

# Soluções psicóticas e intervenções analíticas

## *Psychotic solutions and analytical interventions*

**Cleide Pereira Monteiro, Helen de Araújo Linhares, Ellen Kelly Marinho Barreto, Zaeth Aguiar Nascimento**

### Resumo

O trabalho aborda a especificidade da clínica das psicoses a partir do referencial da psicanálise de orientação lacaniana. Discute sobre as soluções dadas pelos sujeitos psicóticos no que diz respeito à constituição de um corpo e as invenções com o laço social. Ilustra (através do uso de fragmentos clínicos atendidos pelos integrantes de um projeto de extensão universitária) a importância do direcionamento das intervenções clínicas na circunscrição do gozo pela via das produções subjetivas dos sujeitos atendidos. Longe de fórmulas e estratégias pré-estabelecidas, é dada ao analista a função de secretariar as invenções psicóticas e, desta forma, contribuir para o avanço de uma clínica em consonância com as manifestações sintomáticas da contemporaneidade.

### Palavras-chave

Psicose; psicanálise; saúde mental.

### Abstract

*The work addresses the clinic's specificity of the psychoses as from the benchmark of psychoanalysis of orientation lacanian. Discusses the solutions given by psychotic subjects with regard to the constitution of a body and the inventions with the social bond. Illustrates (through the use of clinical fragments attended by members of a university extension project) the importance of the direction of clinical interventions in the jouissance circumscription by way of subjective productions of attended subjects. Far from formulas and pre-established strategies it is given to the analyst the role of be secretary psychotic inventions and thus contribute to the advancement of a clinic in line with the symptomatic manifestations of contemporaneity.*

### Keywords

*Psychosis; psychoanalysis; mental health.*

### **Cleide Pereira Monteiro**

**Universidade Federal da Paraíba**

Departamento de Psicologia. Área de Psicologia Clínica/Psicanálise e saúde mental

### **Helen de Araújo Linhares**

**Universidade Federal da Paraíba**

Departamento de Psicologia. Área de Psicologia Clínica/Psicanálise e saúde mental

### **Ellen Kelly Marinho Barreto**

**Universidade Federal da Paraíba**

Residência Multiprofissional em Saúde Mental NESC/CCS-UFPB

### **Zaeth Aguiar Nascimento**

**Universidade Federal da Paraíba**

Departamento de Psicologia. Área de Psicologia Clínica/Psicanálise e saúde mental

## Introdução

As contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental e a inserção das ações analíticas no que denominamos a Psicanálise Aplicada podem ser localizadas já como uma preocupação desde Freud (1918 [1976a]), em um artigo que foi intitulado originalmente de “Caminhos da terapia psicanalítica”, mas que foi traduzido e publicado como “Linhas de progresso na terapia psicanalítica”. No referido artigo, Freud já apontava uma preocupação com a problemática social do pós-guerra e convocava os analistas para se fundamentarem teórica e tecnicamente para aplicar a psicanálise às novas demandas sociais surgidas na contemporaneidade (da época) e para inaugurar instituições de tratamento no qual a análise deveria ser praticada, ensinada e tornada acessível ao povo desfavorecido. Constatamos que o convite de Freud é para a inauguração do que é denominado “Psicanálise Aplicada” ou a “Psicanálise em extensão”. Esta extrapola o viés do tratamento psicanalítico *strito senso*, delimitado no atendimento entre quatro paredes, o atendimento individual no consultório, mas que não prescinde deste na medida em que aplica seus princípios nas práticas clínicas nas instituições de saúde mental.

Nessa orientação, Viganó (2006), em seu artigo “Reforma psiquiátrica e ação psicanalítica”, destaca a questão de como as instituições psiquiátricas, a partir da lei Basaglia (Lei 180), passaram a lidar com as mudanças da sociedade e, como a psicanálise se inseriu neste debate contribuindo para a prática nas instituições de saúde mental. Podemos considerar que a contribuição psicanalítica nesse contexto tem se pautado pela clínica do sujeito, pela clínica da singularidade, ofertando uma escuta ao paciente psicótico e trazendo uma nova discussão a respeito do diagnóstico.

