

A CLÍNICA PSICANALÍTICA DAS PSICOSES: CARACTERÍSTICAS DO MANEJO

THE PSYCHOANALYTIC CLINIC OF PSYCHOSIS: MANAGEMENT ASPECTS

LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA DE LAS PSICOSIS: CARACTERÍSTICAS DEL MANEJO

Álvaro da Silva Santos¹
Henrique Breviglieri²
Rodrigo Euripedes da Silveira³

Resumo

O presente estudo é qualitativo e descritivo, com objetivo de compreender as principais características do manejo clínico psicanalítico das psicoses. Foram utilizadas entrevistas audiogravadas e a interpretação se deu por análise temática, tendo como base as teorias freudiana, bioniana e lacaniana e o confronto com produções pertinentes a partir de 2010. Considerou-se como questão norteadora: Quais as principais características do manejo clínico psicanalítico das psicoses? Participaram quatro psicanalistas com experiência em atendimento junto a pacientes de estrutura psicótica. Foram criadas cinco categorias, a saber: Particularidades do trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica; Progressos do trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica; Limites/desafios do trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica; Dificuldades frequentes do trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica e Recomendações ao iniciante no trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica, posteriormente exploradas em 15 subcategorias. O manejo clínico psicanalítico das psicoses requer do analista estratégias específicas, compreendidas em valorização de manifestações do paciente que indiquem seu desenvolvimento, criação de modos possíveis de acesso ao paciente e formação contínua.

Palavras-chave: psicoses; psicanálise; manejo clínico; estrutura psicótica.

Abstract

This qualitative and descriptive study aimed to understand the main aspects of the psychoanalytic clinical management of psychoses. Audio-recorded interviews were used, and the interpretation was based on thematic analysis based on Freudian, Bionian and Lacanian theories and the confrontation with relevant productions from 2010 to now. The guiding question is: What are the main aspects of the psychoanalytic clinical management of psychoses? Four psychoanalysts with experience caring for patients with psychotic structures participated. Five categories were created: particularities of psychoanalytic work with people of psychotic structure; progress in psychoanalytic work with people of psychotic structure; limits/challenges of psychoanalytic work with people of psychotic structure; frequent difficulties of psychoanalytic work with people of psychotic structure and recommendations to beginners in psychoanalytic work with people of psychotic structure, later explored in 15 subcategories. The psychoanalytic clinical management of psychoses requires specific strategies from the analyst, comprising the valorization of patient manifestations that indicate their development, the creation of possible ways of accessing the patient and continuous formation.

Keywords: psychoses; psychoanalysis; clinical management; psychotic structure.

Resumen

Este estudio cualitativo y descriptivo tuvo como objetivo comprender las principales características del manejo clínico psicoanalítico de las psicosis. Se utilizaron entrevistas grabadas en audio y la interpretación siguió el

¹ Doutor em Ciências Sociais, Psicanalista, Professor Associado III do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - E-mail: alvaroenf@hotmail.com

² Mestrando em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - E-mail: breviglierihenrique@gmail.com

³ Doutor em Ciências, Psicanalista, Estagiário de Pós-Doutorado em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - rodrigoeuripedes.silveira@gmail.com

análisis temático basado en las teorías freudiana, bioniana y lacaniana, y la confrontación con producciones relevantes de 2010. Se consideró la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las principales características del manejo clínico psicoanalítico de las psicosis? Participaron cuatro psicoanalistas con experiencia en la atención a pacientes con estructura psicótica. Se crearon cinco categorías: Particularidades del trabajo psicoanalítico con personas de estructura psicótica; Avances en el trabajo psicoanalítico con personas de estructura psicótica; Límites/desafíos del trabajo psicoanalítico con personas de estructura psicótica; Dificultades frecuentes del trabajo psicoanalítico con personas de estructura psicótica; y Recomendaciones al principiante en el trabajo psicoanalítico con personas de estructura psicótica, exploradas posteriormente en 15 subcategorías. El manejo clínico psicoanalítico de las psicosis requiere estrategias específicas por parte del analista, entendidas en la valoración de las manifestaciones del paciente que indican su desarrollo, creación de posibles vías de acceso al paciente y formación continua.

Palabras-clave: psicosis; psicoanálisis; manejo clínico; estructura psicótica.

1 Introdução

Na história do desenvolvimento da psicanálise há uma pluralidade de proposições que pretende explicar a etiopatogenia das psicoses e o mecanismo psicótico. Fundamentadas nessas proposições, surgem propostas e alternativas de manejo clínico psicanalítico das psicoses, objeto principal desse estudo. Em suas cartas e manuscritos, datados das décadas de 1880 e 1890, Freud (2016[1880-1890]) tangenciou o tema das psicoses em diversos momentos, em especial sobre a paranoia — fenômeno que viria a se tornar central em seus interesses tempos depois. Em 1911, Freud (2002[1911]) examinou o célebre caso do Presidente Schreber, que registrou em uma autobiografia sua própria história clínica, com manifestações hipocondríacas, megalomaniacas, paranoicas e delírios de caráter religioso, resultando no texto *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides)*.

