

Tratamento na psicose: o laço social como alternativa ao ideal institucional

RESUMO

A partir de discussões realizadas na Sessão Clínica do Instituto Raul Soares, foi possível refletir sobre os impasses do tratamento da psicose em uma instituição de saúde mental que tem como diretriz de trabalho a reforma psiquiátrica. Se os ideais preconizados pela reforma forem considerados universalizantes e desconsiderar a particularidade de cada sujeito, eles poderão ser, muitas vezes, indutores de um surto e não propiciadores de uma estabilização em sujeitos psicóticos. Ao tomar como referência o caso Márcia, demonstra-se como as intervenções baseadas no ideal institucional e não na construção do sujeito podem desencadear uma desestabilização. Deste modo, é necessário precisar a forma de conduzir o tratamento, sem ter como premissa os ideais de inserção social (autonomia), mas o estabelecimento de um possível laço social na psicose.

PALAVRAS-CHAVE:

psicose; ideal institucional; laço social; reforma psiquiátrica; psicanálise.

Aline Aguiar Mendes

Mestre em Psicologia,
professora da PUC MINAS,
coordenadora do Grupo de
Trabalho "Saúde Mental e
Clínica" no Laboratório de
Estudos Clínicos da PUC
MINAS - São Gabriel, membro
da comissão organizadora da
Sessão Clínica do IRS.
Rua Conselheiro Lafaiete, 557
- Sagrada Família 31030-010
Belo Horizonte, MG.
alineaguiarmendes@yahoo.com.br

Introdução

Nesse texto pretendo discutir algumas questões que fazem parte do cotidiano da prática em instituição de saúde mental. Essas questões dizem respeito às diferenças e às relações possíveis entre reforma psiquiátrica e psicanálise, já que na condução dos casos clínicos é preciso lançar mão dos dispositivos da reforma sem perder a especificidade da escuta analítica.

F. Tenório em seu texto *Psicanálise e reforma psiquiátrica – um trabalho necessário* (2000) faz considerações relevantes nessa direção. Segundo ele, há uma diferença entre atenção psicossocial (reforma psiquiátrica) e Psicanálise. Entretanto, não devemos entender essa diferença como oposição e sim como uma tensão necessária em se manter, já que permite um espaço de interrogação, em via de mão dupla, que viabiliza um dinamismo necessário ao trabalho na saúde mental. É preciso, então, indicar qual é a diferença e como podemos fazer valer essa tensão solidária entre esses dois discursos.

Um aspecto marcante da distinção entre a reforma psiquiátrica e a psicanálise diz respeito à primeira ter, como prerrogativa, uma ética dos cuidados. De fato, a reforma psiquiátrica, ao se constituir em oposição à institucionalização da loucura como doença mental, dá um outro entendimento a ela baseado na noção de existência - sofrimento. A partir desta noção, é possível entender não somente a experiência da loucura bem como a de um tratamento possível da mesma a partir da relação com o outro. É por essa razão que Rotelli (2001) vai substituir o termo “curar” pelo “cuidar”. Cuidar significa ocupar-se aqui e agora de fazer com que se transforme os modos de viver e sentir o sofrimento na relação com o outro, ao mesmo tempo em que se transforma a vida concreta e cotidiana que alimenta esse sofrimento. Tal perspectiva fundamenta a inclusão social como diretriz e condição de tratamento para a loucura.

Já a psicanálise, apesar de considerar imprescindível ao tratamento do louco-psicótico uma certa relação com o Outro, não a entende a partir da inclusão social, e sim a partir de um laço social possível na psicose. Essa perspectiva nos permite levar em conta, inclusive, uma dificuldade estrutural da psicose em fazer laço social, o que não torna menos relevante o trabalho com a psicose. É o que nos adverte Tenório:

“Se a posição da psicanálise não é humanista, nem otimista, nem por isso ela é menos engajada. A psicose, diz Lacan, é isso diante do qual o analista não deve recuar em nenhum caso”. (TENÓRIO, 2000, p.92)

