

## Comunicar na, com e em comunidade. Arquitectura(s) de uma equipa.

Alda Rosa\*, Catarina Pinheiro\*\*, Júlio Santos\*\*\*, Catarina Gabriel \*\*\*\*

\*Assistente Graduada de Psiquiatria: Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca. \*\* Psicóloga clínica: Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca. \*\*\*Assistente Hospitalar de Psiquiatria: Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca. \*\*\*\*Enfermeira da Equipa de Psiquiatria Comunitária de Queluz: Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca.

### Resumo

Os autores procuram reflectir sobre a sua experiência em Psiquiatria Comunitária num contexto e tempo desafiador, mas também capaz de induzir modos de fazer, no encontro entre o técnico de Saúde Mental e o paciente. Procura-se, numa intencionalidade multidisciplinar, integrar um corpo de conhecimentos (em vizinhança), que confere um sentido, inscrito num tempo e num espaço.

Habitamos espaços únicos, desenhados por uma arquitectura em que a figura humana é ainda identificada e o programa permite a leitura da intersubjectividade.

**Palavras-chave:** Psiquiatria Comunitária; Arquitectura; Intersubjectividade.

### To communicate in, with and within community. Architecture(s) of a team

#### Abstract

*The authors seek to reflect upon their experience in Community Psychiatry field, in the context and time simultaneously challenging but also capable of inducing "ways of doing" in the encounter between the mental health worker and the patient.*

*We seek, through an interdisciplinary intention, to integrate a body of knowledge that confers a meaning temporarily and spatially located.*

*We live in singular spaces designed by an architecture where the human figure is still identified and the program allows the reading of intersubjectivity.*

### Keywords: Community Psychiatry; Architecture; Intersubjectivity.

As coordenadas espaço e tempo orientam e consolidam a nossa identidade subjectiva. Substanciam igualmente a vida dos grupos e das instituições. Através destas coordenadas a comunicação que aqui procuraremos tratar, isto é, aquela que se insere na clínica da intersubjectividade, acontece.

Todos os participantes desta comunicação vêm a sua expressão viabilizada ou paralisada tendo em conta, entre outros factores, o espaço e o tempo em que habitam e desenvolvem as suas palavras.

Técnicos, pacientes e parceiros institucionais reclamam um tempo-espaço particular, a funcionar como matriz da comunicação.<sup>1</sup>

Com Psiquiatria Comunitária, pretendemos estar mais próximos da casa dos sujeitos e em simultâneo, esbater o Estigma do adoecer mental, num movimento, que se quer de abertura da Instituição e dos técnicos que nela desenvolvem o seu trabalho, para a Cidade habitada pelos indivíduos. Pensamos que, com o afastamento, envergonhado, porque culpabilizado, do antigo asilo psiquiátrico e com a aproximação ao modelo médico, pela integração da psiquiatria no hospital geral, ficamos então legitimados perante a comunidade científica. Temos então o caminho para a intersubjectividade, onde a dúvida admite o questionamento, a música, a dança, o cheiro e a poesia dos corpos habitados de vida.

Shapiro<sup>1</sup>, considera o técnico de Saúde Mental como tendo um papel fundamental na definição e construção de fronteiras terapêuticas, oferecendo a ambos os intervenientes (paciente e terapeuta) uma oportunidade de aprendizagem.

O mesmo autor coloca os profissionais de Saúde numa posição em que estes “terão de perceber que no Mundo as situações requerem negociações”. Assim, o técnico “confronta-se com fronteiras e limites inesperados no Mundo exterior”, tendo de realizar intervenções a curto prazo, como resposta à grande intensidade de trabalho e aos recursos limitados.

Originalmente o espaço advém de uma noção lógica e concreta da matemática. É definido através de três eixos perpendiculares entre si, dando-nos matematicamente a noção de profundidade e de perspectiva, sem qualquer determinação qualitativa. Trata-se então de um espaço físico.

A partir desta noção essencial de espaço, surge um leque variado de múltiplos significados para o mesmo conceito, adaptando-se o termo às necessidades do Homem.