Sobre o lugar da psicanálise na saúde mental, Figueiredo (2004, p. 81) indica-nos que “a psicanálise não é o efeito de um saber do Outro sobre uma história e, sim, o feliz encontro entre as ferramentas conceituais do analista [...] - e as contingências de uma história, produzindo um caso e, no melhor dos casos, um novo sujeito”. De acordo com Barreto (2010, p. 184), “a proposta de uma psicanálise aplicada ao campo da saúde mental poderia ser formulada como uma clínica do sujeito”. O sujeito para a psicanálise é o sujeito do inconsciente.

Ainda a respeito do lugar do analista na saúde mental, Benetti (1998, p. 3), em seu artigo “A saúde mental na formação do analista”, nos indica que o campo da saúde mental é “onde o analista teria uma frequência importante para a sua formação, para seu percurso, e ainda como um campo onde o analista teria, por dever analítico, que intervir, sobretudo nesses tempos de globalização e discurso da ciência. Ou seja, um campo onde mais do que nunca o analista deveria frequentar como imperativo ético no que concerne a orientação lacanianiana para o próximo século”. É partindo deste princípio ético que o analista e a psicanálise têm atuado nas novas instituições de saúde mental, a exemplo dos serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial, que surgem a partir de uma reorientação do modelo de assistência promovido pela Reforma Psiquiátrica.

A experiência concreta de transformação do campo psiquiátrico é definida pela expressão “campo da atenção psicossocial” que, em seu conjunto, designa um novo paradigma de cuidados em saúde mental. A atenção psicossocial diz respeito a um conjunto de dispositivos e instituições que fazem com que o cuidado em saúde mental tenha incidência efetiva no cotidiano das pessoas assistidas. A psicanálise tem dado sua contribuição a esse campo na medida em que considera os sujeitos com os quais lidamos nos serviços. Tais sujeitos, em sua maioria, como nos lembra Viganó (1999), não têm condições de se representar dentro do próprio discurso; são privados até mesmo de uma palavra elementar. Como esses sujeitos pode-

riam construir uma relação com o Outro sustentada na realidade e apaziguar-se frente à invasão de gozo no corpo? Os analistas sensíveis a esta questão enfrentam o desafio de acompanhar o sujeito em seu trabalho, que se dá a partir da unicidade do caso.

## De Freud a Lacan, um tratamento possível

Durante seu percurso teórico e metodológico, Freud interroga sobre as limitações da psicanálise e da posição do analista diante dos imprevistos da psicose. Ao longo de sua obra, deparamo-nos com passagens que revelam uma certa cautela em se tomar psicóticos em análise. Em seu *Esboço de Psicanálise*, texto escrito no período final de suas produções teóricas, e no qual ele propõe “reunir os princípios da psicanálise”, Freud assim se expressa: “descobrimos que temos de renunciar à ideia de experimentar nosso plano de cura com os psicóticos – renunciar a ele talvez para sempre ou talvez apenas por enquanto, até que tenhamos encontrado um outro plano que se lhes adapte melhor” (FREUD, 1938 [1976b], p. 200). Lacan (1988) afirma que Freud jamais falou do tratamento da psicose, salvo de maneira totalmente alusiva. No entanto, o próprio Freud irá indicar a saída logo cedo, quando propõe refletir acerca de modificações no dispositivo clínico criado à luz do sintoma neurótico. Questões que dizem respeito ao enquadre analítico, bem como conceitos que alicerçam a clínica, como a transferência e a interpretação, não são suficientes para a cura dos sujeitos psicóticos, pelo menos quando tomados em sua acepção convencional.