Depois de estabelecido, em alguns aspectos gerais, o que diferencia a reforma psiquiátrica da psicanálise, passemos à tensão solidária que torna possível a intersecção destes dois saberes na prática da saúde mental. Ainda segundo Tenório, apesar de a atenção psicossocial e a psicanálise serem distintas, uma pode tornar a outra possível, desde que a primeira evite dois riscos:

“o de impor ao psicótico ideais de funcionamento que são nossos e aos quais ele muitas vezes não pode corresponder, e o de acreditar que o bem estar psicossocial torna menos relevante o trabalho subjetivo da palavra; e que a segunda reconheça os limites de qualquer prática ligada à palavra e a necessidade, em certos casos prioridade, na psicose grave, de uma ajuda concreta e cotidiana do viver.” (TENÓRIO, 2000, p. 91)

Vale ressaltar, assim, que a psicanálise não interessa à reforma somente no sentido de ser uma prática que visa localizar o sujeito no sofrimento de que padece e implicá-lo em sua condição, mas sim de advertir quanto a dois efeitos de uma prática baseada somente numa ética dos cuidados. São eles:

“a imposição, ao psicótico de nossos ideais de integração. Movidos pela crença de que é possível ao psicótico exercer-se com suficiência no laço social e de que é isso que ele deseja, quando isso não acontece nos decepcionamos - com ele ou conosco - e disso advêm efeitos deletérios em nosso trabalho: irritação, desistência, mais voluntarismo, insistências nas injunções para ele irrealizáveis e até indutoras ao surto”; e a “diluição da especificidade do fato mesmo da psicose em graus diferentes de romantização da loucura. O que, manifestando-se nas práticas de cuidado, pode ter conseqüências negativas e perigosas para o paciente, entre elas a de negligenciarmos a necessidade de uma ação de tutela.” (TENÓRIO, 2000, p.92)

Acredito que, para avançarmos nessa direção, temos que nos aprofundar um pouco mais em qual seria a contribuição da psicanálise na condução de casos que não respondem aos ideais de uma instituição de saúde mental base-

ada na reforma, ou seja, de uma certa suficiência e estabilização na ordem social.

Para progredirmos nessa discussão, proponho nos fundamentarmos na condução de um caso clínico atendido no IRS.¹

Relato de caso clínico

Márcia² tem hoje³ 22 anos e há três foi internada no IRS. Era agressiva, fazia reclamações recorrentes e reivindicava insistentemente por alta. Por não ser atendida em suas reivindicações, ameaçava fugir e quebrar a enfermaria, principalmente os vidros para se cortar, chegando, muitas vezes, a passar ao ato. Nos atendimentos, não conseguia traçar sua história de vida, apresentava um modo peculiar de dar significação às suas experiências e parecia não se fixar em nenhum sentido mais organizador. Seus relatos, como os de seus primeiros encontros com o pai, eram imprecisos e contraditórios. Diferentes histórias eram narradas, sem que houvesse qualquer constrangimento de sua parte (em relação à coerência). O único aspecto constante de seu discurso era o contexto de violência no qual se deu o primeiro encontro com o pai.

Na enfermaria Márcia estava sempre agressiva, até que foi colocada a possibilidade de falar de sua vida e não somente das situações de violências nas quais estava envolvida. A paciente passou, então, a falar de sua história e, em um de seus momentos de agitação, quebrou uma janela da enfermaria para pegar um caco de vidro, mas, antes de se cortar o entregou à terapeuta e pediu para falar.

Iniciou-se, a partir daquele momento, um período sem agitações ou ameaças. Apesar de algumas intercorrências, Márcia se tornou mais tranqüila e passou a manter bom relacionamento com os pacientes e os técnicos da enfermaria.

Como já estava internada há aproximadamente oito meses, não se apresentava mais como auto ou heteroagressiva e trabalhava em seus atendimentos, a equipe achou necessário pensar em uma forma de encaminhá-la para alta, o que resultou num processo de extrema resistência por parte da paciente. Márcia voltou a se desestabilizar, tornou-se agressiva e passou a relatar alucinação auditiva, afirmando que vozes a ordenavam a se cortar, o que culminou na atitude desesperada de fugir do hospital com pedras na mão.