H. Muga<sup>2</sup>, considera para além do espaço físico descrito anteriormente, o espaço perceptivo, o espaço cognitivo e ainda o arquitectónico.

O espaço perceptivo, segundo o mesmo autor, remete para a experiência inerente à utilização do espaço físico e para a orientação imediata no ambiente, isto é, a percepção do espaço é algo criado pela inter-relação dos objectos, envolvendo também a dimensão temporal.

O espaço cognitivo traduz a representação mental que se faz do espaço físico, a imagem que criamos do ambiente directa e indirectamente, tendo a partir dele sido criado o conceito de “mapa cognitivo”, por Tolman em 1948 e o conceito de “espaço existencial”, por Norberg-Schulz em 1971.

Sobre o espaço arquitectónico, H. Muga<sup>2</sup> refere-se a vários autores, entre os quais, Giedion, que entende a arquitectura como o equivalente artístico do tempo/ espaço, analisando a evolução da arquitectura em torno da dialéctica “espaço interior/ espaço exterior” e, Norberg-Schulz (1972) que define o espaço arquitectónico como espaço expressivo, artístico, estético.

Retomemos algumas características fundamentais do espaço-arquitectura onde devem ocorrer as avaliações e intervenções clínicas em saúde mental:

- Ser um lugar silencioso já que, mais do que o olhar, mais do que aquilo que é visto, importa nestes contextos aquilo que é dito. Por vezes o ambiente ruidoso existente no exterior dos nossos gabinetes bloqueia a comunicação, fazendo perder a Palavra, essa palavra que se quer impregnada de sentido, permitindo como função última, constituir um espaço de encontro com o outro. Desta forma o silêncio é fundamental para a escuta da palavra. Através de um discurso verbal há um sujeito que se revela e se narra de forma a que possamos compreender e criar sentidos ao seu pedido. Pedidos que não dizem respeito ao corpo visível (mesmo

quando é sobre o corpo que se centram as queixas), mas ao corpo/mente invisível, à dimensão da vivência subjectiva, aos afectos e emoções que habitam o corpo.

*O divino somos nós, sempre que o silêncio nos habita.* (A. Viana, 2005, p.145)<sup>3</sup>

- Importa cuidar que a privacidade esteja assegurada. Ponto em comum com o contexto de observação do corpo. Também aqui a expressão, exposição, abertura, ou, pelo contrário, a inibição, fechamento, ocultação, acontecerão consoante o sujeito perceba que estes elementos estão ou não salvaguardados. Tudo isto implica cuidados com o espaço. E quando nos deparamos com uma cortina como fronteira entre dois espaços de um gabinete? Como poderemos zelar pela privacidade do nosso paciente que nos quer transmitir algo de íntimo, sem que esse “segredo” trespasse para o lado de fora da cortina?
- *Confortável* é outra condição para que a relação possa encontrar recantos agradáveis. A um sujeito que nos procura por experimentar vivências de dor psíquica, de inquietação e de aflição, pretendemos oferecer um espaço exterior apaziguante, tranquilizador. Desta forma a (im)possibilidade do sujeito captar interiormente lugares com qualidades também eles mais reconfortantes, fica mais acessível.

O Espaço, ou a sua inexistência, quando não se cuida de pensá-lo, a partir de e para a relação terapêutica, pode funcionar como

um importante elemento desorganizador, um lugar de não inscrição, de não existência, e um vazio habitado por fragmentos desintegrados em ilhéus, onde dificilmente se conseguirá criar alicerces suficientemente seguros, para suportar a construção de pontes.

Do desejo, a imagem do apego que me prende à dúvida. Um mundo de gentes, como barreiras onde tropeço. Enquanto aprendo a encontrar-me contigo. Sem que se anulem. (A. Viana, 2005, p.21)<sup>3</sup>

Os cuidados a tomar com o espaço onde recebemos o outro, onde o acolhemos para que se expresse, são determinantes para a constituição de uma *comunicação* feita de confiança e de construção intersubjectiva.

