

CONTORNANDO A URGÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA: O FIO TÊNUE DA CLÍNICA EM INSTITUIÇÃO

PATRÍCIA MARTINS GUIMARÃES VIEIRA DA SILVA ; NURIA MALAJOVICH MUÑOZ 

Patrícia Martins Guimarães Vieira da Silva¹

Mestre em Atenção Psicossocial pelo IPUB-UFRJ. Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro.

Nuria Malajovich Muñoz²

Professora Associada do Instituto de Psiquiatria PUB-UFRJ. Doutora em Teoria Psicanalítica pelo Instituto de Psicologia da UFRJ.

¹ Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

² Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

RESUMO: Abordamos, no presente trabalho, a urgência subjetiva na adolescência, tendo como orientação a prática da psicanálise aplicada ao campo da saúde mental. Situamos a urgência subjetiva e apontamos impasses clínicos relativos ao seu manejo, relacionando-os ao modo como o mal-estar se apresenta na atualidade. A partir de fragmentos clínicos, discutimos a abordagem clínico-institucional, pontuamos a importância da escuta do detalhe e ressaltamos o lugar do analista como parceiro, ajudando a construir uma alteridade que dê suporte à travessia da adolescência.

Palavras-chave: urgência subjetiva; adolescência; psicanálise; saúde mental.

ABSTRACT: Bypassing the urgency in adolescence: the tenuous thread of the clinic in an institution. We approach, in the present work, the subjective urgency in adolescence, having as orientation the practice of psychoanalysis applied to the field of mental health. We situate the subjective urgency and point out clinical impasses related to its management, relating them to the way in which the discontent presents itself today. From clinical fragments, we discuss the clinical-institutional approach, point out the importance of listening to the detail and emphasize the analyst's place as a partner, helping to build an alterity that supports the crossing of adolescence.

Keywords: subjective urgency; adolescence; psychoanalysis; mental health.

DOI - <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4414-2023-003>

Todo o conteúdo deste periódico, exceto onde estiver identificado, está licenciado sob uma licença Creative Commons (cc by 4.0)

A prática clínica com adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSI) coloca desafios no que se refere ao acolhimento e acompanhamento de situações que envolvem crise psíquica. Estes momentos de ruptura e de intenso mal-estar exigem uma pronta resposta e um modo de cuidado mais intensivo, principalmente nos momentos em que se evidencia o risco de suicídio. Outra dificuldade diz respeito à necessidade de criação de respostas clínico-institucionais capazes de produzir processos de cuidado que coloquem em articulação e dialoguem com aquilo que a escuta pode evidenciar de mais singular e o contexto contemporâneo da socialização dos sintomas dos adolescentes.

Este estudo se inicia em uma conjuntura política e clínica no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro que lança luz sobre a violência autoprovocada, principalmente em jovens. A Vigilância Sanitária (RIO DE JANEIRO, 2019) apontava um aumento nos registros dessa notificação, tanto o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) quanto a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) já divulgavam diretrizes para o enfrentamento da questão e havia, também, uma demanda da sociedade civil para que o debate sobre a questão e o cuidado com as pessoas fossem ampliados. Diante disso, a secretaria passa a se organizar de forma intersetorial, integrando de maneira mais orgânica as políticas da atenção básica com as da saúde mental e lança o *Guia de Referência Rápida: avaliação do risco de suicídio e sua prevenção* (RIO DE JANEIRO, 2016) como um importante instrumento para a prática clínica cotidiana das equipes.

A partir das considerações do campo psicanalítico a respeito da urgência subjetiva, encontramos um modo de orientação para a prática clínica com adolescentes com história de tentativas de suicídio ou em estado de extrema angústia, onde inferimos haver risco iminente de passagem ao ato. Recentemente, psicanalistas que atuam no campo da saúde mental têm proposto formas específicas de manejo clínico para lidar com o sofrimento psíquico intenso (BELAGA, 2004; SOTELO, 2007/2009), indicando a necessidade de encontrar estratégias para alargar o tempo de compreender, de modo a não se deixar levar pela pressa e ao mesmo tempo oferecer um lugar para aquilo que se mostra como excesso e não encontra inscrição. Aposta-se, assim, na possibilidade da produção de uma escansão, de modo a fazer com que a dimensão da demanda, ao ascender na cena do cuidado, permita uma reordenação dos fenômenos apresentados.

