composição dos diferentes dispositivos. Tomamos esses aspectos na linha de nossa elaboração como essenciais para a continuidade de nossa reflexão.

Propomos que a inserção ou criação de dispositivos clínicos psicanalíticos em equipes ou instituições pode ser viável e executável desde que possamos verificar quais são as condições mínimas para que um dispositivo possa operar desde as suas intervenções. Também que, uma vez que definíssemos uma estrutura do dispositivo clínico, seus elementos mínimos, poderíamos pensar em formular os aspectos de uma clínica que circula por diferentes equipes e instituições, modifica, como sugere Elia, a sua relação com a dimensão espaçotemporal mas principalmente pode romper com a necessidade de referência ao espaço institucional.

Passamos a enfrentar o desafio destacado propondo que há diferentes maneiras pelas quais esse processo pode ser viável, desde que possamos evidenciar de que forma a consideração da singularidade pode se fazer presente nos dispositivos. A admissão da singularidade na clínica no caso das crianças e adolescentes com autismos e psicoses é abordada desde duas especificidades. A primeira, relativa à forma de intervenção com crianças e adolescentes na clínica, e a segunda, aos impasses referentes à forma de estruturação no autismo.

Desde a consideração destas especificidades e de sua inter-relação é que temos pensado em elaborar uma direção possível de trabalho na proposição de dispositivos clínicos nos quais os aspectos dessa consideração resultem em diferentes formas de intervenção. Em relação à primeira especificidade, destacamos as modificações por que a clínica psicanalítica passou quando se dedicou a atender crianças, modificações em seus fundamentos. Em relação à segunda, destacamos os aspectos decorrentes dos sintomas presentes no autismo e psicose. Como intervir com sujeitos que sequer brincam, muitas vezes não falam, por vezes tomados por estereotípias ou repetições aparentemente sem sentido?

Tomamos uma via de abordagem destes problemas pela consideração dos tempos constituintes do sujeito. Propomos que o acolhimento e o tratamento em diferentes dispositivos pode ser possível, na medida em que possamos incluir uma

lógica nas intervenções pautada pelos tempos constituintes do sujeito. Os sintomas do autismo e da psicose, quando presentes, nesta via expressam momentos lógicos do processo de constituição do sujeito.

Podemos identificar, neste sentido, uma condição essencial para a proposição de um dispositivo clínico: já no momento do acolhimento, proporcionar condições para dispor um olhar a esta questão: Em qual tempo da estruturação o sujeito se encontra? Ao orientarmos nossas intervenções nesta direção – que o sujeito não tem idade mas tempos –, podemos redimensionar a clínica dos dispositivos no sentido da recriação da passagem entre estes tempos.

Desde uma relação entre os tempos do sujeito e os tempos do brincar, passamos a destacar a importância de uma distinção clínica nos processos de constituição no autismo e na psicose. No entanto, propomos uma direção geral possível para a proposição de nossas intervenções, que não se pautem pela supressão de sintomas, mas pela instauração de um tempo inicial para desdobrar na escuta em transferência qual a posição do sujeito na relação com o objeto e o Outro. O desafio inicial na proposição do dispositivo envolve criar um procedimento singular adaptado a cada caso.

Essa criação depende da instalação de uma cena na qual se desdobra a relação do sujeito com Outro e seu objeto. O essencial para este processo se iniciar é a disponibilidade de um cenário, ou cenários, em um espaço, ou espaços, entre diferentes pessoas, é necessário mais de uma, nos quais o sujeito possa ser acompanhado em seus trajetos. É importante uma posição receptiva quanto às diferentes produções. Essa posição muitas vezes pode não percorrer toda a estrutura da instituição, mas pode ser introduzida em algum espaço da instituição ou fora dela.

O essencial é poder constituir pelo menos um espaço para o sujeito que se sustente, no qual há uma receptividade às suas produções, no qual possam se produzir rastros, marcas, para uma possível leitura. É importante que, em relação a estes percursos, se produza, em algum momento, a possibilidade de que o próprio sujeito possa ler aquilo que ele mesmo produziu. Temos considerado que esse processo pode acontecer em âmbitos de tratamento e educacionais desde que encontremos neles algumas condições para que se instaure.