Como diria Winnicott<sup>4</sup> relativamente às qualidades maternas, trata-se aqui de constituir um espaço *suficientemente bom*, cumprindo o melhor possível as funções de “handling” e “holding”, que o mesmo autor lembra serem essenciais ao crescimento e consolidação da identidade e da relação. Conceitos que falam dos cuidados maternos que passam pelo toque, na sensibilidade da pele, nas sensações auditivas e visuais, i.e., rotinas e cuidados que originam uma percepção física do amor.

Amparar e segurar a dor que o *outro* transporta passa necessariamente pela nossa formação técnica e pessoal, pela conceptualização clínica do serviço em que nos inserimos, da instituição onde este se enquadra, da sociedade e suas políticas sociais, mas passa igualmente por cuidar

destas dimensões espaciais. São, no entanto, condições particulares e ainda muito ausentes na arquitectura e engenharia, que projecta e executa os edifícios onde se desenrola a nossa prática clínica. De facto são condições muito simples de tornar presentes: uma sala cuidada, silenciosa, com uma iluminação suficiente sem ser excessiva ou mesmo agressiva (lembramos que aqui não importa tanto o que olhando vemos, mas sim o que ouvindo escutamos), o conforto suficiente de umas cadeiras onde possamos descansar o corpo e entregar a palavra. É que dar a conhecer a palavra, é por si só tão exigente tarefa. É a isto que Winnicott<sup>4</sup> denomina de confiança no ambiente, ou um ambiente de confiança, que permita o crescimento da relação terapêutica, questão fundamental para qualquer avaliação ou intervenção clínica.

A questão que nos parece fundamental é a de estabelecermos uma relação de cooperação, num diálogo feito de uma interacção singular, de busca empática com o paciente, no lugar de um frente a frente muitas vezes sinalizado pela habitual e protuberante secretária que insiste em separar-nos do outro, na arquitectura banal dos gabinetes. Para que alguma transformação sólida possa ocorrer e permanecer na situação clínica do sujeito, este tem de se constituir enquanto parceiro activo do processo terapêutico. No lugar de monopolizar o saber do lado do técnico, importa atender o discurso do sujeito na verdade que aí emerge. Lembramos aqui M. Mannoni<sup>5</sup>: “Se recebe como única resposta à

sua angústia o silêncio dum médico que *sabe* o que ele *tem* e já não precisa de ouvir o que lhe é dito, o paciente já não tem outro recurso senão desaparecer como sujeito falante no seio de uma classificação nosográfica”.

Relação intersubjectiva considerando a posição activa do sujeito psicológico “(...) multiforme, apresentando duas faces, uma visível e outra invisível, uma exterior, de superfície e outra de interior, de profundidade. Mais tarde, este sujeito é considerado interveniente e agente/reagente, activo e interactivo, sendo-lhe atribuídas características de *intersubjectividade, transformação, criação e expansão*.” (M. E. Marques, 1999, p.325)<sup>6</sup>.

A integração dos cuidados em saúde mental no mesmo espaço físico onde ocorrem os cuidados para com o corpo (hospitais, centros de saúde), pode facilitar um diálogo maior entre diferentes técnicos e saberes, e entre esta unidade psicossomática que compreende a identidade de cada um. No entanto, dentro desse mesmo espaço importa cuidar das diferenças que uma observação mais direccionada para o corpo, ou mais direccionada para a mente (dizemos mais, porque ambas estão sempre presentes) requerem no que respeita à qualidade do espaço físico onde intervêm. Os instrumentos de observação numa e noutra prática são necessariamente outros. Da mesma forma que um gabinete médico não dispensa de uma maca ou de um esfigmomanómetro, um gabinete de saúde mental não só dispensa esses mesmos instrumentos, como a sua

presença é frequentemente perturbadora do diálogo que se pretende estabelecer. Aí as necessidades estão na possibilidade de constituição de um ambiente que dê lugar a uma escuta da subjectividade, das vivências internas do sujeito. Se somos uma unidade psique-soma, os gabinetes onde as nossas intervenções têm lugar estão plenos de corpo, carentes de leituras possíveis da alma. Se estas diferenças não forem asseguradas não se dá a desejada integração de olhares e saberes, antes colisões ou aglomerados.