O laço entre psicanálise e urgência subjetiva está relacionado à consideração da psicanálise de orientação lacaniana de um real fora de sentido, impossível de simbolizar, que irrompe como ruptura, como trauma, e de um manejo clínico que procura incluir esse real, em oposição à ideia de que o sintoma é algo fora da ordem que deve ser extirpado. O sintoma, longe de ser um mero transtorno a ser eliminado, é em si mesmo solução, arranjo que viabiliza que o sujeito faça frente ao real fora de sentido. A prática analítica, enquanto leitura do inconsciente, introduz um modo de fazer com este real e, neste mesmo fazer, instaura um movimento que o reacomoda. A sustentação da aposta no sujeito do inconsciente introduz uma dimensão ética, que visa fazer com que cada um seja levado a tomar posição naquilo que acomete e provoca sofrimento. Ao dar a palavra ao sujeito, a psicanálise propicia que ele advenha como tal, levando-o a um processo de subjetivação do sofrimento.

Segundo Belaga (2004), faz-se importante delimitar o trauma como processo, um processo homologado na estrutura relativo ao encontro do significante com o corpo que instaura um furo, um real que nenhuma palavra pode cobrir com sentido; e o trauma como um acontecimento contingente que irrompe e coloca em cheque as representações simbólicas que o sujeito tinha até aquele momento. Segundo Sotelo (2007), essa dupla caracterização do trauma permite entender que, em certo momento, o trauma como acontecimento imprevisto vem duplicar o trauma estrutural do ser falante.

Este tema pode ser articulado com a adolescência por duas dimensões de crise distintas, mas que se entrecruzam: aquela que poderíamos chamar de crise da adolescência como um fenômeno estrutural da subjetividade e que se refere à constatação de impossibilidade de resposta plena para aquilo que faz enigma na relação com o corpo, com a sexualidade e com a própria existência; e a crise generalizada da sociedade no contexto social atual, permeada pela ausência de perspectiva de futuro e direção incerta, e os efeitos que esta falta de garantia generalizada provoca sobre a subjetividade.

A urgência generalizada, instaurada no contexto contemporâneo, pode, então, vir a se somar à própria crise que a adolescência instaura. Diz respeito a um novo regime social, produto de um mundo transformado pela ciência e pela globalização econômica que traumatiza, tanto no nível coletivo quanto no singular, uma vez que já não contamos com uma bússola que possibilite uma orientação compartilhada.

Miller (2015) toma a adolescência como uma construção discursiva, ou seja, indica que esta deve ser pensada como condição que reflete as características de uma época e, sendo assim, responde e dialoga com o contexto histórico e social. Segundo o autor, o modo sintomático de o adolescente se ligar ao outro privilegia hoje as formas breves, descontínuas. Nesse sentido, seria importante verificar se existe uma relação entre as novas formas de ligação com o outro, característica de nossa época, e o crescente número dos fenômenos de ruptura nos adolescentes. De que modo o momento social atual incide na subjetividade adolescente? Qual o impacto das modificações sociais na maneira como os adolescentes atravessam esse momento tão delicado?

A crise da adolescência, como trabalho psíquico que envolve um processo de separação das referências parentais e de busca de uma maneira própria de estar no mundo, pode se complicar ou até mesmo se agravar tendo em vista a crise generalizada que a sociedade enfrenta hoje, com a dificuldade cada vez mais crescente de referências coletivas que forneçam uma direção comum. Sendo a adolescência uma fase em que o sujeito vive intensamente suas conjecturas e ilusões, assim como suas dolorosas experiências e seus incentivadores sucessos (FREUD, 1914/ 1996), consideramos fundamental que seja oferecido apoio neste momento em que o sujeito vive o impacto emocional do afrouxamento da ligação com os pais (FREUD, 1910/1996). As situações de crise podem envolver tentativas de suicídio, o que torna funda-

mental o esforço de estabelecer coordenadas para uma prática que precisa construir junto aos adolescentes modos de se ligarem à vida e de poderem ansiar por um futuro.

Em nossa experiência clínica em uma instituição cujo mandato em um determinado território adscrito é o de responder como um lugar de acolhimento à crise, recebemos jovens que demonstram uma grande dificuldade para atravessar sua adolescência em um contexto social onde os laços sociais estão frouxos. O adolescente parece viver a crise generalizada com uma maior intensidade, justamente em um contexto no qual aquilo que poderia lhe dar um norte, ou seja, uma certa ordem simbólica, encontra-se hoje diluído, não contando com referenciais universais.

Quais são as possibilidades de resposta que o adolescente pode encontrar para atravessar sua adolescência nesse contexto? Como iremos demonstrar, a prática clínica em instituição permite apontar que, muitas vezes, estes respondem de maneira sintomática. As atuais formas frouxas de laço social podem ter influência no número expressivo de adolescentes em situação considerada de crise que chegam nos dispositivos da rede de atenção psicossocial.