Em 1914, no texto *Uma introdução à questão do narcisismo*, Freud (2010[1914]) identificou os mecanismos narcísicos de refluxo e concentração de libido no Eu como as bases de manifestações parafrênicas, hipocondríacas e paranoicas. Tem-se como exemplo, nesse contexto, a perda de interesse por objetos (pessoas e coisas) do mundo externo, megalomania e delírios de perseguição — estas manifestações, exceto a perda de interesse por objetos do mundo externo, são proeminentes no “Caso Schreber”.

Após a elaboração da “segunda tópica do aparelho psíquico”, no texto *Neurose e psicose*, Freud (2016[1924]) expõe a diferença entre os mecanismos das neuroses (obsessivas, fóbicas, histéricas, de angústia etc.) e das psicoses. Os mecanismos das neuroses e das psicoses envolvem a participação direta de três componentes: o Ego, o Id e a realidade externa. A neurose surge de um conflito entre o Id e o Ego, em que os desejos oriundos do primeiro se esbarram nas resistências dos limites do Ego, dando origem ao *recalcamento* (*Verdrängung*). O material recalcado, então, resiste ao mecanismo utilizado pelo Ego, apresentando-se na forma de

sintoma, realizando simbolicamente o desejo recalçado de forma transformada no sintoma neurótico (Freud, 2014[1926]; 2016[1924]).

A psicose, por sua vez, resulta de um conflito entre o Ego e a realidade externa, em que há uma *rejeição* (*Verwerfung*) de parte da realidade externa que gerou uma frustração intolerável a um desejo, fazendo com que o Ego crie, automaticamente, um novo mundo interno e um novo externo. Dessa forma, a realidade externa é parcialmente dissociada do Ego, abrindo-se uma fissura entre eles (Freud, 2016[1924]). Ademais, o próprio Ego é também cindido e desintegrado (Freud, 2016[1924]). Destes processos, a instância mediadora da realidade subjetiva e dos objetos do mundo externo, o Ego, entra em falência, o que fez com que muito popularmente se reconhecesse as psicoses como “falhas das funções do Ego”.

Apesar de ter se interessado sobre o tema das psicoses durante todo o seu itinerário científico, em um primeiro momento, Freud não concebeu a clínica psicanalítica como uma possibilidade de sucesso terapêutico para os quadros psicóticos, o que repercutiu na ausência de desenvolvimento da técnica psicanalítica para o tratamento desses casos. Com efeito, conforme salientam Triska e D’Agord (2018), em um contexto contemporâneo em que o meio e a cultura apresentam rupturas e diferenças em relação àquele no qual surgiu a psicanálise, justifica-se essa lacuna. Coube, então, aos psicanalistas que sucederam a Freud na história da psicanálise, dar continuidade e desenvolver o tema da clínica das psicoses.

Wilfred Bion (2018[1967]) distingue o que denominou como “Personalidade Psicótica” ou “Parte Psicótica da Personalidade” e “Personalidade Não-Psicótica” ou “Parte Não-Psicótica da Personalidade”, ambas presentes tanto em pacientes psicóticos quanto em neuróticos graves (Bion, 2018 [1967]). A Personalidade Psicótica ou Parte Psicótica da Personalidade é caracterizada por: 1) prevalência de impulsos destrutivos; 2) medo de aniquilação iminente; 3) ódio das realidades externa e interna; 4) relações objetais imaturas, pautadas por processos de cisões constantes dos objetos e identificações projetivas excessivas; 5) conflito constante entre pulsões de vida e de morte (Bion, 2018[1967]).

Mesmo em pacientes psicóticos, há a contraposição da sua Parte Psicótica da Personalidade pela Parte Não-Psicótica da Personalidade ou Personalidade Não-Psicótica, caracterizada, principalmente, pela capacidade de desenvolver relações objetais maduras, pensamento verbal e capacidade simbólica, além de tomar consciência das identificações projetivas (Bion, 2018 [1967]). Deste modo, há uma dinâmica conflitiva entre uma porção psicótica e uma saudável da personalidade do sujeito, das quais o clínico deve explorar a parte saudável/não-psicótica por estratégias de manejo.

Jacques Lacan deu prosseguimento ao entendimento etiopatogênico de Freud e adaptou o termo *Verwerfung* ("rejeição" em alemão) como "*forclusion*", "foraclusão" na tradução convencional do termo em francês para a língua portuguesa. Ademais, mantendo consistência com as perspectivas freudianas, Lacan (1988) considerou que o que é *foraclusão* ou *rejeitado* nos fenômenos psicóticos é a "castração". Freud havia considerado que é rejeitada a parte da realidade que impõe uma frustração intolerável ao desejo. Esta parte da realidade corresponde, portanto, à castração. Lacan (1988; 1999) ainda associou a castração a um significante primordial: o "Nome-do-Pai". Este significante, metaforicamente aplicado, evidentemente, cumpre a função da interdição da relação do sujeito com o primeiro significante do desejo: o "Desejo-da-Mãe".