Uma arquitectura que permita a expressão do sujeito nas suas vivências internas, das suas emoções e pensamentos, da relação com o técnico, é necessariamente diferente daquela que sirva uma intervenção clínica focalizada no corpo. Quando o principal objectivo é o de avaliar o corpo temos salas repletas dos instrumentos necessários, assim são os actuais espaços dos centros de saúde que falam, transpiram a corpo...

Da mesma forma, uma equipa de saúde mental beneficia de um local destacado das restantes práticas, como acontece nos hospitais gerais onde temos os serviços de medicina, cirurgia, psiquiatria, etc. A especificidade das condições necessárias ao seu funcionamento pedem este lugar diferente, numa separação que permita a diferenciação e, então, a comunicação entre diferentes práticas e saberes. Da mesma forma, dentro da equipa de saúde mental, diferentes práticas (médica, psicológica, assistência social, enfermagem) têm as suas especificidades, necessitando

igualmente que o espaço onde cada técnico habita – com o seu saber e instrumentos de trabalho também eles específicos – respeite as diferenças aí implicadas. Um gabinete médico, de enfermagem, de psicologia pede condições próprias e particulares às funções que ali terão lugar. A arquitectura onde a equipa funciona poderá ou não facilitar, a técnicos e pacientes, o reconhecimento e prática destes diferentes saberes onde ocorrem diversas expressões.

O tempo é a coordenada que se liga ao espaço, e nesta conexão significa o encontro clínico. O tempo da expressão do outro, o tempo da nossa escuta, o tempo de atender, de entender, de observar, de avaliar e de intervir. Importa lembrar que se trata de uma observação dialéctica esta em que técnico e paciente se estudam mutuamente, decidindo nesse reconhecimento, o destino das terapêuticas relações.

*É tempo de acordar. Como antes foi tempo de dormir. E antes ainda foi tempo de recordar. E antes mesmo foi tempo de aprender.*

*É tempo de reinventar a casa onde cada um tem um espaço seu e as tintas todas necessárias para o colorir.* (A. Viana, 2005, p.97, 98)<sup>3</sup>

O tempo e o espaço cruzam-se, unem-se e separam-se, entrelaçam-se de forma (des)ordenada. No fundo, o tempo e o espaço advêm da disponibilidade de cada um, sendo o que delimita a relação entre o técnico e o sujeito. Difícil se torna quando o espaço real impede a disponibilidade e o tempo, e estes

últimos se estendem pelos corredores de um mundo estranho e violável.

E. Souto Moura (1998)<sup>7</sup> refere que o problema com a arquitectura é o ganhar tempo, é ter tempo e não espaços; o espaço pode ser um qualquer, mas o tempo desconta-se a partir do fim....

O tempo da continuidade do ser – também com Winnicott – é fundamental para que qualquer relação se possa estabelecer. O saber da presença do outro na ausência é feito de repetidas e ritmadas partidas e regressos, confirmando na volta a estabilidade do lugar e do tempo (que separa as consultas). Constitui-se deste modo um tempo e lugar do sujeito, que lhe permite saber da sua existência ali.<sup>4</sup>

*Está na hora. Foi preciso este tempo para saber o que dizer, o que querer. É chegado o momento de ser uma gota que se multiplica e que transforma, enquanto percorre os lugares. Sem se perder de si. Encontrando os outros.* (A. Viana, 2005, p.86)<sup>3</sup>

Anzieu<sup>7</sup> fala do “envelope materno primitivo”, lembrando-nos como toda a função psíquica se desenvolve sobre a função corporal. Ao falar-nos do Eu-pele, refere-se às funções psíquicas da pele que permitem a continuidade espaço-temporal. Pele enquanto meio de recepção de informações vindas do interior e do exterior do sujeito. Pele enquanto envelope/ continente que permite a emergência de conteúdos / pensamentos. Pele que serve de barreira protectora das agressões externas e dos impulsos internos. Elo de ligação, de

comunicação entre o dentro e o fora, a pele cumpre funções psíquicas fundamentais, transmite e assimila sinais.

