

Considerações psicanalíticas sobre o imperativo da inclusão social em serviços substitutivos de cuidado a psicóticos*

Renato Jesus A. de Praga Palma
Júlio Eduardo de Castro

O que ampara este artigo é a necessidade de especificar alguns aspectos clínicos elementares que sustentam a clínica psicanalítica da psicose. Dentro dessa linha de pesquisa, o discurso psicanalítico se apresenta como um lugar possível para questionar o modelo de reabilitação psicossocial, para o tratamento da psicose, adotado pelo movimento de reforma psiquiátrica. Analisaremos os métodos de tratamento utilizados pela psiquiatria clássica e pelo movimento de reforma psiquiátrica para, então, confrontá-los com a proposta da clínica psicanalítica. Com isso, buscaremos focalizar a especificidade da clínica psicanalítica como uma clínica do sujeito, em contraposição a uma terapêutica no nível da coletividade.

Palavras-chave: Psicose, Reforma Psiquiátrica, clínica psicanalítica, inserção social

* Este artigo foi extraído do trabalho de iniciação científica de Renato J. A. de Praga Palma, intitulado “Clínica da psicose: um para-além das reformas psiquiátricas”, desenvolvido no Núcleo de Pesquisa e Extensão em Psicanálise – NUPEP – da Universidade Federal de São João del-Rei (São João de-Rei, MG, Brasil), no período de agosto de 2008 a julho de 2009, em parceria com o orientador Prof. Dr. Júlio Eduardo de Castro.

Após a Segunda Guerra Mundial, iniciou-se na Europa um movimento de contestação que tinha por finalidade questionar a prática do tratamento psiquiátrico vigente. Foi nesse momento histórico que a Europa viu surgir um movimento de luta antimanicomial, o que culminou em um processo de reforma psiquiátrica. O modelo propunha o tratamento da loucura segundo as diretrizes de uma política que negava a lógica manicomial anterior e que buscava promover um modelo de atendimento que visava à inclusão social do louco.

Se levarmos em conta que o surgimento da psiquiatria clássica, juntamente com os seus métodos empregados, fez parte de um contexto sociopolítico específico, ou seja, que a demanda sociopolítica da época viabilizou o nascimento da psiquiatria, devemos enfatizar que, do mesmo modo, a reforma psiquiátrica também faz parte de um processo que é fruto de um contexto social e político particulares.

Diante disso, procuraremos focar, a partir de uma descrição histórica, como o “discurso inclusivo” foi apropriado pelo movimento de reforma psiquiátrica, além de buscarmos focalizar o seu aspecto psicossociológico e algumas de suas inconsistências clínicas. Para isso, utilizaremos como metodologia de análise as considerações psicanalíticas de Freud e de Lacan acerca da psicose. Diante do referencial psicanalítico, iremos analisar diferentes dimensões de intervenção social, institucional e individual.

Do modelo asilar-manicomial da psiquiatria clássica às práticas contemporâneas de reabilitação psicossocial

O modelo asilar-manicomial sustentou as práticas exclusionais e dominou as formas de atendimento psiquiátrico no século XIX até meados do século XX. E quando afirmamos que a reforma psiquiátrica foi derivada de um contexto social e político específico, buscamos dizer que o discurso que propunha a inclusão social do louco só era válido por pressupor a relação histórica da loucura com a exclusão.

A psiquiatria clássica é definida, segundo Sá, como um modelo terapêutico que possuía poucos elementos de intervenção, visto que ela se pautava apenas na tentativa de catalogar os tipos de doenças (taxonomia) e no trabalho de realizar um tratamento físico-moral do insano voltado para a precaução social. No ideário da psiquiatria clássica, o ambiente físico e social não exercia influência apenas para o aparecimento da patologia, mas também para o tratamento da subjetividade. Assim, “... se o ser humano se molda a partir de sua história com o ambiente, a manipulação deste ambiente pode proporcionar a modelagem da subjetividade” (Sá, 2003, p. 160). E tal modelagem só poderia ser realizada se fosse construído um ambiente padronizado e disciplinar.

