

A clínica na instituição de saúde mental: restos do passado

Gabriela Rinaldi Meyer

Este trabalho pretende apresentar as dificuldades de atendimento de casos graves na instituição de saúde mental, tendo como foco a questão do encaminhamento e as conseqüências que isto tem para a clínica.

Pretendo abordar o caso de um rapaz atendido em um Centro de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro, que chegou à instituição trazendo o estigma de ser intratável. Tendo iniciado sua vida no hospital psiquiátrico ainda adolescente, seguiu sua carreira de internações sem qualquer outra forma de tratamento. Todas as vezes que foi internado nada de diferente se produziu. Este foi, durante todo esse tempo, um exemplo vivo do que representou o tratamento da loucura antes dos ventos da reforma psiquiátrica soprarem pelo Brasil.

Esse caso é exemplar da tensão que surge entre uma forma tradicional de abordagem da loucura e os caminhos possíveis que se abrem a partir da reforma psiquiátrica com os novos meios clínicos de atendimento à psicose, dentre os quais queremos destacar as contribuições da psicanálise.

Palavras-chave: Clínica, psicose, instituição, saúde mental

A clínica da psicose apresenta obstáculos à primeira vista suficientes para desencorajar os praticantes, o que fica evidente quando observamos o discurso de muitos psicanalistas colocando em dúvida sua possibilidade de realização. No entanto, são justamente estes obstáculos que a tornam instigante, constituindo-a e garantindo sua especificidade, assim como sua diferença.

A partir do caso que será examinado pretendemos pensar como o dis-positivo transferencial, fundamental para qualquer clínica, pode ser susten-tado nesta clínica específica. Constata-se que a transferência na psicose evidencia uma intensidade diferente em relação à forma como se manifes-ta na neurose. Ao se instaurar, apresenta-se frequentemente de forma ma-çã, o que certamente traz dificuldades para o trabalho clínico.

O conceito de transferência foi desenvolvido por Freud a partir da clínica da neurose, tendo sido por meio do tratamento das histéricas que ele se deparou com tal fenômeno, a princípio, imprevisto. Não cabe, no mo-mento, realizar um histórico, mesmo que seja breve, sobre a construção do conceito de transferência em Freud e Lacan, trabalho que foi realizado em outra ocasião,¹ mas sim, esclarecer do que se trata quando nos referimos à transferência na clínica da psicose, o que pretendemos realizar através do caso clínico que será apresentado ao longo do artigo. No entanto, é ne-cessário lembrar que Freud, apesar de ter criado o conceito de transferência a partir da clínica com a neurose e de ter recuado no tocante à clínica da psicose, não deixou de se referir a esta clínica em diversos trabalhos, ofe-recendo-nos uma grande contribuição ao desenvolver um importante tra-balho sobre o tema, o “Caso Schreber” (1911). Neste texto podemos encontrar a principal contribuição freudiana para o estudo das psicoses, ao romper com as concepções da psiquiatria que abordam o delírio como sin-toma patológico e introduzir uma novidade ao caracterizá-lo como uma ten-tativa de recuperação, uma reconstrução de sentido.

1. Para isto, ver: Meyer, Gabriela Rinaldi; “A clínica da psicose: Transferência e desejo do ana-lista”, tese de doutorado em Psicologia Clínica, sob orientação de Jussara Falek Brauer, de-fendida na USP em junho de 2006.

Esta nova maneira de conceber o delírio pode ser tomada como um grande passo em direção ao aprofundamento da pesquisa sobre as psicoses, o qual modifica a concepção então dominante. Ao contrário da clínica psiquiátrica, nosológica, que visa definir um diagnóstico para logo em seguida suprimir o delírio na tentativa de cura do paciente, a psicanálise inaugura outra forma de abordar a questão. Neste sentido, Freud semeou o terreno para que Lacan seguisse construindo sua teoria, desenvolvendo a clínica da psicose.

Diferentemente de Freud, Lacan partiu da psicose para introduzir-se na psicanálise, inaugurando sua entrada aí através de sua tese de doutorado “Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade” (1932), onde, por meio de um atendimento clínico, o caso “Aimée”, nome fictício de Marguerite Anzieu, desenvolveu uma teoria sobre a paranóia, ainda com alguma herança da psiquiatria, mas já a integrando aos moldes freudianos.