Podemos entender o espaço que oferecemos ao *outro*, esse mesmo gabinete, à luz desta metáfora do Eu-pele. Lugar que será um envelope contendor, protector e facilitador da comunicação assim as condições de que falamos estejam asseguradas.

O espaço-tempo que temos para oferecer poderá constituir um envelope de bem-estar, suporte da ilusão, do sonho e pensamento. Gabinete como envelope externo, como o corpo da mãe que envolve o do bebé deixando disponível o espaço interno, criando assim condições para a sua emergência e desenvolvimento. Cuidamos então das condições de expressão e crescimento do paciente. Espaço e tempo dos cuidados em curso (projectos terapêuticos) que individualizam o paciente (como outrora a mãe com o bebé) com o seu ritmo próprio, especificidades e estilo. Criando condições no nosso ambiente de consulta, facilitamos as possibilidades de desenvolvimento de um corpo percorrido por um tempo que se quer vivenciado como um contínuo, ainda que integrando em si as roturas incontornáveis dessa grande aventura que é o ciclo da Vida.

Se pensarmos em Bion, facilmente entendemos que sem continente (o tempo-espaço da consulta), não haverá ocasião para que pensamentos encontrem pensadores. Se as possibilidades de simbolização, de pensar e de transformar dependem daquilo que o

sujeito transporta consigo ao vir ter conosco (como o bebé que se desenvolve ao longo de nove meses), e daquilo que são os nossos conhecimentos e competências clínicas, depende igualmente do espaço-tempo onde se dá o encontro entre os parceiros da comunicação.<sup>8</sup>

O conhecimento refere-se ao vínculo existente entre um sujeito que quer conhecer e um objecto que quer ser conhecido. Conhecer é uma actividade pela qual o sujeito se torna consciente da experiência emocional e pode abstrair dela uma formulação adequada. Pensar é ter capacidade de confiança: “Think and Thank”. Se penso no objecto na sua ausência é porque confio no seu regresso. E a mente humana, com as condições necessárias de que falamos, cresce.

É a existência primeira de uma pele comum mãe-bebé, envolvendo ambos numa comunicação sem intermediário que, no decurso do desenvolvimento, vai permitir o reconhecimento da pele de cada um. A separação só acontece depois de ocorrer uma ligação suficientemente boa. Quando tal experiência não se constitui surgem os fantasmas da pele arrancada, as angústias de liquefacção e de fragmentação (sem solidez corporal). Importa ainda que este envolvimento conduza à troca, contrariando a necessidade que alguns sujeitos têm de se encerrar numa pele reforçada, carapaça invulnerável como defesa maior contra a instabilidade e não confiança no meio. Para que esta troca se dê é fundamental comunicar ao sujeito a

possibilidade de voltar, de regressar a esse mesmo lugar, única forma de partir mais seguro. Ao oferecermos um espaço-tempo que promova esta experiência de integração, de ligação e envolvimento, facilitamos a separação. Com base nessa confiança, será mais provável que o sujeito regresse investindo na relação terapêutica, procurando através desta a constituição de um verdadeiro projecto pessoal, de autonomia e liberdade.

O enquadramento clínico em que nos situamos funciona como um continente, como uma matriz simbólica do pensamento. Contém uma série de sinais/qualidades perceptivas a serem reconhecidas/assimiladas.

Enquanto técnicos, oferecermo-nos como objecto de suporte (uma das funções do Eu-pele, segundo Anzieu)<sup>9</sup>, o que se torna fundamental para a solidez do desenvolvimento do sujeito. Uma função continente é a que estabelece um lugar-tempo-relação disponível a receber as sensações, imagens e afectos do sujeito. Um lugar cuidado – espaço e tempo da relação - funciona como para-excitação. Enquanto técnicos, e para o desenvolvimento destas funções do Eu-pele descritas por Anzieu, precisamos desse suporte físico e temporal. Precisamos de uma arquitectura particular de modo a funcionarmos como equipa (entre os técnicos na circulação dos seus vários saberes, e entre clínico-paciente), na relação/comunicação que são os principais instrumentos de trabalho de que dispomos.