O *Nome-do-Pai*, ao se sobrepor ao *Desejo-da-Mãe*, gera a ruptura do sujeito com o "objeto a" — o objeto "outro" causador de desejo. A *foraclusão* do *Nome-Do-Pai* gera o *aniquilamento do simbólico*, instância em que se inscreve os significantes da Lei. Não há, portanto, o recalçamento do desejo nas psicoses, mas, frente a isso, a rejeição/*foraclusão* do *Nome-do-Pai*. Dentro destes dinamismos psíquico-estruturais distintos, há também uma variação no que diz respeito ao retorno do objeto. Na estrutura neurótica, o retorno do objeto recalçado se expressa na ordem do *simbólico*, ao passo que, na estrutura psicótica, o retorno do objeto *foraclusão*/*rejeitado* se dá na ordem do *real* (Lacan, 1955-1956/1988). Esta distinção tem implicações diretas nas questões de manejo clínico. Dada a importância da temática abordada, este estudo tem como objetivo compreender as principais características do manejo clínico psicanalítico das psicoses.

2 Método

Esta é uma pesquisa qualitativa e descritiva, baseada nas teorias psicanalíticas freudiana, bioniana e lacaniana. Foi utilizada como questão norteadora: "*Quais as principais características do manejo clínico psicanalítico das psicoses?*". O percurso metodológico perpassou as seguintes fases:

- 1) revisão da produção científica sobre os problemas e objetos de pesquisa em questão;
- 2) entrevista semiestruturada com psicanalistas, psicólogos e/ou médicos que atuam em clínica individual com pacientes de estrutura psicótica na vertente psicanalítica;
- 3) debate dos resultados do estudo com a produção científica.

A coleta de dados ocorreu durante o primeiro semestre do ano de 2021 e o critério de seleção dos participantes se deu por amostra não probabilística intencional (julgamento) (Oliveira, 2001). Foram considerados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- a) critérios de inclusão: ser psicanalista, médico e/ou psicólogo que atue na abordagem psicanalítica, tendo experiência passada ou em curso no atendimento clínico individual de pacientes identificados diagnosticamente como psicóticos (na presença ou não de laudos que registrem o diagnóstico);
- b) critérios de exclusão: profissionais que não atuem na modalidade psicanalítica, que não tenham experiência com pacientes identificados psicóticos ou que a experiência tenha sido exclusivamente em atendimento em grupo.

O método empregado para análise de dados foi a “Análise Temática” (*Thematic Analysis*), dentro da proposta de Braun e Clarke (2006). As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Para preservar as identidades dos participantes, os seus nomes foram substituídos por pseudônimos referentes a deuses da Mitologia Grega. O conteúdo das falas dos entrevistados foi analisado à luz da fundamentação teórica do estudo. A partir desta contemplação, foram conceituadas categorias de análise por eixos temáticos, observando *padrões de sentido* (Braun; Clarke, 2006) existentes nas falas dos entrevistados, associados à fundamentação teórica psicanalítica da clínica das psicoses.

Este estudo é parte de um projeto de pesquisa maior intitulado: “O manejo clínico psicanalítico das psicoses: desafios, limites e possibilidades”, encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, atendendo às exigências éticas e científicas da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define as diretrizes básicas de pesquisas científicas que envolvem seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob o CAAE: 41742821.9.0000.5154. A pesquisa só teve início após a assinatura e compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes.

3 Resultados

Foram entrevistados quatro psicanalistas, sendo três com formação de base em psicologia e um com formação de base em filosofia e artes. Após análise dos dados, emergiram cinco categorias e 15 subcategorias, que estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1: Categorias e subcategorias de análise acerca das características do manejo clínico psicanalítico das psicoses

Categorias	Subcategorias
Categoria 1: Particularidades do trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica	Subcategoria 1: Sendo secretário do paciente Subcategoria 2: Características do trabalho Subcategoria 3: Assumindo um diferente preparo e desenvolvendo capacidade de controle de expectativas
Categoria 2: Progressos do trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica	Subcategoria 1: Reconstrução do si Subcategoria 2: Construir uma metáfora delirante Subcategoria 3: Possibilidade de criação de ritos Subcategoria 4: Valorização dos progressos e do desenvolvimento possíveis ao paciente
Categoria 3: Limites/desafios do trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica	Subcategoria 1: Ser flexível e criativo no manejo Subcategoria 2: Enfrentar os desafios práticos do manejo
Categoria 4: Dificuldades frequentes do trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica	Subcategoria 1: Trabalhar a relação analítica Subcategoria 2: Noção de tempo que é diferente para o paciente Subcategoria 3: Complexidade da clínica

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

3.1 Categoria 1: particularidades do trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica

As particularidades do trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica é um tema importante para o estudo da clínica das psicoses. Em primeiro lugar, elas demonstram que há diferenças sensíveis entre o manejo das psicoses e o das neuroses. Em segundo, elas denunciam a importância da consideração dessas diferenças na práxis psicanalítica. Dentre as principais particularidades mencionadas pelos entrevistados estão: a função de secretário do paciente exercida pelo analista, as características desse tipo de manejo em si e a necessidade de um preparo diferente por parte do analista.