¹ O IRS – Instituto Raul Soares – é um hospital de referência em saúde mental em Minas Gerais.

² Nome fictício.

³ Caso clínico referente a agosto de 2004

Após uma intervenção feita na sessão clínica do IRS⁴, foi possível à equipe entender que a alta não podia ser a imposição de um ideal institucional, mas uma construção com a paciente. Assim, foi realizado um trabalho para que ela pudesse estabelecer um vínculo de confiança com algumas pessoas de fora do IRS e suportar melhor o contato com a cidade e, conseqüentemente, o convívio social. Naquele período, em um de seus atendimentos, Márcia questionou à sua terapeuta: “Será que você não sabe que meu lugar é lugar nenhum?” Ao que a terapeuta respondeu: “Mas você pode ter algum lugar”. Após essa intervenção, a paciente se mostrou mais apaziguada e começou a investir na construção de um lugar onde pudesse morar, o que revelou uma elaboração subjetiva acerca de sua alta.

Márcia, então, passou dois anos estabilizada, morando sozinha, perto de uma prima que a ajudava na inseri-la em um contexto social. Frequentava os atendimentos no IRS uma vez por mês, passou a frequentar escola e a trabalhar.

No final de 2004, sofreu várias desestabilizações e procurou o IRS para se internar. Um dos fatores que pôde ter contribuído para essa desestabilização teria sido a ida de sua irmã mais nova para a casa da prima, o que gerou intensa rivalidade por parte de Márcia, que posicionou-se como humilhada e injustiçada diante de qualquer oposição de outros. Voltou a se cortar, embora sem a gravidade e a frequência anteriores, brigou em casa e pediu refúgio ao hospital, onde se internou por tempo indeterminado, alegando impossibilidade de permanecer em casa ou em qualquer outro lugar.

Naquele período, houve novamente no IRS uma demanda de alta para a paciente, baseada no receio de haver um risco de institucionalização ainda mais grave que o anterior que contribuiu para uma certa insuficiência da paciente em se inserir socialmente. De forma análoga ao que ocorreu nas internações anteriores, quando esta expectativa era estabelecida sem uma construção da paciente, ela volta a se agredir com violência, chama pelo pai e pede para ser amarrada no leito quando é confrontada com a possibilidade de alta. Depois de um tempo de internação, a paciente antecipa-se à proposta da equipe para deixar a Instituição e, por conta própria, procura o CERSAM⁵, onde passa dez dias em tratamento. Naquele período, tem conflitos com a irmã, em casa, mas Márcia evita as brigas ao ir dormir na porta do CERSAM para não matá-la.

⁴ A Sessão Clínica é um espaço para apresentação de pacientes e discussão de casos clínicos do IRS e tem como objetivo atender à demanda dos profissionais da Instituição para uma melhor condução clínica dos casos.

⁵ O CERSAM – Centro de Referência em saúde mental – é um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico em Minas Gerais e tem como objetivo maior o atendimento de neuróticos e psicóticos graves em crise.

O CERSAM alega a impossibilidade de tratar da paciente devido à precariedade de sua situação familiar, o que faz com que Márcia volte a se internar no IRS. Entretanto, já parecia entender, a seu modo, que o manicômio é o lugar da exclusão da loucura, não podendo, então, se abrigar ali. Passa pouco tempo internada, pede para voltar para casa e para o CERSAM. É, então liberada, retornando para aquele serviço, mas rebela-se diante de qualquer possibilidade de internação no IRS, ao que o CERSAM responde, garantindo a ela o pernoite em vários serviços (não mais uma internação), inclusive no IRS.

Desta forma Márcia permanece, até que um dia procura a terapeuta e diz, delirantemente, após retirar da bolsa vários recortes de jornal: "Andei pelo mundo te procurando". Depois, passa a falar uma língua composta pela decomposição metonímica do nome da irmã com a qual estava persecutória: "sa, ra, ra sasa..." A terapeuta interrompe o atendimento, questiona aquela forma de linguagem até que Márcia se organiza e pede para retornar ao CERSAM. Aos poucos apresenta melhora e precisa cada vez menos de pernoite.