Na escuta clínica procuramos aquilo que A. Green<sup>10</sup> se refere quando fala do trabalho do

negativo, i. e., aquilo que não é directamente apreensível pela consciência ou traduzível na sua linguagem. Se o negativo se revela rebelde a qualquer intuição imediata, é algo que importa verdadeiramente conhecer, por aquilo que contém de uma outra maneira de ser que não pode ser conhecida pela pesquisa do positivo, sendo um desafio à racionalidade. Para aceder ao negativo, àquilo que está latente no pedido do sujeito, importa “abandar” o dispositivo da consciência na criação de dispositivos que permitam o estabelecimento de relações entre o positivo e o negativo na palavra. O negativo é esta lógica da sombra, o positivo dá-se na luz podendo monopolizar a nossa visão do sujeito a escutar. O sintoma constitui-se como formação écran, se esquecermos o negativo em que se constituiu e nos colocarmos a vasculhar do lado do positivismo, o sujeito – nas suas vivências internas - permanecerá opaco. Esse olhar interno é um componente a desvendar pois ele acompanha toda a leitura perceptiva, todo movimento visual e/ou cognitivo. Informações do tocar e do olhar só comunicam quando na relação com os seus traços simbolizados, presentes no mundo interior, numa actividade que longe de ser passiva, corresponde a uma actividade de investigação e de criação de informação. Esta escuta clínica exige uma arquitectura específica.

Patologias graves, que não têm casas internas e muitas vezes externas, são particularmente sensíveis a estes ambientes, aos seus arranjos físicos e psíquicos. Trata-se de

patologias em que experiência de coesão do corpo/identidade e da continuidade do eu está em causa. A oferta de um lugar envolvente, integrador e permanente, são dimensões fundamentais para a constituição de movimentos de integração que pouco a pouco (acompanhadas do valor integrador da continuidade de um tempo necessário e suficiente) diminuem a dispersão e ausência de constância objectal, tão conhecidas nos funcionamentos mais graves.

Fragilidades do *setting* terapêutico, nomeadamente nas suas dimensões espaço-temporais, activam vivências de indiferenciação e esbatimento dos limites dos sujeitos, ou mesmo de difusão / espartilhamento do eu.

Nos contextos onde se desenrola a nossa prática clínica encontramos sujeitos cujas histórias de vida são marcadas por bruscas e imprevisíveis (des)vinculações, sujeitos que necessitam da interiorização e reconstituição de um espaço continente, da introjecção de um bom objecto externo. É fundamental apresentarmos, para a avaliação e intervenção clínica, um espaço constituído, inteiro, em que as trocas clínico-sujeito, clínico-exterior, estejam esclarecidas nas suas regras fundamentais. A fragilidade da topografia destas patologias exige uma topografia específica dos lugares de funcionamento na clínica. Fragilidades topográficas trazem incertezas inquietantes devido às flutuações das fronteiras entre o eu psíquico e o eu corporal, entre o eu e o outro, entre o agradável e desagradável, bom e mau, destrutivo e construtivo...

No final do século XIX a neurose aparece como um quadro que introduz uma doença sem raízes anatómicas, sem traduções ou explicações fisiológicas. Permitiu a grande descoberta de um outro adoecer que dá um outro tipo de dor – *a dor mental*. Freud percebe a existência de conflitos defensivos que se encontram subjacentes aos sinais clínicos das neuroses. Neste grande grupo, as organizações históricas e obsessivas continuam a opôr-se. Patologias muitas vezes mutilantes do funcionamento destes sujeitos, que se arrastam em baixas e hesitações paralisantes do seu percurso e actualização das suas competências, necessitando de um lugar-tempo-relação terapêutica particular para que o levantamento da repressão – no estabelecimento de uma relação de confiança – permita o retomar das suas funções relacionais e profissionais.