Em textos como *Sobre o início do tratamento* (Freud, 1913 [1976c]) e *A questão da análise leiga* (Freud, 1926 [1976d]), Freud destaca a importância de um tempo anterior à análise, denominando-o de “experimento preliminar”, no qual seria estabelecido um diagnóstico diferencial, restringindo a indicação da análise aos casos de neuroses, advertindo que, uma vez diagnosticado o caso como psicose, o analista não poderia cumprir com sua promessa de cura, não pode inseri-lo na norma fálica. Freud evidenciava uma lacuna frente às especificidades da psicose em relação ao posicionamento clássico do analista no tratamento das neuroses.

Observamos que em vários momentos da obra freudiana, encontramos uma dificuldade especial para estabelecer a especificidade da psicose, porém, aos poucos, Freud promove retificações em sua construção teórica acerca das psicoses, e deixa pistas importantes para se conceber uma clínica psicanalítica das psicoses, as quais serão aprofundadas e retomadas por Jacques Lacan. O psicanalista francês relê o conceito freudiano de rejeição (*Verwerfung*), eleito por Freud como o mecanismo de defesa da psicose, a partir de um termo vindo do Direito, *forclusion*, traduzido em nossa língua por *forclusão*. Na terminologia jurídica, dizer que um processo está *forcluso* significa que não se pode apelar por se ter perdido o prazo legal. Em português equivale à prescrição, termo que indica a exclusão de um direito ou de uma faculdade que não foi utilizada em tempo útil (QUINET, 1997, p. 150).

Nesta perspectiva, podemos demarcar que, diferentemente da neurose, em que o recalque e o retorno do recalçado são faces de uma mesma moeda, sendo o sintoma o representante legítimo dessa configuração, na psicose, suas manifestações próprias, como as alucinações, não estão remetidas a um retorno do recalçado e, como tal, não dizem sobre um saber inconsciente que permitiria estabelecer ligações. A alucinação é retorno de um elemento nunca inscrito simbolicamente, pois tudo o que é recusado na ordem simbólica pelo sujeito não pode mais voltar ao lugar de onde foi excluído, ou seja, em termos freudianos, “aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora” (FREUD, 1911 [1976e], p. 95). Assim, diferentemente do retorno

do recalçado, no qual se mantém a mesma natureza da constituição do material original, o do forcluído reaparece com natureza distinta. Observa Lacan que:

O que cai sob o golpe do recalque retorna, pois o recalque e o retorno do recalçado são apenas o direito e o avesso de uma mesma coisa. O recalçado está sempre aí, e ele se exprime de maneira perfeitamente articulada nos sintomas e numa multidão de outros fenômenos. Em compensação, o que cai sob o golpe da *Verwerfung* tem uma sorte completamente diferente. [...]. Tudo que é recusado na ordem simbólica, no sentido da *Verwerfung*, reaparece no real. (LACAN, 1988, p. 21).

Assim, se o recalçado nas neuroses reaparece *in loco* sob uma máscara, “na psicose, se soubermos ler Freud, reaparece num outro lugar, *in altero*, no imaginário, e aí com efeito sem máscara” (LACAN, 1988, p.124). Neste caso, o inconsciente articulado à “flor da terra” (LACAN, 1988), ou a céu aberto, outro modo de dizer, permanece não-assumido pelo sujeito, reaparecendo em certos fenômenos elementares, especialmente na alucinação, sua forma mais característica.

Frente à especificidade da psicose, é preciso retirar consequências para se conceber uma clínica psicanalítica que leve em consideração a recomendação de Lacan de fazer da forclusão uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. O que não quer dizer que se desconsidere a dimensão subjetiva nesse trabalho, pois, como diz Lacan, “a liberdade que Freud se deu aí foi simplesmente aquela, decisiva em tal matéria, de introduzir o sujeito como tal [grifo nosso], o que significa não avaliar o louco em termos de déficit e de dissociação das funções” (LACAN, 2003, p. 220).