Uma outra característica que aproximou a psiquiatria clássica do método disciplinar remonta às razões econômicas e ao temor de que as doenças e as epidemias pudessem ser propagadas. Assim, antes de exercerem uma função curativa, os médicos desempenhavam uma atitude preventiva voltada para a sociedade. E, para prevenir, eles instauraram um poder/saber sobre o corpo do insano, tornando-se agentes de um domínio coercitivo. É importante ressaltar que as técnicas de coerção empregadas pelos médicos tinham como referencial os padrões de comportamento definidos pela sociedade, o que fazia do internamento um lugar de ajuste dos insanos a esses modelos de conduta. Mas como as instituições e o Estado não podiam declarar a forma violenta como se relacionavam com essa parcela da população, eles se ampararam em um saber médico-científico para justificar a necessidade da exclusão. Todo o saber médico-científico, estabelecido nos hospitais psiquiátricos da época, buscava legitimar a necessidade de ajustar os inadaptados à norma social.

A “consciência médica” do século XIX ergueu todos os seus critérios de doença pautando-se num ideal de “homem normal”. Entretanto, Foucault (1972) reitera que essa concepção é, antes de tudo, uma criação social. Ao considerar o insano como um indivíduo que foge a esse ideal, instaurou-se uma relação de domínio da razão sobre a loucura. Isso pôde ser evidenciado no momento em que as responsabilidades dos insanos passaram a ser decididas pelas instituições nas quais eles estavam inseridos.

Entretanto, de acordo com a perspectiva psicossociológica, as instituições deveriam proteger o homem e possibilitar a sua individuação. Amparado nesse posicionamento, Bleger (1984) critica o modelo clássico de atendimento psiquiátrico e afirma que as instituições dessa época não estariam voltadas à manutenção do bem-estar humano, mas que elas estariam a serviço do Estado, difundindo o controle exercido por ele. Bleger argumenta que o discurso que tinha como propósito curar os doentes mentais mascava outro objetivo, amparado na autoridade coercitiva e no aprisionamento institucional.

Franco Baságli, Ronald Laing e David Cooper fizeram parte da corrente que se contrapunha a esse tipo de tratamento. Eles promoveram uma crítica não apenas ao modelo médico da época, mas principalmente uma crítica social. Segundo os aderentes da reforma psiquiátrica, o modelo de atendimento não deveria se amparar exclusivamente no bem-estar social, e sim possibilitar a individuação humana. Desse modo, seria necessário desestruturar o sistema institucional vigente, pois, ao utilizar o procedimento disciplinar voltado para a precaução social, os hospitais eram vistos como instituições que favoreciam a exclusão social e que impediam que os internos se livrassem da doença. Acreditava-se que, além de ser uma instituição repressiva e centralizada, o manicômio impossibilitava que os doentes mentais formassem laços sociais. Assim, as casas de internação passaram a ser analisadas pelo seu caráter iatrogênico, visto que elas contribuíam para a cronificação da doença.

Para Baságli (1979), a recriminação social impossibilitava que o louco usufrísse os seus direitos de cidadão. Diante disso, ele buscou resgatar a cidadania dos internos, requerendo a abertura e a descentralização dos hospitais psiquiátricos. Para tal, ele procurou transformar os manicômios em comunidades terapêuticas, buscando oferecer serviços substitutivos – como serviços assistenciais regionalizados, unidades de saúde, pronto-atendimentos, ambulatórios e oficinas terapêuticas, recursos comunitários, dentre outros – que serviriam como um ambiente de passagem para a posterior inserção do doente mental na comunidade.

Portanto, com o movimento de reforma psiquiátrica, procurou-se não mais intervir no corpo doente, uma vez que o enfoque terapêutico deslocou-se de uma análise orgânica da doença para uma outra análise, que passou a considerar o transtorno mental como produto das características sociais. Ao considerar que era a partir da influência do meio social que se poderia promover a saúde mental, acreditava-se que a inclusão iria possibilitar o tratamento dos insanos. Isso resultou no remodelamento do sistema vigente, com fins a uma humanização das formas de tratamento. Em virtude desse movimento, o poder disciplinar exercido no modelo clássico de atendimento psiquiátrico deslocou-se para dois outros objetivos: o da promoção da saúde mental e o da reinserção social.