Nos diferentes casos que inserimos, na sequência de nossa escrita, procuramos figurar como os dispositivos clínicos ali instalados operaram efeitos, inclusive terapêuticos, produzindo diferentes trajetos desde os dispositivos instalados, mesmo

desde âmbitos não muito usuais. Nem sempre temos as condições ideais para propor nossas intervenções, no entanto, destacamos em diferentes cenários institucionais como a inserção e a articulação de elementos em diferentes dispositivos operaram algum deslocamento na posição dos sujeitos, tanto dos alunos e pacientes, quanto dos adultos em torno do caso.

Em relação ao caso “o menino enrolado no cobertor”, poderíamos observar que houve um aspecto presente e anterior à nossa intervenção que era o desejo de acolher o menino mesmo com tantas dificuldades que seu quadro produzia. Havia um desejo de acolhimento, mas os educadores não sabiam exatamente como ajudá-lo. Nas diferentes proposições, que começaram por uma interlocução em equipe permeada por uma escuta, foram dispostos rearranjos no espaço escolar a partir de aspectos da singularidade da criança. Nesses rearranjos, não foi deixado de fora o trabalho no nível de uma escuta sobre como as dificuldades da criança produziam impasses de maneira específica para estes educadores.

Foram respeitadas as disposições de rotina escolar, nada foi imposto. Mas o mais importante a destacar é que a educadora, através do diálogo com a equipe, apropriou-se de alguns elementos que serviram de base para a proposição de sua intervenção educacional, que teve efeitos terapêuticos sobre o menino. Isto nos leva a salientar que muitas vezes a implicação de um sujeito na intervenção passa por seus aspectos subjetivos que precisam ser levados em conta. Quantas vezes nos deparamos com situações nas quais algo não segue porque há algo do lado do adulto que emperra a situação. Nem sempre é possível intervir sobre isso, mas é possível considerar muitas vezes este limite.

Além disso, também é preciso salientar mais uma vez que a sustentação dos espaços de diálogo é algo essencial. Muitas vezes conseguimos efeitos interessantes e até rápidos em relação aos casos, mas o desafio seguinte passa a ser como dar suporte para que as intervenções continuem perante os problemas que eventualmente surgirão. Isso nos leva a lembrar o que observa Viganò (2010), que o efeito terapêutico de uma escuta analítica pode ser rápido, mas ela exige a abertura para um projeto de estabilização que dê prosseguimento à clínica sob transferência, e não à rigidez de um ideal de cura.

No caso da “menina enfaixada” o desenvolvimento da intervenção destaca um momento de uma proposição específica à avó. Na leitura das ressonâncias fantasmáticas sobre o caso, poderíamos destacar uma inspiração nas proposições

mannonianas da lógica *éclaté*: o fantasma reencenado, os efeitos sobre a equipe, o analista intervindo em relação aos educadores e em conjunto com eles. A presença de todos estes elementos está articulada a uma leitura construída sobre o fantasma desde vários elementos, as observações dos terapeutas, acontecimentos no dia a dia institucional; no entanto cabe ressaltar que a situação se deflagrou quando da tensão resultante da proposição para Luzia circular em outro espaço: as atividades educacionais.

A intervenção destacada não privilegia tanto um deslocamento da posição subjetiva da paciente, mas o dispositivo montado, que não se limitou à entrevista com a avó, abrangendo toda uma série de elementos que compuseram a estratégia que viabilizou que entre a avó e a neta algum efeito de alteridade se produzisse e a paciente pudesse frequentar o grupo no espaço educacional.

Já em relação ao caso “do jogador de futebol” desde um diálogo em uma situação de interconsulta entre a fisioterapeuta e um psicanalista, retomamos a importância da instalação da transferência de trabalho na operatividade de um dispositivo. As diferentes intervenções propostas no cenário de atendimento fisioterapêutico somente ocorreram na medida em que a fisioterapeuta conseguiu deslocar-se da referência ao saber de especialista, isto é, conseguiu fazer um exercício de desespecialização, aqui entendida como um processo de deriva da relação usual, com o conhecimento da especialidade sob efeito da relação com o saber envolvido na escuta do caso. O efeito da escuta não foi do analista, mas um efeito produzido entre o analista e a terapeuta, sustentado pela transferência de trabalho.

E em “é só um cafezinho”, destacamos a função da cozinheira como uma importante interlocutora, o que já havia sido presente na intervenção de Luzia, relativa ao papel da auxiliar na intervenção. Isso nos leva a lembrar o quanto tem sido destacada nas elaborações sobre a construção de caso a consideração das diversas narrativas em torno paciente, ou, em termos propostos por Mannoni, dos diversos discursos que se entrelaçam em torno do paciente.