Nesse sentido, podemos dizer que Lacan apresenta à clínica psicanalítica a necessidade de uma prática orientada pelo sujeito e um analista à altura desta tarefa. Como bem aponta Dunker (2007), às especificidades da psicose, faz-se necessário um novo manejo, tirando o analista da posição de escravo do método, implicando na escolha pelo sujeito em suas infinitas construções e idiosincrasias. Lacan enfatiza que o analista não deve recuar diante das possibilidades de tratamento, apresentando ao analista a posição de secretário do alienado, responsável pelo acolhimento e destino da fala do sujeito psicótico em sua peculiar relação com a linguagem. Isso é possível na medida em que o analista se destitui de sua posição de sujeito e presta-se a ser uma testemunha paciente do que o sujeito diz, sem contrariá-lo com o deciframento. Ou, como diz Lacan (1988, p. 235) “[...] não só passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada”.

Seguindo, desse modo, a orientação lacaniana de posicionar-se como “secretário do alienado”, o psicanalista, em seu consultório ou na instituição, torna possível uma clínica psicanalítica com psicóticos, questão que pretendemos explicitar através de três fragmentos clínicos, recolhidos de casos atendidos no ambulatório de um hospital psiquiátrico, na cidade de João Pessoa, por extensionistas de um projeto de extensão universitária da Universidade Federal da Paraíba.

## Fragmentos clínicos

Ana

“Eu sofro dos nervos”! É assim que chegou ao ambulatório uma senhora de 45 anos, a qual chamaremos de Ana. “Eu tenho problema nos nervos. O meu corpo fica vibrando, os nervos parecem que vão sair de dentro de mim, tem horas que minha cabeça dói tanto que acho que vai explodir. Tenho que segurar ela com muita força e me deitar. Depois que

choro bastante, a dor começa a passar”. Ana é casada, tem três filhos, mora com o marido e a filha mais nova. Apontou que o marido trabalha em outra cidade e passa maior parte do tempo com a filha, e que a mesma sofre de sintomas parecidos quando a mãe está em crise. Desde sua primeira sessão, Ana sinalizou sua peculiar relação com o corpo e com o Outro.

Em uma de suas sessões, chegou ao consultório com um curativo no braço. A analista apontou e perguntou: “o que houve?”. Ana, sempre em tom baixo, explicou que se cortou com a faca. Intrigada, sua analista insistiu: “o que houve?”. Ana respondeu que “estava muito aperreada essa semana. Muitas coisas para pagar, sem notícias do marido. Queria pedir ajuda para pagar as contas, mas ele não atende. Ele sabe que eu dependo dele”. Ana afirmou que tem que resolver os problemas sozinha, limpar a casa, cuidar de tudo: “Fui fazer o almoço enquanto pensava nisso. Comecei a chorar, me tremia toda. Minha cabeça queria explodir. Parecia que meus nervos iam sair do meu corpo. É muito ruim. Estava cortando uma carne, vi a faca entrar no meu braço”. A analista destacou o fato, e Ana prosseguiu: “quando vi, eu já havia me cortado. Só vi o sangue escorrer”. Sua analista completou: “é, quando se corta, os nervos saem do corpo”. Ana, surpresa, se prontificou: “quando eu estiver assim, é melhor não cozinhar”.

Bem agasalhada, como na maioria das sessões (mesmo em dias quentes), Ana chegou à sala de atendimento e sentou-se encolhida, joelhos juntos, pernas tremendo. Sua analista perguntou como ela estava e ela respondeu: “hoje eu estou mal, não estou bem não. Ele é muito frio comigo”. A analista interrompeu: “ele quem?”, e ela: “meu marido. Ele chegou em casa, foi grosso comigo. Eu começo a chorar, me tranco no quarto e ele nem liga. Ele não se importa. É muito frio comigo. Eu fico no quarto chorando, começo a tremer. Ele nem liga”. E a analista perguntou com estranhamento: “ele é frio e você treme?!”. Ana olhou com espanto e, depois de um tempo em silêncio, respondeu: “ele que me faz ficar assim”. A analista, na investida de esvaziar esse Outro que, sem nenhum obstáculo, invade e faz tremer, terminou: “você fica mal e fica assim”. Ana balançou a cabeça em anuência, relaxou as pernas. No fim da sessão, Ana levantou, o agasalho em mãos. Deste dia em diante, o discurso passou a ser outro. Diante da falta de artifícios para barrar esse Outro invasivo, Ana contorna. Agora, não é mais “ele” que faz mal, é o casamento. Ana começou a procurar o serviço de previdência social: “quando eu me aposentar, nunca mais ligo para ele”.