Atualmente, a paciente, que fazia ao IRS constantes demandas de internações, permanece no CERSAM, apresenta-se com vestimentas pouco usuais, recita poesias e alterna os locais onde dorme entre a urgência do IRS, dos CERSAMs e sua casa.

Os impasses clínicos dos ideais institucionais

Esse caso clínico pode suscitar vários pontos para discussão, porém gostaria de me ater a um aspecto específico que diz respeito à relação que a instituição pode estabelecer com o psicótico.

De acordo com esta perspectiva, é interessante notar os efeitos sobre a paciente de dois modos de operar da instituição: um deles diz respeito à totalização do Outro e o outro modo caracteriza-se pela possibilidade de construção de uma relação mais suportável com o Outro.

A primeira intervenção realizada na sessão clínica do IRS na condução do caso evidencia exatamente estes dois modos de operação da instituição, o que permite uma melhor condução do caso.

Ele é levado à sessão clínica pela primeira vez devido a uma posição da equipe de fazer valer um ideal institucional em detrimento de uma escuta mais precisa da paciente. Naquela ocasião, como foi relatado, a paciente apre-

sentou melhora significativa, embora tenha demonstrado forte resistência à alta. A equipe, por sua vez, forçava a alta tendo em vista os ideais de autonomia e capacitação do paciente para o convívio social. A intervenção da sessão clínica incidu exatamente sobre os efeitos desses ideais na condução do caso.

A partir da discussão na sessão clínica foi possível demonstrar que o trabalho na instituição deve operar em oposição às práticas que podem ter, como conseqüência, a submissão do sujeito a uma posição de objeto frente ao Outro. Neste caso clínico, a Instituição pareceu estar operando de forma distinta desta perspectiva, na medida em que favoreceu uma possibilidade de "subjetivação", o que permitiu à paciente colocar um limite à posição de objeto em que ela se colocava frente ao Outro. Entretanto, no que diz respeito à alta, o que prevalecia eram os ideais institucionais, que possibilitavam a construção de um Outro total, o que pode deixar o psicótico à mercê de vivências impossíveis de serem simbolizadas, se tornando, portanto, indutores de uma desestabilização - que foi expressa na tentativa desesperada da paciente ao fugir do Hospital com pedras na mão para não ter alta.

Essas considerações podem ser de grande valia para as instituições de saúde mental que lidam primordialmente com sujeitos psicóticos, constituindo, como nos diz Tenório, uma contribuição da psicanálise à reforma psiquiátrica (que fundamenta a orientação política dessas instituições), na medida em que poderiam operar como uma advertência em atribuímos aos psicóticos ideais que são nossos e não deles, como a autonomia e a suficiência na inserção social.

Assim, é possível entender que se os ideais da reforma não forem trabalhados com o sujeito em seu processo singular de construção de um laço social possível, podem funcionar como um Outro total, impedindo a construção de uma relação com o Outro mais moderado e, desta forma, provocar o surto e não a estabilização⁶.

Zenonni (2000) em seu texto *Qual instituição para o sujeito psicótico?* nos alerta quanto a essas questões. Segundo o autor, no tratamento da psicose devemos operar a partir de um esvaziamento de um saber prévio sobre o paciente ou de um "querer" para ele. Essa posição de sujeito suposto não saber é favorável para não propiciar uma relação intrusiva, persecutória de

⁶ Uso o termo estabilização no sentido em que E. Alvarenga (2000) o empregou. Ou seja, como uma estabilização momentânea, um arranjo possível que possa moderar o gozo num determinado tempo. Segundo essa autora, o termo deve ser usado no plural por não se referir à uma estabilidade garantida. Desse modo, as estabilizações podem ser multiformes, precárias e instáveis.

transferência, o que contribui para a construção de um Outro mais moderado para o psicótico.