A reforma psiquiátrica: um movimento psicossocial

Como um movimento psicossocial no campo da saúde pública, a reforma psiquiátrica surgiu como a tentativa de uma reeducação social do insano. A proposta se consolidou em uma lógica que negava a consciência social do século

XIX sobre o louco, que se firmava na junção do “sujeito juridicamente incapaz e do homem como perturbador do grupo” (Foucault, 1972, p. 131). Contrapondo-se a esta lógica, o modelo proposto visava, por um viés social, a reabilitação dos insanos, chamando-os a adentrar no campo ocupacional e, por um viés jurídico, reconhecê-los como sujeitos de direito, de direito à cidadania. Mas cabe ressaltar que a proposta de reeducação social resultou em uma exigência de adequação dos insanos aos modos propostos pelo todo social. Diante disso, é oportuno questionar a qual propósito a demanda de inclusão veio responder: ao desejo que parte do sujeito, que está livre para aceitar ou não a demanda de inclusão, ou, como na psiquiatria clássica, ao desejo do Outro¹ social, agora circunscrito sob a forma de um discurso reformador?

Dunker e Kyrillos Neto (2004) advertem que a questão da alienação ao discurso social se mostra presente no imperativo da inclusão. Em seu tratamento, o insano se aliena a um discurso que provém de fora, emanado pelo trabalhador em saúde mental; é este quem decide o que é e o que não é inclusivo. É nesse sentido que a proposta inclusiva é psicossociológica e não clínica, uma vez que ela mantém a posição de poder aos agentes da cena enunciativa e se distancia da demanda subjetiva. Consoante esses autores, na demanda de inclusão, a patologia não é definida segundo o sofrimento psíquico particular, e sim conforme a posição de classe que o louco ocupa, evidenciada historicamente pela exclusão social. A proposta psicossociológica é demonstrada em uma das passagens do discurso basagliano. Segundo ele, “(...) não se cura o doente com subjetividade, mas se cura na volta ao círculo produtivo” (Baságli, 1979, p. 93). Desse modo, a demanda de cura é interpretada como uma demanda social, e a crítica ao modelo anterior de exclusão se transforma em um imperativo de inclusão. Mas Dunker e Kyrillos Neto (2004) indicam que “nem sempre a promessa formulada corresponde a um pedido prévio do usuário” (p. 122). Diante disso, como lidar com pacientes que recusam o imperativo da inclusão e os serviços oferecidos pela nova proposta? Considerou-se a demanda subjetiva de tratamento, sempre contingente, para a apropriação desse discurso? De que maneira lidar, por exemplo, com pacientes psicóticos que manifestam suas formações delirantes como tentativas de construção de um saber que lhes ofereça um posicionamento

1. No seminário *O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (1954-1955), Lacan formulou o conceito de “grande outro” (representado pelo “o” maiúsculo) remetendo-o ao campo da linguagem, ao código, ou seja, ao outro que remete ao campo simbólico, campo esse articulado para além do sujeito, visto que ele se refere a toda estrutura social e cultural que o circunda.

perante o mundo e perante o outro, mas que não necessariamente deva ir de acordo com os ideais e os modelos sociais?

Frete à demanda de inclusão social do louco, evidenciamos que o enfoque clínico de tratamento individualizado, fundado na especificidade da relação do sujeito com o seu desejo e com suas formas de gozo, foi negligenciado. As manifestações subjetivas, como o delírio psicótico, ficaram à margem diante do discurso psicossociológico de inclusão, discurso esse que apreendeu a loucura apenas por meio da antinomia exclusão/inclusão. Foi apenas por associá-la historicamente à exclusão que a inclusão tornou-se um imperativo.