Considerações sobre uma pesquisa de orientação psicanalítica no campo da atenção psicossocial

Este trabalho é um recorte de dissertação de mestrado que teve como tema a urgência subjetiva na adolescência. O trabalho de um psicanalista em um serviço de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS) exige que ele lance mão de seu arcabouço teórico, de sua formação, na sustentação, através de sua práxis, de um trabalho clínico cotidiano, ao mesmo tempo em que faz a teoria avançar, contribuindo para os novos desdobramentos teóricos que a clínica contemporânea impõe.

Desde Freud, a pesquisa em psicanálise centra-se no estudo clínico de caso. Trata-se de um estudo aprofundado de um único caso clínico que visa generalizações teóricas. No presente trabalho, empreendemos uma pesquisa orientada pela psicanálise, mas que, de certa forma, ultrapassa o paradigma do caso clínico. Interessa-nos destacar a incidência da presença da psicanálise e o modo como o psicanalista sustenta uma transmissão na instituição, lançando luz ao traço mais particular de cada caso que serve de bússola para orientar o tratamento.

Zenoni ressalta que cabe ao psicanalista que atua em instituição “saber transmitir o que concerne à condição humana, o que, da particularidade de um sujeito, pode ser útil para um maior número de pessoas” (ZENONI, 2000, p. 12). Para o autor, o psicanalista deve se colocar em uma posição de aprendizagem orientando suas intervenções a partir das indicações, em cada caso, do sintoma apresentado pelo sujeito.

Viganò (2010) formula o trabalho de construção do caso clínico em instituição como movimento dialético e de inversão: a rede social se coloca em posição discente e o paciente, na posição docente. Entretanto, aquilo que o paciente pode ensinar não passa pelo que pode vir a ser dito em uma fala direta, mas de uma localização, por meio da leitura daquilo que se passa no trabalho institucional, de um ponto comum e, a partir dele, orientar as intervenções. Essa espécie de inversão em relação ao saber indica que é o saber inconsciente que está em jogo e que funciona como orientador da conduta clínica.

Em uma via complementar, Teixeira (2010) constrói a *metodologia em ato* como um modo de investigação no campo da atenção psicossocial aplicada a situações difíceis. É um modo de operar que se volta para aquilo que se coloca como impasse no trabalho e que toca os limites da resposta clínica. A interrogação se volta para aquilo que não funciona, visando a produção de uma abertura que redirecione as intervenções e permita um saber inédito.

Trataremos, a seguir, de três situações que envolveram o percurso de chegada de adolescentes em crise em um CAPSI, acompanhando e analisando como se deu a resolução da urgência. Tentaremos, além disso, situar o que levou esses adolescentes a enfrentarem tamanho sofrimento em tão tenra idade; verificar como as intervenções propostas repercutiram no arrefecimento da urgência subjetiva; e como pôde se iniciar para cada um a construção de uma via sintomática de resposta frente ao mal-estar. Cabe frisar que, para fins deste estudo, os casos não serão abordados em sua extensão, mas recortados a partir de fragmentos que possibilitem vislumbrar as linhas de força implicadas e como sua localização repercutiu na dissolução das situações de urgência.

Fragmentos clínicos

Fred e o trabalho com a palavra

Fred, um jovem de 15 anos, chega ao CAPSI, por estar agressivo e quebrando coisas em casa. Segundo seu relato, tinha ingerido vários remédios psiquiátricos da mãe e misturado com grande quantidade de energético com o intuito de morrer. A versão materna era a de que seu filho não tinha algo grave; estava “apenas” nervoso e, por isso, não seria necessário tomar remédio. Pedia que a equipe ratificasse sua leitura, enquanto Fred, educadamente, afirmava não achar necessário o uso de medicamentos.

Para ambos, o remédio parecia representar algo que apontava para uma gravidade que cada um negava, mas de modo distinto. Suspender a resposta pautada no discurso médico ou no discurso da psicoeducação – que se esforçaria, por exemplo, por explicar a recomendação do uso da medicação em quadros como o de Fred – foi a primeira direção tomada no caso.

Assumir a posição de “aprendiz da clínica” e seguir as vias que a cadeia significativa aponta permitiu o estabelecimento

de um laço inicial com Fred e com sua mãe, o que viabilizou a realização de alguns encontros e a suspensão temporária da decisão em relação ao uso da medicação em seu tratamento. Essas apreensões de Fred e de sua mãe sobre a indicação do uso do medicamento e do tratamento, apesar de distintas, entrelaçaram-se de maneira forte. Foi necessário acolher essa indistinção inicial marcada pela recusa no uso da medicação para singularizar a demanda de cada um dos dois sujeitos.

No trabalho com a mãe, foi importante situar a dimensão de urgência subjetiva desencadeada nela a partir da crise de seu filho. Em relação ao filho, foi essencial perceber que a negação da gravidade, circunscrita pela mãe, podia estar servindo para ocultar o vazio e a indeterminação na qual parecia mergulhar. A partir da escuta individual de ambos, foi possível, gradativamente, direcionar a demanda de cada um.