“Essa posição de um sujeito suposto não saber é uma posição favorável para encontrar um sujeito que sabe o que acontece com ele, que é ele mesmo a significação do que lhe endereçado enigmaticamente. É uma posição favorável para encontrar esse sujeito, sem alimentar uma posição intrusiva, persecutória de transferência [...]. Quando se trata de psicose essa significação do saber se liga à existência mesma do sujeito, porque na psicose o saber não é suposto, mas realizado pelo próprio sujeito, que é a referência, o gozo desse saber. É por isso que quando o Outro se apresenta como Outro do saber, ele pode ser encontrado sob forma erotomaníaca ou persecutória. Enquanto que a posição suposto não saber deixa principalmente ao sujeito a iniciativa de saber.” (Zenonni, 2000, p. 20)

De fato, a partir da psicanálise, podemos entender o psicótico como um sujeito para o qual o Outro da lei está forcluído. Como efeito dessa forclusão não há, para o psicótico, a possibilidade de dar uma significação ordenadora a certas experiências que são vividas por ele como um desamparo radical de qualquer regulação ou moderação, restando, por exemplo, a vivência da dispersão do corpo, da estranheza enigmática e da objetificação diante da alucinação ou do outro.

É o que nos diz Benetti: “Na psicose, a forclusão deixa o psicótico num gozo sem freio, não localizado, desarrumado e não simbolizável”. (BENETTI, 1996, p. 89)

Este mesmo autor faz considerações importantes sobre como um sujeito nessa condição se direciona a um analista. Segundo ele, o psicótico, muitas vezes, convida o terapeuta a ser um Outro absoluto que poderia suprir o buraco do simbólico. A essa demanda o analista não deve ceder. Nessa perspectiva, Lacan propõe que, no tratamento do psicótico, o analista estabeleça uma estratégia apropriada sobre a manobra da transferência.

Manobrar a transferência é dirigi-la com o objetivo estratégico de propiciar um limite a essas experiências que invadem o psicótico, deixando-o sem possibilidade de qualquer resposta. Em *O seminário - Livro 3 - as psicoses* (1957-8, 1988), Lacan, a partir da noção de secretário do alienado, propõe que o analista se coloque na posição de testemunha da rela-

ção do sujeito com o Outro, silenciando para dar vazão às construções que o psicótico pode fornecer acerca de suas experiências. Desta forma, o analista daria ao psicótico, a partir de um certo apagamento de si próprio, a possibilidade de estar na presença de um sujeito suposto não gozar, podendo então, representar um vazio onde o sujeito vai colocar seu testemunho (SOLER, 1991, p.147).

A partir do texto de Soler, *Uma estabilização sobre transferência* (199), é possível avançarmos um pouco mais sobre a manobra analítica na psicose. Segundo a autora, devemos operar uma vacilação entre a posição de testemunha e de orientação do gozo. Enquanto que, como testemunha, o analista se silencia, na orientação do gozo ele trabalha como um secretário nem tão discreto, fazendo oposição nos momentos mortíferos. Segundo Soler, orientar o gozo na psicose é fazer valer um dizer pelo qual o analista se faz guardião do limite do gozo, sem o qual o horror pode ser absoluto. Nas palavras da autora:

“A manobra analítica tentada por mim e que sustentou a operatividade dessa cura, consistiu, primeiramente, em abster-me da resposta, quando o analista é chamado na relação dual a suprir para o sujeito, pelo seu dizer, o vazio da forclusão e a preencher o vazio de seus imperativos [...]. Em segundo lugar em intervir, proferindo uma função de limite ao gozo do Outro, sendo possível apenas, a partir de um lugar inscrito na estrutura. O voluntarismo aqui seria em vão. Esta intervenção não é bem fundada. É um dizer, pelo qual o analista se faz guardião do limite do gozo sem os quais como, como ela diz em todos os tons, é o horror absoluto. O analista pode fazê-lo somente sustentando a única função que lhe resta: fazer limite ao gozo [...]” (SOLER, 1991, p. 147)

Desta forma, a manobra da transferência na psicose nos ensina que é preciso operar um esvaziamento e evitar oferecer, ao psicótico, elementos que permitam que ele nos coloque como um Outro absoluto, diante do qual ele passa a ser um objeto.