Lacan chama sua paciente de Aimée, que significa amada, e essa nomeação pode ser pensada como um significante, o significante da transferência, pois é o que marca a relação de Lacan *secretário* com Marguerite *sabedora*, como nos diz Allouch (1997):

A relação de Lacan com a relação de Marguerite com o saber é de um teor tal que o conduz a Freud. É uma relação que, longe de se fechar neles dois, abre-se para Freud. O jovem psiquiatra, discípulo de Clérambault, encontra na psicanálise algo como um respondente à experiência que ele acaba de viver com Marguerite (...). (p. 452)

Marguerite tocou Lacan no que diz respeito ao saber, pois ela sabia; tinha certeza. Neste sentido, ele se direcionou à psicanálise, através do encontro com o saber inventado por ela, capturado pela pergunta: o que é o saber? Foi sua tese de doutorado sobre uma psicótica que o levou a fazer a experiência da psicanálise, por meio da clínica e, portanto, da relação transferencial que aí se estabeleceu. Portanto, foi justamente a clínica com a psicose que levou Lacan à psicanálise, indicando a possibilidade de existência da transferência. Ao refletirmos sobre a transferência na psicose ficamos convictos de que seu manejo deve ser muito delicado, já que em tal estrutura a transferência se apresenta de forma maciça. O outro, a forma vedada de o Outro² se apresentar ao sujeito, aqui se apre-

2. Termo utilizado por Lacan para definir um lugar simbólico, o campo da linguagem, o tesouro dos significantes. Com essa noção, Lacan situa a questão da alteridade; o grande Outro não é o semelhante, distinguindo-se do parceiro imaginário, o pequeno outro. Foi no Seminário 2, *O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (1954-1955) que introduziu pela primeira vez o termo grande Outro, distinguindo-o do pequeno outro, deixando claro que o Outro, é de quem se trata na função da fala.

senta como o próprio Outro – presença incessantemente absoluta e invasora. É fundamental que o psicanalista escape deste lugar a fim de promover a falta no Outro através da constituição de uma metáfora delirante, de uma significação para o sujeito. Neste sentido, a relação com o saber deve se estabelecer aí de uma outra maneira para o sujeito não se sentir invadido, perseguido ou demasiado amado pelo psicanalista, sendo fundamental analisarmos de que forma o sujeito pode elaborar seu delírio.

É justamente pela crença presente no delírio de que o Outro sabe e, portanto, invade o sujeito, que, na direção clínica do trabalho com o psicótico, a posição do psicanalista como “sujeito suposto saber” deve ser repensada. Quem porta um saber nesse caso é o sujeito, já que ele tem certeza de que o Outro sabe sobre a sua vida, sobre os seus pensamentos, sobre a sua condição e, neste sentido, o persegue, o tortura, o faz refém, prisioneiro. Foi exatamente este saber delirante que se caracteriza como certeza, pois não abre “brecha” para nenhuma possibilidade de dúvida, que tocou Lacan a respeito de Marguerite, viabilizando uma direção de tratamento que colocou o discurso delirante, ou seja, o discurso do sujeito em questão, como o elemento norteador da escuta clínica. A regra no campo das psicoses é o saber como sendo inicialmente o saber do Outro, sendo a partir desse registro que a especificidade da transferência se apresenta, marcada por uma estrutura ternária: o psicótico fala ao psicanalista algo que lhe é falado pelo Outro. O psicanalista não tem outra escolha a não ser afirmar, em seu diálogo com o alienado, a posição do alienado de testemunha, de narrador do que lhe vem do Outro, exercendo a função de secretário. Mas, o que vem a ser testemunha do discurso do Outro? Como Lacan diz, no Seminário sobre *As psicoses* (1955-56):

(...) o psicótico é um mártir do inconsciente, dando ao termo mártir seu sentido, que é o de testemunhar. Trata-se de um testemunho aberto. O neurótico também é uma testemunha da existência do inconsciente, ele dá um testemunho encoberto, que é preciso decifrar. O psicótico, no sentido de que ele é, numa primeira aproximação, testemunha aberta, parece fixado, imobilizado, numa posição que o coloca sem condições de restaurar autenticamente o sentido do que ele testemunha, e de partilhá-lo no discurso dos outros. (p. 153)

O psicanalista, ao acupar o lugar de secretário, para além de afirmar a posição do sujeito de testemunha aberta do discurso do Outro, pode ajudá-lo a construir alguma amarração com isto que ele testemunha. Assim, seu papel é ativo; é um trabalho de não interpretar, mas de intervir, andar junto, construir.