Nesse trabalho preliminar, a mãe conta que está em depressão desde o falecimento de um familiar muito querido, ocorrido no mesmo dia do aniversário de Fred. Por essa razão, há dois anos não conseguia comemorar a data de nascimento do filho; ficava remoendo a dor da perda. A partir da localização dessa questão, ocorre o endereçamento de uma demanda de tratamento em nome próprio da mãe para outra instituição. Essa subjetivação materna parece ter uma incidência positiva sobre Fred e seu tratamento, possibilitando que a questão se deslocasse para aquilo que estava em jogo para ele.

Com lucidez cortante, Fred descreve a cena que precipitou a sua crise. Revela ter ficado tomado por um ódio incontornável ao ver o pai pagando o dízimo na igreja com cartão de crédito. O jovem é invadido por uma cólera ao ver o pai sucumbindo a um dos imperativos mercadológicos contemporâneos de pagar, através do dízimo, pelo livramento de todo o mal e da pobreza. Diante dessa cena, Fred fica em um vácuo simbólico e vemos desmoronar certa estabilidade que a relação com a igreja e com Deus conferia para ele. Nessa precariedade, só lhe resta ejetar-se da cena em uma passagem ao ato em que tenta suicídio.

Sua fala, inicialmente confusa, fragmentada, acompanhada por uma voz quase inaudível, vai aos poucos se esboçando em uma narrativa. A cena inicial nunca mais é falada de maneira tão cortante e certa, mas ele passa a circundá-la a partir do ódio que projeta agora à raça humana, desejando seu extermínio, mesmo que isto lhe custe a vida, que, mais uma vez, coloca-o em situação de risco.

A aposta em uma organização narrativa, recolhendo seus cacos de palavra, introduz um percurso delicado, no fio da navalha. A partir de uma montagem complexa, consegue restabelecer seus laços com a igreja e volta a estudar. Não é possível dizer se ainda poderá experimentar situações nas quais será convocado subjetivamente de um lugar em que poderá encontrar dificuldades em seu repertório imaginário e uma nova crise possa se desencadear, já que está se arvorando a viver.

Duda, um novo nome para Cris

O início do acompanhamento de Cris foi marcado por forte resistência de sua mãe. Esta exigia que lhe fosse dito se o que se passava com a filha era fruto de uma doença ou de uma falta de caráter. Achava que uma psicóloga não poderia lhe dar essa resposta. Demonstrou isso em vários momentos, desdenhando da psicóloga e de suas atribuições. Foi importante perceber que a transferência negativa, que denotava a ausência de suposição de saber endereçada, continha uma pergunta sobre o que se passava com a filha. Apostar que a transferência se estabelece a partir do ato analítico e que uma oferta pode gerar uma demanda foi a direção seguida para acolher a pergunta da mãe e sustentar a posição na referência do caso, recusando a entrada de imediato de outro médico.

Cris inicia o tratamento no CAPSI apresentando comportamento desorganizado, andava nua pela casa e chegou a ficar alguns dias desaparecida, retornando bastante descuidada e suja; segundo sua mãe, “como uma mendiga”. Um tom de crítica, de julgamento moral, acompanhava o relato da mãe sobre esses fatos, demonstrando sua enorme dificuldade de subjetivar a possibilidade de sua filha estar passando por uma crise ou por um problema emocional. Sua reação era de extremo autoritarismo, expressava com virulência sua aversão ao fato de Cris matar aula, sair à noite, usar drogas e beber.

Parecia que os sintomas de Cris despertavam em sua mãe algo impossível de suportar. Convidamos a mãe a falar sem a presença da filha, o que possibilita que uma questão possa ser localizada. A mãe de Cris nos conta que conviveu com uma mãe alcoólatra e com o pai de sua filha, usuário de drogas. Pontua que as duas situações foram traumáticas em sua vida e percebe uma repetição de sentimentos ligados às situações do passado na sua relação atual com a filha. Diz, então, de seu desejo de retornar à terra natal. Um conflito pode, então, ganhar forma: deseja uma nova vida, mas se vê confrontada com a fantasia de que, para isso, teria que abandonar seus filhos, romper com eles, assim como fez com a sua própria mãe e com o antigo companheiro.

Esse trabalho preliminar foi fundamental para dar um lugar ao horror sentido pela mãe frente aos sintomas da filha e contornar a violência com que respondia a isso. O laço entre mãe e filha parecia a um triz de se romper. Acolher a questão e cuidar, momentaneamente, desse laço foi uma estratégia clínica fundamental para evitar um rompimento mais radical que poderia deixar a jovem em uma fragilidade ainda maior do que a que já se encontrava.