### *Laura*

O segundo caso trata das soluções dadas por Laura quanto às injunções de vozes que recebe em momentos de tomadas de decisão. Laura evidencia a necessidade de artifícios fora do discurso para lidar com a posição de sujeito desejante e com o Outro aterrador e paralisante. Laura falou sobre sua relação com o marido e filhas: “Marido agressivo e filhas teimosas. As meninas me aperreiam, ficam gritando, mas é pouco. Ele passa o dia todinho me ‘esculhambando’ mas eu fico surdinha toda vez que eles querem me endoidar, por isso que eu ainda aguento”. Laura explicou o significativo “surdinha” alegando ignorar, fingir que não escuta o que o marido e as filhas falam.

Um dia, chegou ao ambulatório com os braços cheios de hematomas, o rosto com leves arranhões. Relatou ter caído da moto enquanto voltava da escola das filhas: “eu tinha ido deixar as meninas na escola, fui o caminho todinho ouvindo uma voz mandando eu jogar a moto na frente de um ônibus ou caminhão, só não fiz isso por causa das meninas. Mas quando estava chegando em casa e vi a parede, acelerei e me joguei. Por isso que eu caí”. A analista pontuou: “as vozes mandaram e você escutou”. Laura concordou: “Graças a Deus não aconteceu nada sério. Não sei o que seria das meninas se eu tivesse morrido”. Diante da possibilidade de um laço que dê algum

suporte à sua existência, impedindo uma passagem-ao-ato, a analista sustentou: "ainda bem. Você tem as meninas". Laura completou: "todo dia é a mesma coisa, vou deixar as meninas na moto, as vozes ficam mandando eu me jogar e eu fico com essa vontade que não sei explicar. Essa vontade de jogar a moto na frente de um caminhão". A analista retomou um significante trazido por Laura na primeira sessão: "as vozes querem te *endoidar*", ao que Laura respondeu: "é, mas as meninas precisam ir pra escola". A analista perguntou se a moto ajuda mais ou atrapalha sua rotina com as filhas. Laura respondeu: "ajuda, mas se eu morrer, vai atrapalhar". A analista repetiu: "se você ouvir as vozes e morrer, vai atrapalhar". Laura decidiu não usar mais a moto e providenciou junto à prefeitura de sua cidade um transporte escolar.

Percebe-se aqui que as intervenções, distante de acontecerem pela via da angústia, como acontece na clínica com os neuróticos, são elucidadas pela via do real, do que foi dito, ao pé da letra, tomando como premissa a mudança de significação que a fala causa ao sujeito psicótico. Atirar-se à morte, marcada pelo traço do gozo que aparecia como saída à insustentabilidade de existir, passa a ser vista como uma causa a ser evitada através das amarrações pelo laço social. Laura seguiu. Às vezes "as vozes" voltam, mas Laura, "surdinha", prossegue.

### *Maria*

Maria tem 52 anos, divorciada, funcionária pública. Atendida há três meses, chegou acompanhada de sua filha única, Janaína, a qual relatou que a mãe sofre de "estresse e ansiedade". As duas concordaram, mas Janaína continuou: "ela anda muito estressada no trabalho, essa semana ela botou na cabeça que uma mulher que trabalha com ela queria publicar umas fotos na internet". Ao ser questionada sobre o que foi dito, Maria respondeu: "estou muito estressada com o trabalho, fico ansiosa com tudo e tinha passado a noite sem dormir. Acho que sonhei, não sei. Quando acordei, estava com essa ideia, liguei para meu chefe para falar sobre isso, ele me mandou ficar em casa". Sua analista pediu para ela falar sobre o trabalho e Maria apontou: "meu problema não é o trabalho, meu problema são as pessoas". Maria sinalizou, desde o primeiro encontro, sua delicada relação com o Outro.