3.1.1 Subcategoria 1: sendo secretário do paciente

Os entrevistados Zeus e Hera se remetem à função do analista em ser um “secretário” do paciente. A entrevistada Hera diz:

Então, o manejo clínico com o psicótico é isso que você tem que ser o secretário do psicótico. O que é isso: ser o secretário do psicótico? Então, assim, eu vejo que eu entendi pelos pacientes que eu... os quais eu trabalhei, alguns cuidados que você teria que ter na neurose, que você tem que estar, digamos assim, atrás da porta e dizendo muito não, não atendendo as demandas, enfim, principalmente com a histérica que ela pergunta, pergunta, pergunta e você: “não”. Então, assim, com o psicótico é secretariar mesmo.

Nesse mesmo sentido, o entrevistado Zeus diz sobre esse secretariado como uma função exercida pelo analista que permite ao paciente de estrutura psicótica se reconhecer, em especial como possuidor de um corpo:

Retornando talvez àquele ponto do estádio do espelho de Lacan, onde esse sujeito não é tão estranho a ele mesmo e a familiaridade não fica apenas naquele outro desse campo, mas alguma coisa que precisa-se de um terceiro para que articule e faça aquela função que nós vamos chamar de secretariado, para poder mostrar para ele e apostar nessa fala desse sujeito de uma realidade para poder se construir ali, no primeiro momento, repito, enquanto um sujeito possuidor de um corpo, não de um corpus, não de um corpo despedaçado, mas de um corpo que tem uma formação e ele reconheça como dele.

3.1.2 Subcategoria 2: características do trabalho

A respeito das características do trabalho psicanalítico com pacientes de estrutura psicótica, o entrevistado Zeus ressalta a importância do uso da ética, da estratégia e da tática para o manejo, não interpretando os sintomas psicóticos (o entrevistado menciona o delírio e a alucinação) e os tendo como possibilidades do sujeito de se relacionar com o mundo e de fazer um laço com o campo social:

Por isso que eu trago esses três pilares - ética, estratégia e tática - para poder nortear a forma de manejo que existe ali na psicose, já que ele faz da forma que ele dá conta esse laço social, essa chegada ao mundo, não à realidade, principalmente mediado por aquilo que nós chamamos de delírio e alucinação. O tempo todo ele vai rearticulando e a forma que ele chega em delírio e alucinação não se interpreta, que é uma outra questão fundamental que se tem.

O analista deve ter competências específicas para a clínica das psicoses, como abertura ao ir e vir (tanto na frequência do paciente nos atendimentos quanto em melhoras e piores em seu quadro clínico) e capacidade de tolerar expressões de agressividade, características sobre as quais a participante Hera diz:

Bom, e assim, agora faz um tempo que está afastado, pediu que já... não, porque não queria mais, mas ele já fez isso várias vezes, ele vai e ele volta, ele vai e ele volta, daí eu tipo: "vai, pode ir"; daqui a pouco ele... daí teve um período que ele estava muito agressivo comigo, agressivo, muito agressivo comigo, e era muito boa aquela agressividade, por que que lugar que ele estava me colocando? [...] Essas idas e vindas, já são várias. Mas espero que vá mesmo, que vá mesmo porque... mas é isso, eu entendo que a prática é do lugar que foi.

Ainda sobre as características do trabalho, a entrevistada Atena menciona a necessidade do uso de uma linguagem mais concreta e o surgimento de angústias avassaladoras no paciente:

É diferente o trabalho - se a gente está trabalhando com um nível neurótico é de um jeito, é mais simbólico, tem mais representação, é mais complexo, tem a complexidade da subjetividade do sujeito. Se a gente está trabalhando em um nível psicótico, as angústias elas surgem em uma forma avassaladora e a linguagem é mais concreta, então o manejo é diferente, é bem diferente.

A entrevistada Gaia ressalta a importância do trabalho interdisciplinar e da criação de uma rede de apoio durante o tratamento, características que ela considera necessárias para esse tipo de intervenção.

Então eu consigo só pensar o tratamento da psicose dentro de um trabalho interdisciplinar, um trabalho com diversos profissionais e diversas modalidades terapêuticas. [...] Na minha experiência profissional, eu não consigo, até hoje, pensar o trabalho clínico da psicose sem pensar em um trabalho interdisciplinar. Então, por exemplo: se eu estiver atendendo alguém, eu tenho que estar em um trabalho integrado com psiquiatra, com algum outro profissional e com os próprios familiares também. Eu tenho que estar criando uma rede de ajuda para esse paciente.

3.1.3 Subcategoria 3: assumindo um diferente preparo e desenvolvendo capacidade de controle de expectativas

Os entrevistados afirmam que o trabalho psicanalítico com as psicoses é complexo e exigente com o analista, impondo um preparo diferente. Atena fala da necessidade de não poder ter pressa ao considerar o progresso do paciente, bem como ter de fazer diversos atendimentos semanais e, em muitas ocasiões, o investimento ser maior do que o retorno, o que faz com que o psicanalista tenha de ter um controle de suas expectativas:

Eu penso que a gente não pode ter pressa, então são trabalhos muito longos, às vezes uma vida, e geralmente eu atendo três, quatro, cinco vezes por semana essas situações. E o Bion colocou como uma característica, que eu concordo, que no nosso trabalho o investimento é muito maior as vezes que o retorno; retorno assim, em termos de desenvolvimento, embora as expectativas para o desenvolvimento de uma pessoa assim têm que ser diferentes.