O exercício clínico experimentado neste campo nos tem feito pensar sobre o lugar ocupado pelo psicanalista nesta clínica, o que nos conduziu às particularidades dessa transferência, onde observa-se que a demanda de tratamento não parte, na maioria das vezes, do sujeito, e sim do outro (semelhante). Quando é

possível ao sujeito apresentar alguma demanda, ela se mostra, em diversas situações, sob a forma de um pedido de afirmação de existência, o que coloca o psicanalista em um lugar especial, diferente do que ocorre na clínica da neurose: aquele de acompanhar o sujeito na construção de uma forma de existência que o sustente. A posição do psicanalista, assim, através de sua presença e de seu desejo, é fundamental e determinante.

O caso que será apresentado se desenvolveu numa instituição de saúde mental do Município do Rio de Janeiro, o CAPS Clarice Lispector, nascido dentro do IMAS³ Nise da Silveira. Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) surgiram a partir do movimento da reforma psiquiátrica como serviços substitutos dos hospitais psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início por volta do ano de 1978 com o movimento de denúncias, reivindicações e críticas aos maus tratos, ao desca-so e à violência determinantes no tratamento à saúde mental preponderante até então. Esse movimento terminou por alcançar repercussão nacional e, em consequência, a questão da assistência à doença mental começou a ser divulgada e debatida na imprensa e no interior de entidades expressivas da sociedade civil. A sociedade brasileira mostrou-se indignada com a violência e a falta de recursos que marcavam o tratamento dos cidadãos enfermos, de forma bastante parecida com o que ocorreu na Europa durante o pós-guerra.

Tal reforma pode ser dividida em três momentos: o primeiro caracteriza-se pelo movimento de denúncias supracitado, mais conhecido por “crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental)”. A DINSAM era um órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental e sua crise foi marcada por uma greve realizada por profissionais das quatro unidades que a compunham: Centro Psiquiátrico Pedro II; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho.

Neste momento, contextualizado a partir da conjuntura dos últimos anos do regime militar, foram plantadas as bases para a reorganização dos partidos políticos, dos sindicatos, das associações etc., crescendo os movimentos sociais de oposição à ditadura militar. Foi neste contexto que surgiu o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), assumindo papel fundamental no processo da reforma. A primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual se definiu por ser um desdobramento da oitava Conferência Nacional de saúde teve a participação fundamental do MTSM, e alguns desdobramentos importantes, como o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, onde foi construído o lema “por uma sociedade sem manicômios”. Como afirma Amarante (1998):

3. Instituto Municipal de Assistência à saúde – antigo Centro Psiquiátrico Pedro II.

É nesta trajetória que surge o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), (1987), em São Paulo, que é feita a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, com a posterior criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), (1989) ou que surge o Projeto de Lei 3.657/89. Nesta trajetória, passa-se a construir um novo projeto de saúde mental para o País. (p. 94)

Esse projeto de Lei estimulou o debate sobre a loucura em todo país e, depois de ficar muito tempo em trâmite no congresso, foi aprovada e sancionada no dia 6 de Abril de 2001(Lei 10216).

Com a Reforma Psiquiátrica muitas mudanças já foram operadas na realidade do atendimento à saúde mental no Brasil como um todo, mas muito ainda temos a construir neste sentido. A construção de uma nova política de saúde mental exige um conjunto de ações que levem em conta a cidadania e que desenvolvam formas de atendimento que respondam às necessidades da população. É neste contexto social, político e clínico que são criados os CAPS, construindo uma rede de assistência voltada para a reabilitação psicossocial e para um atenção integral e diária a uma clientela com sofrimento psíquico mais grave. A política nacional de saúde mental determina que os municípios sejam divididos em áreas programáticas, sendo que cada área deve ter a sua rede de assistência. Os CAPS têm a função de ordenadores da rede de atenção psicossocial, o que os coloca como responsáveis por toda a população de seu território, inclusive aquela que não tem indicação para ser acolhida e tratada neste dispositivo. Neste sentido cabe a eles promoverem o encaminhamento para a unidade de saúde indicada. Esta exigência de responsabilidade atribuída aos CAPS pela Secretaria Municipal de Saúde acarreta conseqüências sobre a clínica neles desenvolvida, como veremos logo adiante.