Após o momento de desordem inicial, Cris passa a experimentar um estranhamento com o próprio corpo, que relaciona ao seu encontro traumático com o sexual. É a partir da invenção de um novo nome, Duda, que ganha forma uma nova saída que faz com que o sujeito possa se recolocar em sua relação com o corpo e com a existência.

No CAPSI, Duda vai estabelecendo novos laços, endereça questões e inicia seu trabalho em torno da construção de

uma identidade e de um nome próprio. O trabalho subjetivo abre vias inéditas de um vínculo que produz uma incidência no laço com a família, mas também lhe permite fazer parte de um grupo cultural. Somado a isso, inicia uma atividade artística que lhe permite a criação de novas formas de relação, de engajamento e de circulação pela cidade.

Ana e o segredo familiar

Ana chega ao CAPSI com queixas físicas, como tremedeiras, mas também desânimo, tristeza, insônia, falta de concentração e de memória, entre outras coisas. Exibe uma aparência pouco cuidada, parecendo muitas vezes suja e exalando mau cheiro. Fala do seu corpo como se este fosse exterior a ela, sem parecer haver uma implicação nos sintomas que descreve.

Situa algo que podemos considerar como um momento de ruptura, uma crise familiar desencadeada pela revelação de um segredo. Essa situação gera uma reação agressiva por parte de sua mãe, que insiste pela preservação do segredo. Ana não consegue, entretanto, associar este acontecimento ao seu mal-estar. Mas diz sentir tristeza pelo fato de interpretar, por essa recusa, que sua mãe não a ama.

É com um quadro de angústia que Ana responde à opacidade do desejo do Outro, a partir da reação agressiva da mãe à sua denúncia. Sente-se “presa”, “tonta”, “como se todos a olhassem” e ansiosa por não querer “ser o centro das atenções”. Vai ficando claro que o desleixo apresentado com o corpo é uma tentativa sintomática de encontrar um lugar no desejo do Outro. Essa foi a sua maneira de endereçar uma demanda para a mãe, que, por sua vez, acusou recebimento pela via de um certo horror, ficando muito incomodada com o jeito de Ana de ser e de se vestir.

O desejo de sumir, de desaparecer, ganha por vezes tintas suicidas: “tenho vontade, mas não tenho coragem”. Momentos nos quais, em geral, encontra-se diante de impasses no laço com os amigos, na escola ou nos relacionamentos amorosos, nos quais tem dificuldades para se posicionar. Acha-se “culpada por tudo”, isso a deixa “muito mal”, “para baixo” e logo pensa no “botão de sumir”.

O uso de benzodiazepínicos, prescritos em sua chegada, vai se tornando problemático. Ana solicita uma mudança na medicação, pedindo um aumento da dosagem, pois diz já não ver o mesmo efeito de antes. Em pouco tempo, Ana já faz um uso abusivo desta medicação e lança mão deste recurso quase que diariamente diante dos momentos conflituosos em que tem “vontade de sumir”.

Percebendo que Ana estava usando o remédio como um parceiro em sua posição de querer dormir diante dos problemas, marcamos que havia, sim, em seu pedido algo legítimo e que se referia à necessidade de mudança. Ana pode então dizer que está “bugada”, forma como se refere a sua dificuldade de entender as coisas que acontecem, o que possibilita que algo novo surja na cena. Consegue então verbalizar que gostaria de entender melhor o que se passa com ela.

A questão inicial – ligada à dificuldade de concentração, memória, foco – pode então se deslizar para uma dificuldade de interpretar e elaborar, de “compreender” o que sucede. Em sua queixa inicial, buscava ser compreendida pelo outro, principalmente por sua mãe; agora busca ela própria compreender o que se passa consigo. Gradativamente, ela vai retomando suas atividades, seus sintomas vão cedendo e começa a poder se implicar no mal-estar que sente, situando sua demanda de amor em relação à mãe.

A urgência na prática institucional com adolescentes

Os fragmentos clínicos demonstram a importância de recolher o fino da clínica com as indicações que estes jovens dão e do quanto recolher esses pequenos indícios pode ser fundamental para dar contorno às situações de crise vivenciadas na adolescência. A demonstração desses pequenos detalhes pode auxiliar no debate sobre o tema da adolescência e da prevenção do suicídio, contribuindo para que as equipes estejam atentas e sensíveis a essa clientela que, muitas vezes, sofre com estereótipos do tipo “aborrescência”, fazendo menção a um certo aborrecimento que o adolescente, em geral, personifica com seus conflitos, seus impasses e suas soluções “problemáticas”.