A clínica psicanalítica da psicose

Ao analisarmos a proposta psicossociológica e a clínica psicanalítica da psicose, afirmamos que ambas exibem propostas e fundamentos teóricos divergentes. Enquanto a reforma psiquiátrica, amparada no modelo psicossociológico, defende uma mudança que deva ocorrer na estrutura e nos princípios sociais, buscando fornecer serviços que promovam a inserção social, a psicanálise se ampara na clínica do sujeito, clínica essa que, mesmo ao abordar o singular e ao não visar uma terapêutica no nível da coletividade, não deixa de trazer consequências e influências para o laço social. Ao dizer que o Outro estabelece um papel fundamental na constituição do sujeito, Lacan nos faz lembrar que ele, esse sujeito, traz sempre consigo mal-estares relativos à sua relação com esse Outro e, conseqüentemente, com o laço social.

No caso da psicose, Lacan afirma que o sujeito também mantém uma relação com o Outro, mas uma relação específica, pois, no processo de constituição do sujeito psicótico, o significante que remete à instauração da lei e que circunscreve as relações sociais, chamado de Nome-do-Pai, está forcluído.²

A não incidência do Nome-do-Pai no campo do Outro é o que confere à psicose a sua condição essencial (Lacan, 1958), fazendo com que o Outro da psicose seja análogo ao Outro do primeiro tempo do complexo de Édipo, quando a criança se vê identificada ao objeto de desejo do Outro, “(...)

2. Lacan retirou a palavra forclusão do vocabulário jurídico francês *forclusion* e a propôs como tradução para a palavra alemã usada por Freud (*Verwerfung*) para se referir ao mecanismo psicótico. Quando se diz que um processo está forcluído, quer-se dizer que o seu prazo de apelação expirou, o que resulta na não incidência da lei.

assujeitada aos caprichos daquele de quem depende” (Lacan, 1957-1958, p. 195). Assim, para Lacan, o Outro na psicose se apresenta como não barrado, como total e, portanto, invasivo para o sujeito, o que circunscreve um modo de gozo heteróclito, estranho ao social – gozo do Outro, segundo Lacan.

A incidência do Nome-do-Pai, que supõe um “gozar de acordo com a lei” e que culmina em um sacrifício do gozo, é inexistente na psicose, o que faz do sujeito objeto de gozo do Outro. Não há uma operação que insira o “mais gozar” nas redes da metaforização e, por isso, o gozo psicótico permanece localizado no Outro, nos significantes não articuláveis (Maleval, 2002). Dessa forma, a palavra se presentifica na psicose como que provinda de fora, fazendo com que o sujeito seja falado pelo Outro: “(...) se trata de uma mensagem que não provém de um sujeito para além da linguagem, mas de uma fala para além do sujeito” (Lacan, *Ibid.*, p. 581).

É a partir da operação de castração do sujeito e, correlativamente, do Outro que podemos pensar na instauração de uma lei simbólica e na circunscrição das relações sociais. Em outras palavras, é a partir da inclusão do Nome-do-Pai no campo do Outro que há a estruturação de um discurso e a decorrente constituição de um laço social. Desse modo, a forclusão do significante Nome-do-Pai resulta na não entrada do sujeito no discurso e, por conseguinte, na sua não inserção ao laço social. Quinet (2006) define os laços sociais como formações discursivas que permitem cifrar o gozo do Outro por meio do simbólico. Mas a não incidência do Nome-do-Pai no campo do Outro reflete um gozo deslocalizado do social, não enquadrado pelas redes simbólicas, o que faz do psicótico um sujeito situado “fora do discurso” social.

Assim, é pelo fato de o sujeito psicótico funcionar fora dos padrões e dos modelos sociais que questionamos quais seriam as implicações da exigência de inclusão proferida pelo discurso antipsiquiátrico. Indo mais além, é pelo fato de a psicanálise dar valor à fala do sujeito, ao abordar o seu desejo e os seus modos de gozo, que questionamos se o imperativo da inclusão do excluído também não é um discurso que segrega, que aliena o sujeito a um ideal preestabelecido e que visa a adaptação do sujeito a esse ideal.

Apesar de a psicose ser considerada por Freud uma das impossibilidades do tratamento psicanalítico, podemos afirmar que ele formulou, desde os seus escritos pré-psicanalíticos, uma teoria da psicose independente da concepção organicista que dominava as correntes psiquiátricas do final do século XIX e, posteriormente, da concepção psicossociológica da psiquiatria contemporânea. Segundo Freud (1895), por haver um mecanismo de defesa que visava diminuir a carga de afeto de qualquer representação que colocasse em risco o equilíbrio

do eu, a paranoia³ deveria ser considerada como um processo eminentemente intrapsíquico.