72

O caso clínico

Vítor chegou para atendimento no CAPS encaminhado pela equipe do ambulatório central do IMAS – Nise da Silveira. Inicialmente, ainda adolescente, fora acolhido pelo serviço de atendimento à infância e adolescência que se situa dentro do IMAS, onde permaneceu em tratamento por alguns anos. Ao completar 18 anos foi encaminhado para o ambulatório onde foi atendido por alguns psiquiatras e psicólogos. Todas as equipes de profissionais que estiveram à frente do caso relataram a desesperança em conseguir que Vítor se vinculasse a alguma forma de tratamento; apesar de estar há “anos” “vinculado” a tais instituições, segundo esses relatos, ele nunca efetivamente se tratou. Tal situação chegou a um ponto em que o psiquiatra e a psicóloga responsáveis por seu tratamento no ambulató-

rio encaminharam-no para o CAPS com a expectativa de estabelecer uma parceria, na tentativa de construção de alguma forma de tratamento para Vítor.

Construir alguma forma de tratamento... Essa frase nos faz pensar sobre o que isso significa no caso da psicose. Neste caso, pensamos que a construção deva partir dos possíveis caminhos indicados pelo próprio sujeito. Essa reflexão se dá num tempo posterior, tempo já de escrita do caso. Na época em que o caso nos foi encaminhado ainda não era possível fazer tal reflexão.

Vítor foi apresentado ao CAPS como um caso muito grave de heteroagressividade. Ao ser descrito como uma pessoa extremamente agressiva, manipuladora e avessa a qualquer forma de contato, ficou claro o sinal de desesperança e de pouca aposta no caso. A suposição diagnóstica descrita nos prontuários indicava uma possibilidade de transtorno de personalidade ou psicopatia. O primeiro diagnóstico de Vítor foi de esquizofrenia, aos 12 anos, por ocasião de sua chegada ao hospital; no entanto, de acordo com o histórico de tratamento, o mais recente psiquiatra responsável pelo caso, alegando as características de Vítor a partir de sua relação com o tratamento e com os profissionais responsáveis por ele, começara a supor uma possibilidade de transtorno de personalidade, considerando-no um caso “quase impossível de tratar”. Até aquele momento Vítor havia tido cerca de 20 internações – a única forma de tratamento vivida por ele, se é que podemos chamar internação de tratamento. Em todas as vezes que foi internado, nada de diferente se produzia; na maioria das vezes ele fugia ou tinha alta, mas voltava em pouco tempo a ser internado novamente. Ele foi, durante todo esse tempo, um exemplo vivo do que representou o tratamento da loucura antes dos ventos da Reforma Psiquiátrica soprarem pelo Brasil.

Ao recebermos o caso, a idéia, de imediato, foi nos unirmos à equipe do ambulatório no acompanhamento do atendimento familiar, o qual havia sido iniciado há pouco tempo. A pergunta que podemos fazer é: Por que iniciarmos o tratamento de uma pessoa via acolhimento da família? A princípio, avaliou-se que o atendimento familiar poderia ser uma das formas de aproximação a Vítor, já que a notícia que recebíamos era a de que ele não queria, de forma alguma, se tratar. Como as notícias que tínhamos sobre a família indicavam sua desestruturação, chamando a atenção, em especial, a posição da mãe, acolher o pedido de ajuda desta família pareceu fundamental como um primeiro passo. Fui designada, assim, para compor a equipe que participaria deste trabalho, assumindo o lugar de terapeuta de referência do caso.

O trabalho iniciou-se por ocasião de uma das internações de Vítor, o que propiciou que ele se aproximasse do CAPS, já que sua internação, na maioria das vezes, realizava-se em uma das enfermarias de atendimento à crise localizada no IMAS, próximo ao CAPS. O objetivo do atendimento à família era promover um lugar de escuta para os pais, a partir da relação com o filho, numa tentativa de

resgate das histórias de cada um. Com isso apostávamos que, pela fala, algo pudesse se deslocar nas relações entre eles, propiciando a abertura de novas possibilidades de existência para Vítor no seio familiar.