Na psicopatologia encontramos perturbações nestas coordenadas do espaço e do tempo, numa geografia e continuidade afectadas. Por isso, os autores que estudam as patologias mais graves, psicose e patologia limite, recorrem tão frequentemente a metáforas que se relacionam com esta topografia do espaço e do tempo.

O buraco negro é um conceito que J. Grotstein<sup>11</sup> utiliza para se referir a pacientes cuja geografia mental dá conta de espaços rasgados, em queda para o abismo. Geografia da não geografia, da experiência do Nada e do sem sentido, no risco da dissolução psíquica. Trata-se aqui do Nada que nega a existência

do sujeito, diferente do vazio potencial onde a representação poderia ter lugar. Patologias mais arcaicas são particularmente sensíveis às experiências de sem sentido, na vivência do buraco negro. A capacidade do bebé tolerar o Nada depende de um acto de fé sobre o regresso do objecto. A permanência do objecto, o cuidar do tempo/ritmo das consultas é fundamental, caso contrário a imprevisibilidade do ambiente acorda nestes sujeitos vivências de queda num nada desintegrador.

Na patologia limite encontramos com facilidade um Eu-pele passador<sup>12</sup>, numa pele esburacada, porosa e danificada. São sujeitos que confundem o dentro do fora, sujeito do objecto, corpo da mente. Por vezes recorrem a estratégias de endurecimento do envelope, ficando encerrados sobre si próprios – segunda pele - num reforço de uma pele carapaça que igualmente bloqueia a comunicação. O espaço onde estamos na clínica necessita também ele de um envelope consistente para que as trocas se possam estabelecer sem se difundirem, ou escoarem numa hemorragia sem fim.<sup>12</sup>

Estes doentes mais graves, patologia limite, sofrem da angústia de perda do objecto, dada sua impossibilidade em constituir a constância objectal. Questões que exigem um tempo contínuo e um enquadramento/arquitectura onde funcionamos que importa ser mantido. São sujeitos instáveis, razão pela qual é estabilidade que precisam encontrar. Apresentam grandes dificuldades na relação

com o outro, sendo particularmente sensíveis à aproximação/afastamento, respondendo com frequência a estes movimentos do objecto com angústia de intrusão/abandono. São sujeitos com uma importante parte psicótica da mente, que os afasta de possibilidades mais adaptativas ao exterior. Na dificuldade em preservarem a distância e a proximidade em relação ao outro, tornam-se facilmente invasivos, mas é frequente abandonarem os projectos terapêuticos.

Na psicose estamos perante um espaço mental sem limites, na ausência de uma função continente, explodindo as emoções mais violentas. Vivência psicótica caracterizada pelo desaparecimento do quadro mental de referência, aquele que qualquer um reconhece como sendo seu. Aparece a angústia de fragmentação, de destruição, de morte por estilhaçamento, leia-se “ataque ao pensamento” que significa “não só todos os obstáculos que o sujeito psicótico encontra para estabelecer os processos do pensamento, mas também a força destrutiva que imana do processo psicótico e impregna o meio do sujeito...” (B. Golse, 2001, p.219)<sup>13</sup>. Há uma impossibilidade de distinguir um “dentro” de um “fora”, numa organização espacial ainda ausente.

Defesas arcaicas, como a identificação projectiva são intensas nestes sujeitos (psicose e patologia limite), sendo necessária a presença de um ambiente/técnico que cumpra uma função continente: recebendo, transformando e desintoxicando as projecções enviadas. Esse

ambiente é fundamental para podermos receber as partes angustiadas e angustiantes dos pacientes. Da experiência continuada deste ambiente constitui-se um sentimento maior de conforto e segurança, podendo a identificação projectiva tomar o seu valor mais benigno de comunicação e criatividade. Estamos a referir o modelo do “par-pensante” de que fala Bion, numa relação que passa pela disponibilidade em receber, conter e modificar as projecções do sujeito.<sup>8</sup>

A. Green<sup>10</sup> fala, a propósito das patologias mais graves, da experiência mesma do *negativo*, numa “*função desobjectalizante*”. Neste sentido as manifestações destrutivas da psicose estão no empobrecimento do Eu entregue ao desinvestimento. Função desobjectalizante presente na melancolia, no autismo infantil, em formas não paranóides de psicoses crónicas, na anorexia, nas patologias psicossomáticas. A equipa procura assim criar condições para a criação de elos, vínculos terapêuticos e de relações vivas.