Com a tentativa de indicar a preponderância do fator psicogenético na estruturação da paranoia, Freud (1911), ao escrever o seu artigo sobre Schreber, destituiu a afirmativa psiquiátrica de que o delírio seria uma manifestação patológica que deveria ser curada pela sua extração e assegurou a importância do delírio como tentativa de restabelecimento. Ele, no entanto, passou não mais a considerar o delírio, tal como nos seus escritos pré-psicanalíticos, como uma ideia que emergiria na consciência no lugar de uma outra recalcada, o que nos dá a impressão de uma não implicação do sujeito na constituição do seu delírio, mas passou a abordá-lo, em contrapartida, como um trabalho de elaboração do sujeito na tentativa de dar uma explicação e, até mesmo, um sentido para as sensações, nomeadas por Lacan (1955-1956), de “fim de mundo” e de “corpo despedaçado”.

O paranoico constrói-o [o seu mundo] de novo, não mais esplêndido, é verdade, mas pelo menos de maneira a poder viver nele mais uma vez. Constrói-o com o trabalho de seus delírios. A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução. (Freud, 1911, p. 94)

82

E foi por apreender o delírio como uma formulação subjetiva, como uma tentativa de construção de um saber pelo sujeito psicótico, que Freud (1911) afirmou que o psicanalista deveria se “aprofundar mais nos pormenores do delírio e na história de seu desenvolvimento” (p. 33). Para ele, seria unicamente por meio do discurso delirante que o paranoico poderia restaurar a sua realidade psíquica, como vimos, forcluída. Assim, diferentemente do neurótico que, pelos investimentos direcionados ao analista, permite que esse último sustente a posição de suposto saber, na psicose, o analista deve localizar-se na posição de suposto não saber, de “secretário do alienado”, segundo Lacan, para desse modo possibilitar as construções delirantes do sujeito. O delírio é um saber autoconstruído, realizado pelo próprio sujeito, o que faz com que nenhuma instituição, que se posicione no lugar do Outro, possa responder ao delírio.

O não saber psicótico, isto é, o vazio enigmático no lugar da significação, evidenciado pelo posicionamento de estranheza e perplexidade⁴ que o psicótico

3. Os seus primeiros trabalhos sobre a psicose datam de 1895 e são relativos aos estudos da paranoia (Simanke, 1994).
4. O posicionamento de estranheza e perplexidade é indicado pelo nome de “fenômenos elementares”. Eles correspondem aos fenômenos de automatismo mental, como a irrupção de vozes; aos fenômenos de automatismo corporal, evidenciados pelas sensações de estranheza ou

adota perante o mundo, é devido, segundo Lacan, à inexistência do Nome-do-Pai. Quando esse significante se mostra ausente, isto é, quando ele não advém com a função de metaforizar o desejo do Outro, não há a formação de uma cadeia significante, não há o surgimento de um significante dois (S_2) que busque fornecer retroativamente um saber a outro significante (S_1). Em decorrência da inexistência de um segundo significante, que interprete o primeiro e que engendre uma significação, surge, em seu lugar, um enxame de S_1 , ou seja, emanam significantes sozinhos, fora da cadeia e, por conseguinte, ausentes de significação; o que faz com que o sujeito psicótico seja afetado pelo significante na sua mais pura literalidade.

E a certeza delirante se apresenta como uma tentativa de fornecer um saber a S_1 , não aquele regulamentado pelas normas sociais, e sim um saber que se impõe pela via delirante. O delírio surge, então, como um trabalho de elaboração subjetiva na tentativa de suprir o Nome-do-Pai que lhe falta. E é por meio dessa suplência que o sujeito na psicose tenta coordenar o gozo do Outro que o invade.