A partir do que foi se desenrolando nos atendimentos, foi-se percebendo a dificuldade de inserção deste filho na família e de sua convivência na casa dos pais, levando em conta a sua forma singular de estar no mundo. A relação de Vítor com o pai se definia por um afastamento, ao passo que a relação da mãe com o filho era pautada por exigências e expectativas, não reconhecendo as dificuldades e os limites do filho. Vítor respondia a isto de forma agressiva, o que fazia a mãe ter medo dele, impedindo-o de ficar em casa.

Nos momentos em que estava internado, Vítor conseguia circular pelo CAPS, colocando-se mais disponível para alguma intervenção possível, começando a participar de alguns atendimentos à família, situação que não durou muito tempo. Em algumas conversas com a terapeuta de referência, ele conseguiu dizer que queria ser ouvido, mas não junto a família, pois eles o tratavam como louco e sua mãe, mais uma vez, era a responsável por sua internação. Contou que recebeu o diagnóstico de esquizofrênico quando adolescente e que isso atrapalhou muito sua vida. Considerava tal diagnóstico um equívoco e há muito tempo lutava para revertê-lo, pedindo ajuda, inclusive, à organizações estrangeiras para quem costumava escrever cartas e mandar mensagens através da Internet. Pode-se perceber a importância da questão do diagnóstico para ele, na medida em que determina um certo lugar de existência no mundo. Existir como um esquizofrênico é insuportável para ele, então segue lutando para construir alguma forma de existência que lhe seja menos sofrida.

Vincular Vítor a algum tipo de tratamento era o nosso projeto e não o dele; seu pedido era simples: ele precisava falar sobre sentimentos, pois não tinha nada de louco, mas não queria falar disto ali naquele espaço de loucos. Esta fala de Vítor pode ser interpretada como um pedido de ajuda e poderia ter sido acolhida pela terapeuta de referência do caso. No entanto, a forma como o caso chegou ao CAPS tocou algum ponto de dificuldade da psicanalista, que não pôde acolher e escutar a fala de Vítor – isto é, a própria transferência se manifestando. Podemos pensar que tal impossibilidade que se apresentou por parte do analista foi percebida por Vítor que, apesar de demonstrar querer falar sobre seus sentimentos, afastava-se cada vez mais. Aos poucos, com muita delicadeza, fomos aprendendo a ouvir o que Vítor estava nos dizendo e criando condições dele começar a frequentar o CAPS.⁴

4. Isto pôde acontecer em um segundo tempo, após a discussão do caso e o encaminhamento para outro profissional que assumiu o lugar de técnico de referência.

É importante lembrar que no desenvolvimento da clínica, e isso não se restringe à clínica da psicose, além dos limites e aberturas do sujeito, há também a posição do psicanalista e os limites de quem pretende sustentá-la.

É fundamental, portanto, problematizar neste ponto o contexto em que se deu minha entrada no caso como terapeuta de referência no trabalho com a família, o contexto de um trabalho iniciado por uma equipe de profissionais de outra instituição. Ao refletirmos e escrevermos sobre o caso, percebemos que o significante da transferência aí é *exclusão*, já que houve uma transferência no trabalho com a família, e foi desta forma que a psicanalista foi incluída na transferência, pois já entrou no caso reproduzindo automaticamente o estigma trazido pela equipe que o encaminhou. Assim foi colocada e se colocou num lugar na transferência que se manifestou pelo traço *exclusão*, iniciando um trabalho orientado por esta marca. Este parece ser efetivamente o traço do caso: Vítor é excluído da família e do tratamento, o pai é excluído da fala da mãe e da relação com o filho; não seria possível esse traço não aparecer na clínica do caso. Tal dinâmica pertence ao caso, e justamente por isso acabou se transformando num estigma, numa marca, não permitindo que fosse atendido por todos esses anos.