Essa passagem somente tende a ilustrar não somente a tendência destacada por Baio (1999), das crianças procurarem fazer relação com aqueles que “não sabem”, mas que muitas vezes precisamos estar abertos a uma forma de saber que vem destes que “não sabem”, que muitas vezes a parceria no dispositivo passa não somente por uma inversão de posições, por um movimento dialético no qual o paciente

fica na posição de docente, mas que estes supostos que não sabem no fundo têm um saber bastante precioso.

No caso de Fernanda, “ninguém quer minha filha”, a análise da intervenção da equipe anterior poderia ser utilizada como exemplo de como não devemos atender em clínica. No entanto, poderíamos pensar que a intervenção dos profissionais somente reforçou um aspecto estrutural de Fernanda, que decorria em uma série de dificuldades. A retomada das contribuições do Seminário 10 de Lacan (1962-1963/2007) desde o caso nos permitiu destacar que, dentro do próprio caso, as intervenções permitiram o surgimento de um sujeito, pois antes ela estava alhures, e daí, sim, podemos considerar que ela começou a passar de um espaço a outro, pois a partir de certo momento situamos a emergência de um sujeito e essa emergência foi produzida desde o contexto da intervenção.

“Bonecos em cima do telhado” começa pela avaliação de uma psicóloga. O dispositivo instalado no atendimento psicanalítico serviu para ilustrarmos um deslocamento através de um brincar na transferência. Procuramos ressaltar em nossa narrativa o quanto em seu brincar se presentificavam elementos de sua posição subjetiva, no que se refere à sua forma de estruturação pela via da psicose e aos aspectos singulares de sua história.

Em todos os casos procuramos destacar alguns elementos nas diferentes intervenções desde os dispositivos clínicos propostos, que no todo não correspondem a um conjunto de condições mínimas nas quais possamos identificar nossa proposta anterior. Tampouco propomos, a partir destes elementos, uma estrutura do dispositivo clínico psicanalítico. Por outro lado, demonstramos e propomos direções a possibilidades de fundamentação através das elaborações de nosso ensaio de que é possível inserir dispositivos clínicos psicanalíticos em equipes e instituições não psicanalíticas e que isto é viável e executável. Esperamos ter contribuído com nosso trabalho para estimular a criação de modalidades de atendimento mais flexíveis ou, nos casos em que as equipes queiram aperfeiçoar sua maneira de trabalhar, servir de inspiração.

REFERÊNCIAS

- Baio, V. (2010). O ato a partir de muitos. *Escola Brasileira de Psicanálise*, Seção Minas, (31), dezembro.
- Bezerra, D. S. & Rinaldi, D. (2009) A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo.12(2), p 342-355.
- Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Marcos Político-Legais da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva / Secretaria de Educação Especial. - Brasília: Secretaria de Educação Especial, - 2010.
- Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão Diretoria de Políticas de Educação Especial. Nota técnica nº 04 / 2014.
- Ciaccia, A. (2010). Da fundação por Um à prática feita por muitos. *Escola Brasileira de Psicanálise*, Seção Minas, (31), dezembro.
- Coriat, L. F. & Jerusalinsky, A. (1996). Aspectos instrumentais e estruturais do desenvolvimento, In *Escritos da Criança*, 4. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat.
- Dunker, C. I. L.; Voltolini, R. & Jerusalinsky, A. (2008). Metodologia da Pesquisa em Psicanálise. In R. Lerner & M. C. Kupfer (Orgs.) *Psicanálise com Crianças: clínica e pesquisa*. (pp. 62-92). Escuta, São Paulo.
- Elia, L. (2007). O dispositivo psicanalítico ampliado e sua aplicação na clínica de atenção psicossocial. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, IP/UERJ, 7(3), pp. 613-620.
- Elia, L. (2005). A rede de atenção na Saúde Mental: articulações entre Caps e ambulatórios. In *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Foucault, M. (1984). *Doença mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Foucault, M. (2013). *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola.
- Foucault, M. (1977). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.