Essas considerações, como já dissemos, podem ser de grande valia para as instituições de saúde mental que lidam primordialmente com sujeitos psicóticos, constituindo uma contribuição da psicanálise ao tratamento da psicose.

É o que a nossa paciente, em suas várias passagens pelo Hospital, parecia não nos deixar esquecer.

O que o caso nos ensina

A partir do relato do caso é possível notar que, no primeiro momento em que a paciente chega à enfermaria do IRS, ela estabelecia com o Outro uma relação em que ficava como objeto ou assumia uma posição de intensa rivalidade, em que o Outro era tido como perseguidor frente a qualquer oposição que fizesse a ela. Tais atitudes podem ser entendidas a partir da fala da paciente, que revela com exatidão sua condição: “Será que você não sabe que meu lugar é lugar nenhum?” Essa frase permite, a meu ver, entender o psicótico em sua condição de apartado de um Outro simbólico, sendo que qualquer ação do Outro pode assumir um caráter real, avassalador, do qual muitas vezes ele não consegue se proteger.

É por essa razão que, para essa paciente, as oposições que vinham do Outro, em relação aos seus pedidos, não podiam ser simbolizadas por ela. Lacan (1954-55, 1987) chamou a atenção para o jogo do fort-da como o protótipo de um trabalho de simbolização em que a ausência do Outro era possível de ser simbolizada, numa construção significante. Essa operação simbólica expressa no jogo do fort-da permite ao sujeito não ficar à mercê da ausência – presença do Outro, possibilitando a construção de uma simbolização nesse intervalo, podendo, então, localizar-se nesse ir e vir do Outro. Essa operação não ocorre na psicose, restando somente o capricho do Outro. Diante disso, cabe ao psicótico sucumbir-se a esse capricho ou destruí-lo, já que não é possível lidar simbolicamente com sua ausência. Desta forma age esta paciente: diante da oposição do Outro ela está excluída e não pode construir, simbolicamente, algo que a possibilite se localizar. Não há intervalo no qual a oposição significante possa se fazer valer. Há o real, o que resta de não simbolizável na relação com o Outro. É assim que a paciente, diante desse Outro total, depara-se com o Outro perseguidor, passando o que poderia ser um pedido, uma negociação com o Outro, para o âmbito de uma reivindicação sem fim.

Além disso, ocorrem, paralelamente, as alucinações que a invadem, fazendo com que ela viva no real de seu corpo o que ela não pode simbolizar. Da mesma forma que a oposição do Outro é vivida como um capricho, um desregramento, assim também ocorre com a demanda de um ideal feita ao psicótico. Ele pode não suportar o capricho, o desregramento de um Outro que lhe pede o que ele não pode cumprir. Foi o que a paciente demonstrou

em dois momentos distintos: quando se deparou com a demanda institucional de uma autonomia e suficiência na ordem social, expressa pela imposição de sua alta, como pôde ser identificado no relato de suas passagens pelo IRS.

O “lugar nenhum” expressa, assim, a impossibilidade de o sujeito fazer-se reconhecer pelo Outro, a não ser pela posição de objeto ou na eminência de uma relação puramente imaginária.

Assim, se a instituição fizesse valer um Outro total, deixando a paciente à mercê da demanda de seus ideais, haveria a reprodução do lugar nenhum, o que ela não cansou de nos demonstrar. Já quando era possível livrar-nos de um saber pré-estabelecido, a paciente parecia criar, no seu tempo, algum lugar, algum Outro em que pudesse se reconhecer.

Foi o que a própria paciente nos ensinou com suas atitudes e respostas a algumas intervenções. Com efeito, ela se organizou e demonstrou um certo apaziguamento diante de intervenções que lhe deram a chance de estar na linguagem, ou seja, a possibilidade de construir um Outro mais moderado, um Outro com o qual tivesse algum laço simbólico.