De fato, no CAPS, iniciamos um atendimento deste caso via família havendo uma transferência da família com a psicanalista e com o resto da equipe. Houve, por outro lado, um desejo da psicanalista de acompanhar o caso. No entanto, a possibilidade ou não de um desejo de escuta do sujeito surgir a partir do desejo do analista foi marcada por esse traço que já apareceu na maneira como o caso foi encaminhado. O desejo do analista não é um desejo qualquer entre tantos outros. É um desejo que depende do percurso de análise do próprio analista. Por isso, Lacan indica o seu surgimento na passagem de analisante a analista, ao final de uma análise.

É importante chamar atenção para este ponto: o traço *exclusão*, na medida em que ele aponta para a suposição diagnóstica feita no momento do encaminhamento para o CAPS. Tal suposição (transtorno de personalidade) determinou o estigma de intratável, já que tais casos são considerados, muitas vezes, como de difícil acesso ao tratamento. Tal diagnóstico não se confirmou; logo de início abandonamos esta hipótese pensando tratar-se mesmo de um caso de psicose, o que não determina que o caso não seja de difícil acesso ao tratamento.

Ao assumir um lugar de atendimento no caso me propus a enfrentar o que já se apresentava como um desafio diferente dos outros casos com os quais me deparei até aquele momento. Iniciou-se, assim, um trabalho marcado pela descrença, o que a princípio não foi suficiente para definir uma desistência, pelo contrário. Insisti e, na medida em que fui trabalhando minhas questões em supervisão e em análise pessoal, pude estabelecer um investimento no caso. No entanto, se, por

um lado, ao trabalhar meus receios em supervisão e em análise pessoal, consegui abrir algumas possibilidades de trabalho com este caso, por outro, fui me dando conta de que cada vez acreditava menos na possibilidade de Vítor fazer algum tipo de laço transferencial. Acredito que no trabalho com psicóticos e com suas famílias, respectivamente, são necessários um grande investimento e uma aposta, uma crença na possibilidade de que algo possa vir a se mover, e se redirecionar. A delicadeza e o cuidado na apresentação de um caso a ser encaminhado para outra equipe é fundamental para a posterior condução do mesmo. Esse é o ponto importante a ser problematizado, pois é onde se dá o cruzamento entre o que é da esfera institucional e o que é da esfera de um trabalho individual do psicanalista na instituição de saúde mental.

Esse caso é emblemático da tensão que surge entre essas duas esferas, pois demonstra como a instituição pode atravessar o trabalho do psicanalista, definindo precocemente quem vai atender o caso e como se dará a escuta deste, apresentando-o de forma estigmatizada, fechando portas para a escuta do analista e para um possível trabalho clínico.

Foi um caso atendido por duas equipes em parceria (a equipe do ambulatório central do IMAS e a equipe do CAPS). Ao estar na posição de referência do caso, a psicanalista assumiu um lugar responsável por escutar o discurso da família e de Vítor; no entanto, a disponibilidade e a possibilidade de investimento foram abaladas pelo estigma trazido pela instituição em relação a Vítor. Foi com base num amplo trabalho de análise pessoal e de supervisão pessoal e em equipe que foi possível à analista se dar conta de que o que se apresentava ali era um limite clínico, um limite colocado pelo contexto em que o caso chegou ao CAPS. Houve um mal-estar por parte da analista que, ao invés de perpetuar a repetição, provocou uma reviravolta no atendimento do caso, ao fazer uma intervenção, um ato, o ato de sair do caso e encaminhá-lo para outro profissional que assumiu o lugar de referência. Neste momento, se deu uma interrupção do processo que vinha se desenvolvendo até então em relação ao caso Vítor e, ao invés de levar adiante a descrença, pela primeira vez, em anos, o caso pôde ser visto de outra forma. O ato de sair do caso, entretanto, não ocorreu sem um trabalho de elaboração e de reflexão junto à equipe, e foi isto que propiciou o posterior avanço do mesmo. A experiência vivida aí aponta para os limites da clínica, e falar dos limites é importante para a realização da própria clínica.

76

Referências

AMARANTE, P. *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

ALLOUCH, J. *Marguerite ou a "Aimée" de Lacan*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

FREUD, S. (1893-95). Estudos sobre a histeria. In: *Edição Standard Brasileira de Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. II.