Situar o momento de chegada e de resolução da urgência subjetiva, fez com que pudéssemos destacar alguns pontos em comum aos três casos, permitindo a demonstração de alguns elementos clínicos em seus momentos lógicos: a chegada do paciente e sua família portando uma queixa, um pedido que pode ser de um restabelecimento de uma situação anterior; a localização do momento de ruptura de certa homeostase que existia até o momento da urgência; um manejo que inclui a dimensão de um tempo que suporte a suspensão de uma resposta imediata de qualquer ordem que seja; durante esse manejo, localizar a posição subjetiva do sujeito, ou seja, localizar no discurso de que lugar o sujeito está veiculando a sua demanda e colocá-lo a trabalho psíquico.

No caso de Fred, a urgência subjetiva pôde ser contornada a partir da percepção da indicação de um trabalho subjetivo com a sua mãe, liberando-o para que pudesse se ocupar de suas questões. No caso de Duda, conseguir suportar a transferência negativa inicial da mãe que recusava de maneira violenta a entrada de uma psicóloga no caso, considerando que esta não estaria à altura de um médico para abordar a situação e manejar isso que vinha como uma urgência. A suspensão de um tempo de resposta viabiliza a abertura de uma questão que estava por engendrar um rompimento radical entre a mãe e a filha em crise. Para Ana, o uso abusivo de medicação revelou-se o modo pelo qual tentava expressar um pedido de mudança. A maneira como nos deixamos tocar pelo fato abre a possibilidade de uma nova resposta que acolhe o seu sofrimento e seu pedido de que aquele mal-estar cesse. Para isso, foi importante ler o que estava por detrás da cena, incluindo uma dimensão sintomática no ato de abusar dos remédios, ou seja, pontuando que essa era a sua maneira de

colocar em cena o seu pedido por uma oportunidade de mudar.

O analista na instituição pode justamente se tornar parceiro do adolescente na invenção de uma alteridade que lhe dê suporte. Para isso, precisa estar firmemente orientado a se abster de qualquer saber prévio que possa responder a esse apelo pela via do sentido, ou seja, situado na consideração de que há uma falta estrutural, uma perda irreparável, inexorável, mas que, ao mesmo tempo, é isto que possibilita que haja uma margem de manobra para que o sujeito invente para si um Outro que comporte uma forma absolutamente singular de estar no laço social.

Tomar a urgência e torná-la subjetiva parece indicar uma direção para pensar o manejo clínico dos adolescentes que chegam à instituição em estados psíquicos denominados de crise. A noção de urgência subjetiva pode orientar não só o trabalho do analista na instituição, mas de toda a equipe, desde que ela tenha alguma afinidade com a existência do inconsciente e seja capaz de sustentar um “saber não saber” (BAIO, 1993/2010). Essa abordagem orienta o manejo da urgência no adolescente para a escuta do detalhe, daquela dimensão singular que aparece no discurso de quem consulta e visa fazer aparecer a dimensão subjetiva a cada caso e em cada situação institucional.

É uma prática que não responde com um protocolo pré-estabelecido, o que força aquele que está diante do sujeito e toda a equipe a exercitar a posição de um não saber, de duvidar, de colocar em suspensão qualquer saber prévio ao sujeito. É uma prática inventiva, no sentido de que, se não há protocolos e nem um saber de antemão, há que inventar, a cada vez. Trata-se de uma prática que leva o praticante a se confrontar com o real constitutivo de cada sujeito, pois supomos que toda situação traumática implica, de algum modo, uma reatualização de seu encontro com o traumatismo da linguagem. Diante disso, temos o dever ético de dar lugar ao que é mais singular em cada sujeito, seu sintoma.

O manejo clínico, orientado pela urgência subjetiva, implica uma estratégia frente ao espaço e ao tempo. Dar lugar para localizar o significativo pelo qual o sujeito se situa e se apresenta ao Outro – significativo da urgência – e introduzir uma pausa, ou seja, introduzir um modo de acolher o sujeito visando a sua posição na cena, seguindo a direção que a trilha significativa indica. Essa abordagem exige certo manejo da angústia e a introdução firme de uma escansão nessa tensão temporal que a urgência engendra. Difere assim de uma abordagem psiquiátrica da crise na qual o que importa é o aqui e o agora do momento da entrevista, ou seja, o estado atual das coisas e a intervenção médica, a partir de um lugar de saber que estabelece uma nosologia, visa a prescrição da terapêutica mais adequada ao restabelecimento do paciente à uma ordem social.