Mais uma vez, a partir do relato do caso, podemos delimitar alguns momentos fundamentais. O primeiro, quando Márcia ofereceu o caco de vidro à sua terapeuta e pediu para conversar; o segundo, quando respondeu à afirmação de que tinha um lugar com a construção de um local onde pudesse morar; o terceiro, quando dormiu na porta do CERSAM para não matar a irmã, indicando a invenção de um outro lugar de tratamento, quando entendeu que o hospício jamais serviu para dar um lugar aos loucos e, por fim, quando, mesmo invadida por uma vivência sem simbolização, serviu-se da linguagem para se comunicar.

Acredito que esses momentos expressam a tentativa de um sujeito psicótico na construção de um Outro mais moderado, a partir do qual possa ter um lugar onde é possível se reconhecer e se localizar em relação ao Outro. Estas tentativas, apesar de realizadas por um sujeito psicótico, parecem passar sempre pela possibilidade de construção de algum laço simbólico; isto é, de invenção de algum lugar a partir do nada, do lugar nenhum.

É o que nos diz Viganò (2002), em uma de suas conferências em Belo Horizonte. Segundo ele, o psicótico, tendencialmente, faz sempre um duplo trabalho: de se autodefender, de se autoconstruir e, depois, de tratar o Outro. No trabalho de se autodefender e de se autoconstruir, o psicótico está naquele momento que descrevemos como impossibilidade de simbolização, de troca simbólica, resultando no isolamento e na agressão. É somente quan-

do pode tratar o Outro, ou seja, estabelecer um convívio possível com o Outro, que o psicótico pode encontrar um certo apaziguamento, uma estabilidade. Neste sentido, ele trata o Outro quando encontra um lugar num mundo simbólico, quando há uma constelação, um discurso que lhe dá seu lugar.

Referências

- ALVARENGA, Elisa. Estabilizações. In: *Curinga*: Há algo de novo nas psicoses. Belo Horizonte: EBP-MG, 2000. n.14, p. 18-22.
- BENETTI, Antônio. Interpretação na psicose ou manobras da transferência? In: *Opção lacaniana*. São Paulo: [s.n.], 1996. n. 15, p. 89- 95.
- LACAN, Jacques. Secretários do alienado. I n : - - - - - *O Seminário - Livro 3: As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1988. p.235-243.
- LACAN, Jacques. *O Seminário - Livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1987.
- ROTELLI, Franco. A Instituição Inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99.
- ROTELLI, Franco et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.
- SOLER, Colette. Uma estabilização sobre transferência. In: *Estudos Clínicos*. Salvador: Ed. Fator, 1991. p. 143-149.
- TENÓRIO, Fernando. Psicanálise e reforma psiquiátrica – um trabalho necessário. In: *Coleções IPUB – Psicanálise: Pesquisa e Clínica*. Rio do Janeiro: UFRJ, 2000. v.3, p. 89-99.
- VIGANÓ, C. *Trabalho em equipe na rede: a enfermeira e a instituição parceira*. Belo Horizonte: Fhemig, 2002. Inédito.
- ZENONNI, A. Qual instituição para o sujeito psicótico? *Abre Campos - Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares*, Belo Horizonte, ano 1, n.0, p. 12-31, junho, 2000.

Psychosis treatment: the social string as an alternative to the ideal institution

ABSTRACT

After some discussions at Raul Soares Clinic Session, it was possible to reflect over the impasses of the psychosis treatment in a mental Health institution, which has as an objective a "Psychiatry Reform". If the If the ideal of social insertion and the autonomy preconceived by the reform were considered universalized, disregarding any kind of particularity, they may be, many times, inductors of a breakdown and not a reaction of stabilization in psychotics patients. Considering the case Márcia, can be demonstrated as interventions based in the institutional ideal and not in the construction of a subjectivity to permit an instability, as the agitation psychomotor and hallucinations. By this means, it is necessary to conduce the treatment precisely, disregarding the social insertion; autonomy; but, considering a social string in psychosis.

KEY WORDS:

psychosis; institutional ideal; social string; psychiatric reform; psychoanalyses.

Recebido em 30/09/2004

Revisado para publicação em 24/03/2005