Nas sessões seguintes, falou sobre o início das causas desse estresse. Ficou estressada durante um curso técnico em enfermagem, onde disse ter sido uma das melhores da turma, apesar do cansaço da dupla jornada – trabalho, escola de enfermagem. Ao fim do curso, Maria teve acesso a hospitais psiquiátricos: "acho que ver aquilo tudo me deixou muito nervosa, passei a ter crises de pressão constantes. Aquilo mexeu demais comigo". As primeiras intervenções foram no sentido de pontuar: "O curso acabou". Maria logo completava: "acabou, mas ainda estou assim". Maria era clara – o corpo responde.

Tal rotina, agravada pelos episódios delirantes - "as pessoas falam muito sobre mim; as pessoas acham que estou louca; as pessoas são muito fofoqueiras" - pareciam diminuir com intervenções no sentido de relativizar a presença desse Outro no espaço de trabalho.

A transferência com sua analista se estabeleceu de forma bastante peculiar. No princípio, Maria relatava ficar bastante ansiosa antes de suas sessões, chegava uma hora antes do horário combinado, tinha picos hipertensivos. Ligava para a analista algumas vezes durante a semana. Em uma de suas sessões, relatou ter ido ao cabeleireiro para ficar bonita, que gostava de ir ao consultório porque gostava de conversar com a analista e que achava que esta sentia o mesmo, que eram amigas, pois a escutava e a entendia. Sua analista pontuou: "eu sou sua analista, escuto as pessoas porque esse é o meu trabalho". Tal intervenção, no sentido de desviar a transferência da via

erotômana, surtiu efeito. As ligações durante a semana pararam, mas intervenções nesse sentido ainda são necessárias, eventualmente.

Maria seguiu justificando seu estado de doença, alegando não ter superado o estresse do fim do curso. Um dia, ao ser questionada sobre a ideia de ter cursado o técnico em enfermagem, Maria relatou: “quando meu pai adoeceu, tomei conta dele por muito tempo. Ele era hipertenso, eu deixava de fazer tudo por ele. Não saía mais para dançar nem ir à praia. Quando ele ligava, eu corria para levá-lo ao hospital. Depois que ele morreu, resolvi fazer um curso técnico em enfermagem. Quero ser cuidadora de idosos”. Logo, a ideia de sobrecarga pelo estresse foi posta em xeque. O crescimento de sua filha e a perda do seu pai, longe de ferramentas simbólicas de elaboração, tirou-lhe o lugar que a sustentava: cuidadora. Maria passara a ter os sintomas do pai, cobrando da filha que a levasse ao hospital várias vezes por semana. A analista pontuou: “você já cuidou de tanta gente. Não vai chegar a hora de cuidar de você?”.

Nas sessões que seguiram, Maria passou a chegar um pouco atrasada. Repetia o discurso: “esse trabalho tira meu juízo, tem horas que eu quase infarto, de vez em quando tenho que verificar minha pressão”. Nas mãos uma nova bolsa, branca, bem recheada. Estetoscópio, medidor de pressão digital, caixas e mais caixas de remédio justificadas: “é bom andar prevenida. Coração é coisa séria”. Os picos hipertensivos passaram a ser menos frequentes. Sua relação com a filha tinha melhorado com a diminuição de suas entradas no pronto socorro, mas ainda era preciso secretariar suas invenções com muito cuidado.

## Considerações finais

É através do manejo da transferência de acordo com cada estrutura que se torna possível falar em tratamento. Na neurose, estima-se pelo investimento do paciente em objetos do mundo externo, enquanto na psicose, o manejo da transferência deve seguir a via do apaziguamento do real que se apresenta a céu aberto, e a direção do tratamento deve partir das produções subjetivas. Ao secretário do alienado, longe de se ater à função de dar crédito à fala do psicótico, compete a função de assistir suas criações. Tendo em vista a ausência do cenário da metáfora paterna, e sendo suas construções frutos de um arranjo sintomático em recorrência à suplência neurótica do “Nome do Pai”, o direcionamento das intervenções junto aos sujeitos psicóticos visa ao apaziguamento de um gozo que invade e aniquila (LACAN, 1988).