_____. (1911). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia – caso Schreber. In: *Edição Standard Brasileira de Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

LACAN, J. (1955/1956). *O seminário. Livro 3. As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1987.

_____. (1964). *O seminário. Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____. (1960/61). *O seminário. Livro 8. A transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

Resumos

77

Ese artículo tiene la intención de presentar las dificultades de la atención de casos graves en instituciones de tratamiento psiquiátrico, destacando el encaminamiento y sus consecuencias para la atención clínica.

Mi intención es abordar el caso de un joven rapaz atendido en una institución de salud mental en Rio de Janeiro, quien llegó a dicha institución con el estigma de intratable. Dicho rapaz ha empezado su vida en un hospital psiquiátrico cuando era adolescente, y tuvo una historia de internaciones sin ningún otro tratamiento. Él nunca recibió un tratamiento específico en todas las veces que fue internado. Ese fue, durante mucho tiempo, el ejemplo de cómo la locura era tratada antes de que los aires de la reforma psiquiátrica hayan soplado en Brasil.

Ese caso es un ejemplo de la tensión entre la forma tradicional de abordar la locura y los caminos posibles abiertos después de la reforma psiquiátrica con los nuevos medios de atención clínica a la psicosis, entre los cuales, destacamos la contribución de la psicoanálisis.

Palabras claves: Atención clínica, psicosis, institución, salud mental

Cet article vise à présenter les difficultés de la prise en charge de cas sévères au sein de l'institution de santé mentale, en s'attachant à la question de l'acheminement et des conséquences que cela porte pour la clinique.

J'ai l'intention d'approcher le cas d'un jeune homme assisté à un Centre de prise en charge psychosociale de Rio de Janeiro, qui est arrivé à l'institution en amenant en lui l'estigmate d'être "un-soignable". Ayant commencé sa vie dans un hôpital psychiatrique encore adolescent, il a suivi sa carrière d'internations sans aucune autre forme de traitement. A chaque fois qu'il a été interné rien de différent ne se produisait. Il a été, tout au long de ce temps, un exemple vivant de ce qui a été le traitement de la folie avant que les vents de la réforme psychiatrique n'aient encore soufflé sur le Brésil.

Ce cas est paradigmatique de la tension qui surgit entre l'approche traditionnelle de la folie et les possibilités qui s'en déploient à partir de la réforme psychiatrique avec de nouveaux moyens cliniques pour aider la psychose, dont nous soulignons la contribution de la psychanalyse.

Mots clés: Clinique, psychose, institution, santé mentale

This paper at presenting the challenges of managing severe cases of mental illness, focusing on the assessment of such cases and its consequences on clinical practice.

My intention is to approach the case of a young man in Rio de Janeiro who, when first admitted to a municipal health center, was considered untreatable. He first entered a mental institution as a teenager, and was repeatedly admitted and released without ever receiving any other treatment. None of these hospitalizations produced any different outcomes. This situation is an example of how Brazil treated insanity until the winds of psychiatric reform reached the country.

This case-study is an example of the tension between the traditional approach to insanity and the possibilities created after psychiatric reform with new clinical approaches to psychosis, among which we highlight the contributions of psychoanalysis.

Key words: Clinical practice, psychosis, institution, mental health

Citação/Citation: Rinaldi, G. A clínica na instituição de saúde mental: restos do pasado. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 67-79, nov. 2009.

Editores do artigo/Editors: Prof. Dr. Henrique Figueiredo Carneiro e Profa. Dra. Jônia de Vilhena

Recebido/Received: 10.6.2009/6.4.2009 **Aceito/Accepted:** 26.7.2009/7.26.2009

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados/ this is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited

Financiamento: O autor declara não ter sido financiado ou apoiado/The author has no support of funding to report.

Conflito de interesses: O autor declara que não há conflito de interesse/The author declares that has no conflict of interest

GABRIELA RINALDI MEYER

Psicanalista; Mestre em Teoria Psicanalítica pela UFRJ; Doutora em Psicologia Clínica pela USP; Pós-doutoranda no Laboratório de Psicopatologia Fundamental do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Rua Vicente Pólito, 61/casa – Vila Madalena

05433-050 São Paulo, SP, Brasil

Fone: (11) 2157-1521

e-mail: gabriela.rinaldi@gmail.com