Assim, as elaborações delirantes adviriam aí como um ensaio de metaforização, como criação de uma “metáfora delirante” única, por meio da qual o sujeito referenciaria seu saber (delirante) ao gozo do Outro, até então sem sentido. Dessa forma, a metáfora delirante ocorreria com a função de amarração, de atamento entre significante e significado, permitindo ao sujeito fornecer uma significação aos seus significantes desarticulados e, conseqüentemente, restaurar a sua realidade psíquica.

E ao abordar o delírio como uma manifestação subjetiva, que não necessariamente esteja em consonância aos princípios socionormativos que se impõem como regra, norma ou alguma máxima válida para todos, Freud realçou a importância de dar valor à singularidade de cada fala. Isso nos fez contrapor a clínica da psicose às formas de tratamento pautadas em classificações apriorísticas sobre o sujeito, atribuídas pela perspectiva médico-psiquiátrica, e por demandas simbólicas preconcebidas, conferidas pela perspectiva psicossociológica.

Conclusão

Destacamos a importância da reforma psiquiátrica como paradigma terapêutico, pois, ao recusar as antigas formas de tratamento-padrão, ela

desmembramento do próprio corpo; e aos fenômenos concernentes ao sentido e à verdade, caracterizados por expressões de sentido ou significação pessoal (Miller, 1997).

vislumbrou uma dimensão particular do psicótico na sua relação com o outro. Com essa visão, a reforma psiquiátrica partiu de estratégias psicossociais que possibilitariam ao sujeito construir respostas singulares por intermédio da formação de laços sociais. No entanto, a teoria psicanalítica questiona a terapêutica antipsiquiátrica ao afirmar que não é necessariamente por um incentivo social que haverá um trabalho feito sobre o delírio, mas, ao contrário, é a partir de uma elaboração subjetiva, construída peculiarmente por meio dos delírios, que poderá haver a formação de uma suplência ao laço social não feito.

O que se observa com as reformas instituídas no campo da psiquiatria é que elas deixaram, em segundo plano, a diferença, a particularidade e, conseqüentemente, o delírio enquanto manifestação subjetiva. Assim, o sujeito psicótico, por funcionar fora dos padrões e dos modelos sociais, sempre é invocado a ocupar um lugar conforme as normas estabelecidas por representantes do Outro, sejam pessoas ou instituições. É o que Soler (2007) precisa ao afirmar que os deveres convocados pelo Outro sempre se regem pela interdição que limita, pelo ideal que dita as maneiras corretas de gozar e pelo imperativo que obriga.

Em contrapartida, foi por considerar que haveria um núcleo de verdade no discurso delirante que Freud se distanciou de qualquer modelo terapêutico fundamentado em normas preestabelecidas. Pela sua recomendação de que o psicanalista deveria se aprofundar no discurso delirante, concluímos que a ética da psicanálise, no tratamento da psicose, deve se fundamentar no desprendimento de princípios normativos e preconcebidos que possam ser empregados a todos e de forma única ou padrão.

Assim, a psicanálise sustenta uma posição antagônica às nosografias sustentadas no discurso do mestre, discurso esse que aliena o sujeito ao saber do Outro. Ela assevera que é por meio de uma escuta sustentada no “fora do discurso” social e na não estandardização do tratamento que poderá ser aberta a possibilidade de abordar o sujeito psicótico como alteridade, para que desse modo ele possa construir, subjetiva e autorreferenciadamente, uma suplência ao laço social inexistente.

Referências

BASÁGLIA, F. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BLEGER, J. *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

DUNKER, C. I. L. & KYRILLOS NETO, F. Sobre a retórica da exclusão: a incidência do

discurso ideológico em serviços substitutivos de cuidado a psicóticos. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 24, n. 1, p. 116-125, 2004.

FOUCAULT, M. (1972). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1993.

FREUD, S. (1895). Manuscrito H. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. I.

_____. (1911). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XII.

LACAN, J. (1958). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1954-1955). *O seminário. Livro 2. O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

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

_____. (1957-1958). *O seminário. Livro 5. As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

MALEVAL, J. C. *La forclusion del nombre del padre: el concepto y su clínica*. Buenos Aires: Paidós, 2002.

MILLER, J. A. Discurso do método psicanalítico. In: *Lacan elucidado: palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

QUINET, A. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

SÁ, C. G. Da patologização da loucura à domesticação do sujeito: uma leitura do esquadramento da subjetividade moderna na perspectiva de Foucault. 2003. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Brasília, Brasília.