Cabe ainda ressaltar que a urgência tem particularidades na clínica com adolescentes. Em geral, a urgência aparece localizada em outros: pais, escola, instituições. Eles detectam, primeiramente, que algo não vai bem, que acontece algo da ordem do sintomático. É necessário construir um saber sobre as coordenadas que precipitam o atendimento. Assim, é conveniente localizar esta dimensão da urgência e dar-lhe lugar ao longo do tratamento, através de entrevistas que a equipe considere oportunas ou que os pais solicitem. Dar um lugar próprio e diferenciado para esta dimensão permite, também, sustentar a transferência com os pais, que é um motor fundamental para que uma análise de crianças e adolescentes se sustente. Ao receber o adolescente, geralmente, verificamos que pode não haver coincidência entre a urgência deste e a dos pais ou professores. É necessário que haja lugar para essa outra dimensão do sintoma do sujeito. O adolescente é levado a partir da urgência de outros, mas pode começar a tomar a palavra, falar a outro, dando novas significações aos fatos e, com o intuito de definir quem é, pode se encontrar com sua falta a ser.

A relação paradoxal – na qual, para se sentir vivo, o adolescente pode chegar a colocar sua vida em risco – não é incomum na clínica, e aponta a delicadeza com que devemos abordar situações em que o limiar entre a vida e a morte se mostra tênue. Acompanhamos Lacadée (2007), ao considerar esses comportamentos que envolvem risco como novos sintomas, menos pela consideração de que seriam a expressão de uma nova patologia, mas pelo que demonstram de certa ruptura, de curto-circuito na relação ao Outro. Entretanto, o autor assinala, na via oposta, que esses comportamentos podem também implicar um endereçamento ao Outro, podem conter um apelo, uma demanda de amor que pudesse vir em seu socorro, dando-lhe um lugar no desejo do Outro num momento de desorientação.

Essa questão circunscreve um desafio para o profissional que se oferece ao trabalho com adolescentes. Em vários momentos, o adolescente apresenta comportamentos e atitudes que parecem prescindir totalmente do Outro em uma busca que pode até levá-lo à morte, mas, ao mesmo tempo, podemos considerar que essa é também a forma que ele encontra para buscar alguma coisa que possa chamar de sua, algo novo, absolutamente original, que possa lhe permitir certa ancoragem.

A releitura destes momentos de crise permite que sejam consideradas as maneiras de o adolescente estar no mundo diante de seus poucos recursos simbólicos, ou seja, são tentativas de, em um ato, em uma ação, dar conta das estranhas sensações que experimenta em seu corpo sem que tenha palavras para elaborá-las. Como diz Deltombe: “Trata-se de saber como separar-se do equilíbrio imaginário constituído durante a infância, equilíbrio que não se mantém mais, que não basta mais para conceber uma vida autônoma e responsável” (DELTOMBE, 2017, p. 12). A consideração de que comportamentos e atitudes, mesmo que arriscados, podem se constituir como recursos que o adolescente utiliza para enfrentar sua falta de ancoragem mostra-se, assim, uma orientação fundamental para o trabalho clínico. Ela circunscreve uma questão que está para além da eliminação de um comportamento considerado inadequado. A maneira como respondemos a esses comportamentos pode fazer a diferença na solução que eles venham a encontrar.

Acompanhando Deltombe (2017) e Lacadée (2007), propomos que certos comportamentos que muitas vezes colocam

a vida do adolescente em risco comportam uma dupla vertente: se, por um lado, o sujeito se apresenta de uma forma que parece indicar que ele prescinde das relações com o Outro, em uma clara demonstração de ruptura com aquilo que é considerado autoritário, estabelecido ou ultrapassado como expresso nos conflitos entre gerações, por exemplo; por outro lado, esses comportamentos parecem indicar um caminho para o acolhimento das questões em jogo para o adolescente naquele momento, já que é através deles que o jovem encontra uma forma de estar no mundo. É fundamental que a resposta dada nesses momentos inclua a consideração de que está em jogo uma cena cuja encenação carrega a dimensão de um dito, de que há algo sendo dito, mas que pede interpretação, pede uma leitura para que algo novo possa advir capaz de promover uma separação (LACADÉE, 2007) e que o adolescente consiga tomar a palavra construindo um discurso sobre si e sobre o mundo.

A separação em jogo a que nos referimos é o esforço que o adolescente faz para encontrar uma tradução possível de seu sofrimento através de uma palavra que lhe permita, de repente, se sentir diferente, se perceber diferente, justamente esse novo que o adolescente comporta. Uma maneira nova e absolutamente singular que ele experimenta, que ele vive em seu corpo, mas que pede a chancela do Outro, já que é esse “ponto desde onde o sujeito se vê amável” (LACAN, 1964/1985, p. 261) que lhe serve de sustentação para esse novo. Tomando as situações por esse prisma – ou seja, que, de alguma maneira, o adolescente está empreendendo um esforço para construir uma identidade a partir da qual possa estabelecer laços –, poderemos, no meio institucional, ver as condições, encontrar formas para que esse novo seja acolhido, aceito, que se diga “sim” ao novo implicado na adolescência, de modo a acompanhá-lo nessa travessia.