Zeus, a respeito do controle das expectativas do analista, utiliza o termo *furor curandis* para designar o ímpeto de cura que o analista deve controlar: O limite do atendimento na psicose talvez nós tenhamos que cuidar um pouco mais do nosso *furor curandis*. O que seria isso? Esse *furor curandis*, que o Freud dizia, quando você espera evoluir muito no tratamento ou no acompanhamento desse sujeito.

3.2 Categoria 2: progressos do trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica

Os progressos do trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica precisam ser perceptíveis para que, até mesmo se justifique a existência desse trabalho. Os participantes do estudo destacaram alguns progressos pertinentes, como: a possibilidade de reconstrução de si por parte do paciente, a construção de uma metáfora delirante que supra a ausência da castração edípica na estrutura das psicoses, a possibilidade de criação de ritos que possibilitem uma

obsessividade positiva no dinamismo psíquico do paciente e a busca pelo desenvolvimento do paciente dentro de suas possibilidades.

3.2.1 Subcategoria 1: reconstrução do si

O entrevistado Zeus destaca a reconstrução e a capacidade do paciente de saber mais de si, se reconhecendo naquilo que o identifica:

Principalmente esse reconstruir-se e saber de si um pouco mais, lembre-se: sempre mediado com o delírio e alucinação; mas saber um pouco mais de si naquilo que o identifica, naquilo que é dele fora desse campo do delírio e da alucinação, onde ele pode, de certa forma, não cair naquele buraco da melancolia e encontrar esse outro, porque se ele encontra o reconhecimento desse outro enquanto um dado de realidade, mesmo que seja mínimo, o garante um pouco mais na estruturação do seu psiquismo.

3.2.2 Subcategoria 2: construir uma metáfora delirante

A participante Hera aponta como progresso a construção de uma “metáfora delirante”. A entrevistada diz:

E eu tive um professor que ele dizia... psicanalista maravilhoso, que dizia que ele meio que forçava para o paciente entrar na metáfora delirante, ele meio que... eu acho que eu nunca fiz isso, se eu fiz, não foi proposital, foi sem saber... o que eu estava fazendo, para ser honesta, entendeu? [...] Seria mesmo esse secretariar, esse estar ali, mas como fazer uma direção de tratamento que você possa levar essa pessoa a construção dessa metáfora delirante? [...] O anteparo, que é o anteparo que vem do Édipo, que vem da castração, que vem... o anteparo é o fantasma, é a fantasia do neurótico. O psicótico não tem isso. Como que você pode, na dimensão do tratamento, se apoiar num significante que traga para ele algum lugar... porque construir a fantasia, ele não vai construir porque a fantasia é da estrutura do neurótico. Como que ele vai fazer essa possível amarração numa metáfora delirante?

Pela fala da entrevistada, nota-se que o anteparo que o Complexo de Édipo fornece ao neurótico, em que ele expressa sua fantasia, é dado ao psicótico como uma metáfora delirante.

3.2.3 Subcategoria 3: possibilidade de criação de ritos

A entrevistada Hera também menciona a possibilidade de criação de ritos como uma possível obsessividade positiva, uma vez que eles podem proporcionar uma aproximação com a estrutura das neuroses, em especial com a neurose obsessiva:

E aí começou a fazer ritos, muitos ritos, era... entrou para uma religião, depois era academia, era alimentação, aí eu pensei: "ele está ficando obsessivo, que coisa boa, não é?" [...] E daí, bom, quando ele começou com esses ritos muito obsessivos, ritos de entrar para algum tipo de seita e frequentar e daí vinha com livro, lia aquilo; daí

começou a estudar Freud, começou a estudar a Freud... aí um dia ele falou que ele já entendia, entendia tudo de psicanálise, que ele não queria mais; eu falei: "bom, vai, não é?".

3.2.4 Subcategoria 4: valorização dos progressos e do desenvolvimento possíveis ao paciente

O desenvolvimento esperado deve ser parcimonioso, com expectativas controladas. A participante Atena enaltece a importância de o analista conter o desejo de conseguir grandes progressos e valorizar aqueles possíveis ao paciente dentro de sua estrutura:

Eu tinha o costume de ver assim: a pessoa tem sequelas, ninguém vai tirar isso dela, mas ela pode se desenvolver e o desenvolvimento dela vai fazer diferença, pode ser considerado pouco, mas vai fazer diferença. E tem pessoas que surpreendem, então eu penso que o desejo do analista, se a gente não quiser curar o paciente, segurar esse desejo como o Bion propõe, a gente pode conseguir muito.

As mudanças esperadas pelo analista podem, não raro, confrontar a realidade psíquica do paciente e suas possibilidades. Zeus enaltece as mínimas mudanças como fundamentais e primárias dentro do que está ao alcance do paciente:

Nós temos que entender que tudo que nós colocamos como avanço e contribuição para a psicose não é que seja mínimo, mas são elementos muito primários e fundamentais para ele, como, por exemplo, em um atendimento ele entra apenas soltando sons e, em um determinado momento, esse coloca uma melodia nesse som, e esse som, de repente, com a melodia, consegue dizer: "João". Ele consegue dizer o nome dele.