Ana, Laura e Maria nos ensinam sobre a marca da palavra e da necessidade da invenção de artifícios para barrarem os caminhos do gozo em suas trajetórias de vida. Ana, doente dos nervos, que sente seu corpo vibrar, os nervos tentarem sair de sua pele sempre que fica nervosa; Laura, aperreada com sua relação com o marido, escuta vozes que a ordenam se atirar na frente de um ônibus em movimento; e Maria, a cuidadora, responde à perda de um lugar simbólico representando com seu corpo, o lugar que o Outro lhe dava.

Seguimos pelos ensinamentos de Lacan (1988), orientados pela máxima de que “devemos nos contentar em passar por secretários do alienado”. Tal enunciado evidencia duas premissas importantes no direcionamento do tratamento dos sujeitos psicóticos: a primeira diz respeito à posição do analista como objeto dejetivo da relação de transferência, exaurindo-se da posição de grande Outro esmagador ou objeto de desejo; e a segunda, refere-se à importância de assegurar aos assistidos um lugar de endereçamento de produções, escutando e tomando ao pé da letra o que foi dito, o que antes, havia sido rechaçado.

A experiência com psicóticos possibilita ao analista confrontar-se com uma clínica que requer uma abordagem diferenciada, com intervenções não apoiadas na norma fálica, o que implica tratar a exceção por uma via que não seja a da segregação. Assim, o analista, neste contexto, tem possibilitado o estabelecimento de uma clínica produtora de inclusão subjetiva com implicações no laço social. Isso é feito através de sua posição de escuta sobre o que há de específico em cada sujeito, o que exige do analista uma certa dose de invenção para operar, e até mesmo de desprendimento do furor interpretativo de dar sentido. Para que o analista seja destinatário ativo da fala e das produções subjetivas, é preciso que ele se destitua de um saber prévio e se deixe guiar pelas indicações do sujeito. “Saber não saber”, operador ético de sua posição, assegura-lhe um lugar no campo da saúde mental.

## Sobre o artigo

**Recebido:** 30/03/2016

**Aceito:** 15/04/2016

## Referências bibliográficas

- BARRETO, F. P. **A Psicanálise aplicada ao campo da saúde mental** (Uma contribuição ao tema da prática lacaniana nas instituições). CliniCaps. 2012, v. 1.
- DUNKER, C.I.L. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica**. 2007. (Tese – Livre docência). São Paulo: Instituto de Psicologia-USP.
- FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: Uma contribuição da psicanálise à psicopatologia. In: **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental**, VII, 1, 2004.
- FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1918). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976a, v. XVII.
- FREUD, S. Esboço de psicanálise (1938). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976b, v. XXIII.
- FREUD, S. Sobre o início do tratamento (1913). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976c, Vol. XII.
- FREUD, S. A questão da análise leiga (1926). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976d, v. XX.
- FREUD, S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides) (1911). In: FREUD, S. 2. ed. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976e, v. XXIII, p. 13-89.
- GUERRA, A. M. C. **A psicose**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.
- LACAN, J. (1955-56). Secretários do alienado. In: **O Seminário - Livro 3: As psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1988.
- LACAN, J. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor (Campo Freudiano no Brasil), 2003.



MILLER, J.-A. Duas dimensões clínicas: sintoma e fantasia. In: **Percurso de Lacan**: uma introdução. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

QUINET, A. **Teoria e clínica da psicose**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

VIGANÓ, C. Reforma psiquiátrica e ação psicanalítica. In: **Revista Mental** – ano IV – n. 6 – Barbacena – junho de 2006.

VIGANÓ, C. A clínica psicanalítica nas instituições: a construção do caso clínico em saúde mental. **Curinga**. n. 13. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, 1999.