- Flesler, A (2007). *El niño em analisis y el lugar de los padres*. Buenos Aires: Paidós, 2007.
- Freud, S. (2010a). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos (1893). In S. Freud. *Obras completas*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (2010b). A etiologia da histeria (1896c) In Freud, Sigmund. *Obras completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- Freud, S. (2010c). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912b). In Freud, Sigmund. *Obras completas*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (2010d). Introdução ao narcisismo (1914). In S. Freud, *Obras completas*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (2010e). Além do princípio do prazer (1920g). In S. Freud, *Obras completas*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Jerusalinsky, A. (1994). La educación, es terapêutica? Acerca de tres juegos constituyentes del sujeto. In *Escritos de la Infância* 3 (4). Buenos Aires, FEPI.
- Jerusalinsky, A. (1993). *Psicose e autismo: uma questão de linguagem*. Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 4 (9).
- Jerusalinsky, A. (1999a). A educação é terapêutica? (I e II). In *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Jerusalinsky, A. (1999b). Quantos terapeutas para cada criança?. In *Psicanálise e desenvolvimento infantil*, pp. 177-191. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Jerusalinsky, A. (2000). Carta aberta aos pais acerca da escolarização das crianças com problemas do desenvolvimento. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 5, n. 9, 2000.
- Jerusalinsky, A. (2012). *Psicanálise do Autismo*. São Paulo: Instituto Language, 2012.
- Jerusalinsky, J. (2015). A criança exilada da condição falante, In A. *Jerusalinsky (org)*. *Dossiê autismo*. São Paulo: Instituto Langage.
- Kupfer, M. C. (1996) A presença da psicanálise nos dispositivos institucionais. *Estilos da clínica*, 1(1), pp.18-33, São Paulo.
- Kupfer, M. C. (1998). *Lugar de vida, 10 anos depois*. *Estilos da clínica*, v. 3, n 5, pp.10-18, São Paulo, 1998.
- Lacan, J. (2007) *O Seminário, livro 10, A angústia (1962-1963)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1966/1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In *Escritos*. (pp.591-652). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Lacan, J. (1966/1967). A lógica do fantasma. Seminário Inédito.
- Lacan, J. (1992). *O Seminário Livro 17: o avesso da psicanálise 1969-1970*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.
- Lacan, J. (1969/2003). Nota sobre a criança. In *Outros Escritos*, pp. 369-370. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2003b). *O Seminário, livro 14, La Lógica del fantasma (1966-1967)*. Inédito. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Psicoanálisis. Publicação não comercial.
- Lasnik, M. C. (2016). *Distinção clínica e teórica entre autismo e psicose na infância*. São Paulo: Instituto Langage.
- Laurent, E. (2012) *A batalha do autismo*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lefort, R. (1988). Discurso da instituição e tema do discurso. In M. Mannoni, *Educação Impossível*, pp. 201-217 Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Lerner, R. (2010). Considerações acerca das bases psicanalíticas do lugar de vida. In M. C. Kupfer (Org.), *Lugar de vida, vinte anos depois* pp.183-192, São Paulo: Escuta.
- Mannoni, M. (1986). *Bonneuil seize ans après*. Paris: Denoel.
- Mannoni, M. (1987). *A criança, sua doença e os outros*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Mannoni, M. (1988). *A educação impossível*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Mannoni, M. (1971). *O psiquiatra, seu louco e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Oliveira, M. M. & Peruzollo, D. L. (2009) *Deficiência múltipla: uma abordagem psicanalítica interdisciplinar*. São Leopoldo: Oicos.
- Oury, Jean. (2009). *O Coletivo*. São Paulo, 2009.
- Pinho, Gerson Smiech. (1996). Algumas notas sobre o trabalho clínico em escola especial. In *Escritos da Criança*, 4, pp.76-79, Porto Alegre: Centro Lydia Coriat.
- Rassial, J. J. (1997). *A passagem adolescente: da família ao laço social*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Rinaldi, D. (2004). Transferência de Trabalho e a Universidade. *Psicologia USP*, 15(1/2), pp.55-70.
- Rinaldi, D. (2006). Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental. In S. Alberti & A. C. Figueiredo (Orgs.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*, pp. 141-147, Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Stevens, A. (1996). A clínica psicanalítica em uma instituição para crianças. *Estilos da clínica*, 1(1), pp.58-67 . São Paulo.
- Santos, V. M. dos Santos. (2005). Adolescência e Psicose: da exclusão à construção de novos lugares no social. *Dissertação de mestrado*, UFRGS, Porto Alegre, Brasil.
- Silva, K. (2006). *Pratique à plusieurs: relato de uma experiência na instituição belga Le Courtil*. In: *Imaginário*, 12(13) 2º semestre, pp. 419-425. NIMELABI- IPUSP, São Paulo.
- Soler, C. (1989). A clínica do real. *Revista da Clínica Freudiana*. Setembro, 1989.
- Vigano, C. (2010). A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana online nova série* 1(1), Março, pp. 1-9.