3.3 Categoria 3: limites/desafios do trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica

Além dos progressos possíveis no trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica, faz-se necessário, também, o reconhecimento dos limites e desafios desse trabalho. Pelos resultados obtidos nas entrevistas, evidenciam-se: a necessidade de ser criativo no manejo e os desafios práticos impostos.

3.3.1 Subcategoria 1: ser flexível e criativo no manejo

Atena destaca a dificuldade de aceitação e adesão ao tratamento. Ela também enfatiza a necessidade de medicação em tipo e dosagem adequados, que estabilizam os sintomas, mas não impedem que o paciente se angustie. De igual importância, para Atena, é ser flexível e criativo no manejo.

Bom, o limite inicial é aceitar o tratamento. [...] Porque um dos obstáculos também é a confiança, é o embotamento emocional, então até é uma questão assim, a pessoa precisa ser medicada, mas essa medicação ela não pode tampar a pessoa a ponto de

ela não sentir angústia nenhuma. [...] Obstáculos não faltam, não é? Mas eu digo que eu aprendo demais, eu saio sempre melhor porque eu tenho que me reinventar tanto, eu tenho que ter tanta flexibilidade, criatividade.

3.3.2 Subcategoria 2: enfrentar os desafios práticos do manejo

Hera menciona o desafio de estabelecer contratos possíveis com o paciente, bem como estabelecer limites que lhe sejam compreensíveis. Ela também ressalva que o analista deve ter muito cuidado com o que fala, pois, em muitas ocasiões, isso pode “colar” no paciente:

Sim. Embora no lugar de secretária, no lugar de um acolhimento diferente do que seria o acolhimento da neurose, é importante estabelecer limites e eles entendem. [...] E daí com ela (paciente mencionada anteriormente na entrevista) eu comecei também a trazer algumas coisinhas para pôr limites, mas com muito cuidado, com muito cuidado. Porque com eles eu acho que... e mais, eu acho que o limite primordial no caso da psicose é o cuidado com o que você fala. O que você fala cola neles e isso que faz cola te pode desencadear... não se sabe.

A participante Gaia menciona o desafio de ter uma boa relação com o médico, de confiança mútua e respeito, para que o trabalho seja colaborativo em prol do máximo benefício do paciente.

Então, acho que um dos limites, por exemplo, no caso desse paciente (mencionado anteriormente na entrevista), é uma boa relação com o psiquiatra, por exemplo. Eu acho que no caso desse paciente, ele veio encaminhado por um determinado psiquiatra. E aí eu fui conversar sobre o diagnóstico dele também com esse psiquiatra e, muitas vezes, esse psiquiatra, em particular, não aceitou discutir muito o diagnóstico. [...] E aí uma das dificuldades é você poder ter uma boa interação, um bom vínculo com psiquiatra.

Gaia também enfatiza a dificuldade de criar uma rede de apoio cooperativa no tratamento:

E aí eu acho que uma das dificuldades é essa, porque atender em consultório você tem que ter uma certa estrutura para isso também, ou tem que ter uma rede de ajuda, ou familiar ou da instituição, no caso do menino (paciente citado anteriormente na entrevista), que pudesse me dar a segurança que eu precisava para poder viver com ele o que precisava ser vivido em terapia. E aí eu não me senti em condições porque eu não senti que eu tinha esse apoio.

3.4 Categoria 4: dificuldades frequentes do trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica

Os entrevistados citaram algumas dificuldades recorrentes na clínica das psicoses, dentre elas: a relação ambivalente e intensa de amor e ódio em análise, a dificuldade com a

noção de tempo para os pacientes, que é mais difícil para pessoas de estrutura psicótica, e o grau de complexidade na clínica, expresso, por exemplo na linguagem empregada, na construção do sentido de realidade na psique do paciente e na criação de formas de acesso ao paciente.

3.4.1 Subcategoria 1: trabalhar a relação analítica

O participante Zeus diz sobre uma transferência “rompante” de afetos de amor e ódio e fala da importância de não debater ou confrontar o paciente:

Exige muito do analista, nesse sentido. Ao mesmo tempo, a gente tem que entender que nessa transferência tudo é muito rompante, tanto a questão do amor quanto do ódio, e você tem que trabalhar isso. E tem um momento em que ele para ele não vem, e ele precisa desse tempo. Ele vai chegar para a sessão e vai falar: “não quero vir”. E você não tem como fazer um debate com ele, você não tem como colocar em dúvida, porque na clínica da psicose trabalhamos com essa questão de inserir uma dúvida.

Hera afirma, referendada pelos ensinamentos lacanianos, que a resistência é do analista e, na clínica das psicoses, o analista precisa se esforçar para instalar a transferência:

Aí que está, não é? Daí eu acho que eu vou utilizar muito... porque Lacan diz: "a resistência é do psicanalista", não é? Além de você ter que estar ali atenta a esse secretariado. Mas a resistência é nossa, eu acho que sim. De você saber que tem o manejo clínico diferente, que a transferência é do outro lado; é você que tem que instalar a transferência, não é? Claro que sempre teria que ter mesmo na neurose, mas o neurótico vem com aquele ... ele já vem pedindo tudo e aí já vem. Agora, na psicose a transferência, ela tem um outro lugar.