Vários autores, incluindo A. Coimbra de Matos<sup>14</sup>, referem que o que faltou no desenvolvimento destes sujeitos foi a existência de um meio capaz de se adaptar às mudanças e às novas necessidades da criança, falhando a possibilidade desta desenvolver um sentimento de segurança interna.

*Congelo por fora o corpo, sem que ninguém dê conta. E algures dentro de mim alquimizo efervescências, sem que eu dê conta. Sabendo apenas que elas se regurgitam na alma....*(A. Viana, 2005, p.26)<sup>3</sup>

As noções de dentro e fora, o sentido dos limites espaciais, a continuidade versus descon-tinuidade/ rotura biográfica, a importância do tempo que percorre e liga o vivido, o aqui e agora e o devir, a mentalização e a simbo-lização, dão significado à relação terapêutica. São os sinalizadores que permitem o encon-tro do terapeuta com os sujeitos, forne-cendo o terreno onde a transformação/ mu-dança pode ocorrer, onde o outro é reconhe-cido e respeitado na sua individualidade e diferença, onde a subjectividade é experi-mentada já não como um lugar obscuro, mas sim como um verdadeiro fio condutor (relação de confiança) que leva ao conhe-cimento.

E terminamos citando E. Souto Moura (1997/ 1998, p.143)<sup>6</sup>:

*...O nosso olhar é como o das moscas, de múltiplas perspectivas. É assim e temos que nos adaptar à atomização de facto da mensagem cultural, no que pensamos, no que recebemos, uma mensagem sem objecto para fluxo de todos e de nada.*

*Falamos de tempo, do vosso tempo, do nosso tempo. Suspende esse fluxo, recuperar a nossa actividade de julgá-lo é não só uma forma de não ser dissolvido nele, mas também de ser "livres". Cada vez resultará mais difícil e, por isso, ser arquitecto é mais apaixonante...*

### **Bibliografia**

1. Shapiro, E. R.. (1997). O Mundo interno no Mundo externo. Lisboa: Climepsi.
2. Muga, H. (2005). Psicologia da Arquitectura.. Vila Nova de Gaia: Gailivro.
3. Viana, A. (2005). A casa acordada. Lisboa: Índícios de Oiro.
4. Winnicott, D. (1975). *O Jogo e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago (obra publicada em 1971).
5. Mannoni, M. (1978). *O Psiquiatra, o seu "Louco" e a Psicanálise*. Porto: Afrontamento.
6. Souto Moura, E.: El tiempo. Rev. Int. Arquitectura. 1998/ I, nº5: 138-143.
7. Marques, M. E (1999). *A Psicologia Clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi.
8. Grinberg, L.; Sor,D.; Bianchedi,E. (1991). *Nueva Introducción a las Ideas de Bion*. Madrid: Tecnipublicaciones.
9. Anzieu, D. (1985). *Le moi- peau*. Paris: Dunod.
10. Green, A. (1993). *Le Travail du Négatif*. Paris: Les Éditions de Minuit.
11. Grotstein, J. (1999). *O Buraco Negro*. Lisboa: Climepsi.
12. Roman, P. (1996). "Blanc au Rorschach et psychopathologie du moi-peau." *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 46 (2), 139-143.
13. Golse, B. (2001). Insistir- Existir, do ser à pessoa. Lisboa: Climepsi.
14. Coimbra de Matos, A. (2002). O desespero. Lisboa: Climepsi.