É importante considerar como a época marca hoje a adolescência, salientando a incidência das modificações sociais nas possibilidades de subjetivação do mal-estar, assim como nas vias encontradas para lidar com ele e contorná-lo. Marcamos, assim, uma distinção entre a crise do adolescente, como o trabalho psíquico que visa encontrar uma maneira própria de estar no mundo, uma vez que as referências identificatórias das figuras parentais já não lhe servem de apoio, e a crise que a sociedade hoje enfrenta sem as referências mais coletivas que davam uma orientação compartilhada. O fato de não haver certos ideais coletivos não nos levou a uma reflexão nostálgica à referência ao Pai como ideal, mas radicaliza a exigência que cada sujeito tem de encontrar os seus próprios parâmetros, a partir de sua posição sintomática, para estar no mundo.

A maneira como a chamada crise do adolescente é acolhida pode favorecer ou não o seu atravessamento. Percebemos que alguns fenômenos contemporâneos, efeitos das novas formas sociais, em alguns casos, não permitem que o adolescente encontre o espaço e o tempo necessários para proceder a esse atravessamento. A clínica com adolescentes mostra que não se trata de restabelecer a ordem anterior das coisas, mas de encontrar um manejo que permita o acolhimento e a disposição para acompanhar o caminho que cada adolescente vai percorrer.

Recebido em: 15 de fevereiro de 2022. **Aprovado em:** 12 de setembro de 2023.

REFERÊNCIAS

- BAIO, V. O ato a partir de muitos (1993). *Curinga*, Belo Horizonte, n. 13, 2010, p. 55-62.
- BELAGA, G. *La urgência generalizada: la práctica en el hospital*. 1. ed. Buenos Aires: Grama, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 1271, de 06/06/2014 que define a Lista Nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública que torna as tentativas de suicídio e o suicídio agravos de notificação compulsória imediata em todo o território nacional. 2014. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 01 mar. 2020.
- DELTOMBE, H. A adolescência em questão. *Arquivos da Biblioteca*. Rio de Janeiro: EBP, 2017.
- FREUD, S. *Algumas reflexões sobre a psicologia escolar* (1914). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 13, p. 285-289)
- FREUD, S. *Breves escritos: contribuições para uma discussão acerca do suicídio* (1910). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 9, p. 140 -141)
- LACADÉE, P. (2007) A passagem ao ato nos adolescentes. *aSephallus - Revista Eletrônica do Núcleo Sephora de Pesquisa sobre o Moderno e o Contemporâneo*, v. 2, n. 4. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_04/asephallus04.pdf. Acesso em: 17 nov. 2020.
- LACAN, J. *Os quatro conceitos fundamentais em psicanálise* (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. (O seminário, 11)
- MILLER, J.-A. *Em direção à adolescência*. 2015. Disponível em: http://www.minascomlacan.com.br/blog/em_direcao_a_adolescencia/. Acesso em: 27 ago. 2017.
- SOTELO, I. *Clínica de la urgência*. 1 ed. Buenos Aires: JCE Ediciones, 2007.
- SOTELO, I. *Perspectivas de la clínica de la urgência*. 1. ed. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2009.
- RIO DE JANEIRO (município). *Secretaria de Saúde. Boletim da Atenção Psicossocial Carioca – edição 02*. 2019. Disponível em: www.rio.rj.gov.br/documents/73801/9ea3ac61.f3f5.4242.a5ae-0cf4f5b712db. Acesso em 01 mar. 2020.
- RIO DE JANEIRO (município). *Secretaria de Saúde. Coleção Guia de Referência Rápida. Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção. Versão Profissional*. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://subpav.org/>

download/prot/Guia_Suicidio.pdf. Acesso em: 01 mar. 2020.

TEIXEIRA, A. *Metodologia em Ato*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2010.

VIGANÒ, C. A Construção do caso clínico. *Revista Opção Lacaniana on line*, ano 1, n. 1. 2010. Disponível em: http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_1/a_construcao_do_caso_clinico.pdf. Acesso em: 17 maio 2022.

WHO (World Health Organization). *Preventing suicide: a global imperative*. WHO Library Cataloguing in Publication Data. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=99FAD0B1E671D79DD3FC705648DA2F55?sequence=1. Acesso em: 01 mar. 2020.

ZENONI, A. Versões do Pai na psicanálise lacaniana: o percurso do ensinamento de Lacan sobre a questão do pai. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 15-26, 2007.

Patrícia Martins Guimarães Vieira da Silva

patguima@yahoo.com

Nuria Malajovich Muñoz

nuriamaljovich@gmail.com