3.4.2 Subcategoria 2: noção de tempo que é diferente para o paciente

Outra dificuldade frequente mencionada pelos entrevistados é a noção de tempo para o paciente de estrutura psicótica, que é diferente em comparação à estrutura das neuroses. Atena relaciona a formação da noção de tempo, em análise e para a análise, com a construção de um sentido de realidade:

Bom, uma outra dificuldade também acontece com fronteirios ou com psicóticos: esquecer horário, manter a constância. Então eu tenho a experiência porque a pessoa não tem noção de tempo. [...] Então eu tive que descobrir uma forma de ajudar o paciente a chegar no consultório, como por exemplo, avisar a ele uma hora antes da sessão; se eu avisasse mais tempo, ele já esquecia, ou seja, sumiu da cabeça dele, já está em um outro mundo. Mas foi tão interessante essa experiência porque chegou em um ponto que não precisava mais porque a noção do tempo, o sentido de realidade estava sendo construído.

Zeus diz que o manejo do tempo na clínica das psicoses não é um manejo de “domínio administrativo” e o tempo do paciente deve ser respeitado:

E também, quando eu falo do manejo, aí você tem que saber manejar e tem a questão do manejo do tempo, o manejo do tempo da sessão. O tempo da sessão não é um tempo que você tem esse domínio administrativo. Ele, em um determinado momento, levanta e fala: “estou indo embora”. Ele precisa ir. Ele não tem que ser interpelado.

3.4.3 Subcategoria 3: complexidade da clínica

Um dos aspectos que proporciona maior complexidade à clínica das psicoses é o uso da linguagem. A esse respeito, Atena diz ser “o maior obstáculo”, associando ao modo de criar uma via de acesso ao paciente, que pode ser pela emoção, intuição ou empatia:

Agora, o grande obstáculo é a linguagem, para a gente não ficar em uma conversa em um paralelo: a gente em nível simbólico e a pessoa em um nível concreto; precisa ter um acesso a essa pessoa, e o acesso é mais pela emoção, pela intuição, pela empatia.

Para a entrevistada Gaia, a clínica das psicoses exige um trabalho multiprofissional e intersetorial, criando uma rede de apoio que envolva profissionais de segmentos distintos e participação da família, acentuando a dificuldade da clínica (se comparado a instituições) de ter de trabalhar sozinho em casos graves:

Mas uma das maiores dificuldades é essa: é poder ter ou na família uma rede de ajuda, ou nos profissionais, criar uma equipe mesmo. A equipe multiprofissional, muitas vezes, vai trabalhar, por exemplo, levando cinco profissionais para conter uma crise para evitar métodos mais agressivos. [...] Uma das dificuldades da clínica é você se sentir muito sozinho para ter que lidar com situações graves.

3.5 Categoria 5: recomendações ao iniciante no trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica

Ao iniciante no trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica, os entrevistados destacaram: a análise pessoal do analista e a supervisão, a ampliação do conhecimento sobre a clínica das psicoses e o entendimento dos limites dessa clínica.

3.5.1 Subcategoria 1: fazer análise pessoal e supervisão

A primeira recomendação é fazer análise pessoal e supervisão para saber mais sobre si e tomar conta de sua própria realidade psíquica. Hera diz:

Primeiro, tem que fazer muita análise. Estar em dia com a sua análise. Como diz o próprio Lacan, ele diz que a gente só consegue levar a termo os nossos pacientes se a gente levou a termo a nossa análise. Então, onde parou a nossa análise, onde ela está é onde... isso na castração mesmo, é aonde eu vou até com os meus pacientes. [...] Então, por isso que sem análise, sem muita análise, sem muita supervisão... é um suporte.

Atena fala da importância de conhecer a “parte psicótica” de sua própria personalidade em análise pessoal: “Em primeiro lugar, a análise pessoal, eu diria assim, conhecer a própria parte psicótica é o melhor instrumento, a gente viver essa parte psicótica na análise pessoal permite a gente não ter medo, ter familiaridade, ter esperança, não ter preconceito”.

3.5.2 Subcategoria 2: ampliar o conhecimento sobre a clínica das psicoses

Zeus faz a recomendação de que se amplie o conhecimento sobre a clínica das psicoses, especialmente porque, na abordagem lacaniana, não se trabalha com psicopatologias, mas, sim, com estruturas clínicas:

Primeiro ponto: tem que fazer um curso sobre isso, tem que entender que na clínica psicanalítica da escola lacaniana nós não trabalhamos com psicopatologia. Primeiro ponto é esse. Nós trabalhamos com estrutura clínica, tem diferença. Esse sujeito que aparece como efeito de discurso. É muito sutil isso e faz uma diferença tremenda. Nós praticamos na clínica atendendo a psicose em uma visão que deriva da psicologia, mas deriva de uma psicologia que vem contaminada do discurso médico; não é isso que a gente faz.