SIMANKE, R. T. *A formação da teoria freudiana das psicoses*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

SOLER, C. *O inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

Resumos

This article describes elementary factors that support the psychoanalytic clinic of psychosis. The psychoanalytic discourse is presented as a means of questioning the psychosocial rehabilitation model for treating psychosis, as it has been adopted in

the Brazilian psychiatric reform movement. We analyze the methods of treatment used by classical psychiatry and by this psychiatric reform and compare them with the proposal of the psychoanalytic clinic. We thus identify the specificity of psychoanalytic clinic as being clinical subjectivity, as opposed to therapeutics directed to the community.

Key words: Psychosis, psychiatric reform, psychoanalytic clinic, social inclusion

Cet article cherche à identifier certains aspects cliniques de base qui sous-tendent la pratique clinique de la psychose. Dans cette ligne de recherche, le discours psychanalytique se présente comme un lieu qui permet de questionner le modèle de réhabilitation psychosociale visant le traitement de la psychose qui a été adopté par le mouvement de la réforme psychiatrique. À cette fin, nous analysons les méthodes de traitement utilisées non seulement par la psychiatrie classique, mais aussi par la réforme psychiatrique, puis les comparons au modèle de la clinique psychanalytique. Nous cherchons ainsi à situer la spécificité de la clinique psychanalytique comme une clinique du sujet par opposition à une thérapeutique au niveau de la collectivité.

Mots clés: Psychose, Réforme Psychiatrique, Clinique Psychanalytique, Insertion Sociale

86

Lo que este trabajo busca es señalar algunos aspectos clínicos elementales que sustentan la clínica psicoanalítica de la psicosis. Dentro de esa línea de investigación, el discurso psicoanalítico se presenta como un lugar posible para cuestionar el modelo de rehabilitación psico-social para el tratamiento de la psicosis adoptado por el movimiento de reforma psiquiátrica. Vamos a revisar los métodos de tratamiento utilizados por la psiquiatría clásica y por el movimiento de la reforma psiquiátrica, para después confrontarlos con la propuesta de la clínica psicoanalítica. Así, buscaremos situar la especificidad de la clínica psicoanalítica como una clínica del sujeto en contraposición a una terapéutica en el nivel de la colectividad.

Palabras clave: Psicosis, Reforma Psiquiátrica, clínica psicoanalítica, inserción social

Citação/Citation: PALMA, R. J. A. DE PRAGA; CASTRO, J. E de. Considerações psicanalíticas sobre o imperativo da inclusão social em serviços substitutivos de cuidado a psicóticos. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 75-87, maio de 2010.

Editores do artigo/Editors: Prof. Dr. Henrique Figueiredo Carneiro, Profa. Dra. Junia de Vilhena e Profa. Dra. Ana Cecilia Magtaz.

Recebido/Received: 16.11.2010/11.16.2010 **Aceito/Accepted:** 25.02.2010/02.25.2010

Copyright: © 2010 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/Funding: Os autores declaram não ter sido financiados ou apoiados/The authors have no support of funding to report.

Conflito de interesses/Conflict of interest: Os autores declaram que não há conflito de interesse/The authors declare that they have no conflict of interest.

RENATO JESUS A. DE PRAGA PALMA

Psicólogo graduado pela Universidade Federal de São João del-Rei (São João Del-Rei, MG, Brasil); pós-graduando em Psicanálise e Saúde mental pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (Rio de Janeiro, RJ, Brasil).

Rua Jardim Nirvana, 223 – Palmela
37470-000 São Lourenço, MG, Brasil
e-mail: renatopalma@hotmail.com

JÚLIO EDUARDO DE CASTRO

Psicanalista; doutor pelo Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Brasil); professor adjunto do Departamento das Psicologias da Universidade Federal de São João Del-Rei (São João Del-Rei, MG, Brasil).

Praça Dom Helvécio, 74 – Dom Bosco
36301-160 São João del-Rei, MG, Brasil
e-mail: julioecastro@mgconecta.com.br