3.5.3 Subcategoria 3: entender os próprios limites

Na fala dos entrevistados, entender os próprios limites é altamente recomendável para quem quer trabalhar junto a pacientes de estrutura psicótica. A esse respeito, Atena relata: “Eu atendo poucos pacientes, psicótico clínico eu tenho uma cota porque é muita carga transferencial, é muita carga emocional, então eu penso que é respeitar o nosso limite”. Gaia fala sobre criar um “espaço mental” para estar preparado para suportar o diferente:

Primeira coisa, eu acho que o que é o mais difícil, é você poder criar um espaço mental para acolher o diferente, porque eu acho que lidar com as diferenças é uma das habilidades mentais mais difíceis de a gente conseguir. A gente faz isso muito racionalmente, mas quando a gente chega diante de um discurso muito diferente e muitas vezes bizarro do delírio, é muito difícil a gente sair dessa tentativa de normatizar o paciente ou normalizar o paciente. E na verdade, eu acho que o que eu aconselho é que o próprio psicanalista possa criar um espaço de mente para poder acolher o diferente.

4 Discussão

Para a proposta de uma intervenção psicanalítica junto a pacientes de estrutura psicótica, é necessário conhecer as características específicas dessa intervenção, especialmente os aspectos de manejo. Deve-se reconhecer que o manejo da clínica das psicoses é bastante distinto daquele das neuroses, cada qual com suas especificidades, que demandam do psicanalista estratégias e direcionamentos interventivos diferentes.

Evidenciando essas diferenças, na “Categoria 1: particularidades do trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica”, os entrevistados destacaram a função de um “secretariado” junto ao paciente de estrutura psicótica, conceito enunciado por Lacan (1988[1955-1956]) para demonstrar o lugar do analista na clínica das psicoses, em que ele dá voz ao enunciado delirante para que o sujeito possa ter seu discurso legitimado, reconhecendo-se, desse modo, como sujeito dotado de verdade e lugar de existência (Meyer; Brauer, 2010).

Outra particularidade essencial do manejo clínico das psicoses é a capacidade de controlar expectativas em relação ao desenvolvimento do paciente. Este controle não implica em uma inocuidade da intervenção psicanalítica, mas, sim, no respeito e no reconhecimento do progresso possível ao paciente dentro de suas características, considerando principalmente a sua estrutura clínica.

Sobre a “Categoria 2: progressos do trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica”, os participantes destacaram a possibilidade que a intervenção psicanalítica oferece de reconstrução de si por parte do paciente, em especial como um sujeito que tem espaço na realidade em que está inserido. Outro progresso possível é a construção de uma metáfora delirante que possa suprir a ausência do no “Nome-do-Pai” na cadeia discursiva do sujeito de estrutura psicótica, posto que, para Lacan (1988; 1999), esse significante metafórico não se inscreve como deveria na estrutura do psicótico, fazendo com que esse sujeito tenha uma defasagem na ordem do simbólico.

A possibilidade de criação de ritos também é vislumbrada como um progresso possível, posto que esses ritos podem causar uma obsessividade positiva, que, além de aproximar o psicótico da estrutura das neuroses obsessivas, também pode lhe permitir uma maior organização psíquica dentro desses ritos. Reitera-se que a busca pelo desenvolvimento do paciente deve parcimoniosa, não extrapolando em expectativas que estão fora do alcance do paciente naquele momento, e considerando as mínimas mudanças como fundamentais para a vida psíquica desse sujeito.

A respeito da “Categoria 3: limites/desafios do trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica”, algumas barreiras, como a aceitação e a adesão ao tratamento, e necessidades, como a de estar sob tratamento medicamentoso adequado, que não iniba

completamente a capacidade do paciente de se angustiar, exigem criatividade e flexibilidade por parte do analista. Esta mesma flexibilidade deve ser compreendida nos desafios práticos impostos, como o analista ter cuidado redobrado com o que diz nas sessões, uma vez que o que é dito pode “colar” no paciente, estabelecer limites possíveis de serem compreendidos pelo paciente, ter um relacionamento de confiança mútua e diálogo permanente com o médico responsável e criar uma rede de colaboração no tratamento, envolvendo especialmente a família e os profissionais envolvidos.

Na “Categoria 4: dificuldades frequentes do trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica”, uma das dificuldades ressaltadas foi a relação ambivalente e intensa de amor e ódio em análise. Essa relação transferencial intensa, em transferências que Freud (1990[1912]) denominou “positivas” e “negativas”, exigem que o analista desenvolva o que Bion (2018[1967]) conceituou como “capacidade negativa” — a capacidade de tolerar a ausência de saber e entendimento. Além dessa capacidade, o caminho apontado por Bion (1989) em criar um “espaço continente” aos conteúdos extravasados pelo paciente se demonstra uma ferramenta útil. Unidas, essas capacidades permitem com que o analista tolere a forte carga transferencial-afetiva que lhe é depositada e as oscilações que são esperadas na intervenção psicanalítica das psicoses (Rocco; Ravit, 2015).

A noção de tempo também é uma dificuldade que os entrevistados sinalizaram. Esta noção, via de regra, é defasada nos pacientes de estrutura psicótica, o que remete novamente ao analista precisar exercer a função de um “secretário” (Castro, 2015; Silva; Castro, 2018), construindo, juntamente à noção de tempo, um sentido de realidade para o paciente. Sobre a complexidade da clínica das psicoses, os entrevistados enfatizaram especialmente a linguagem a ser empregada e a criação de formas de acesso ao paciente.

A forma de acesso e comunicação com o paciente, como destacou a entrevistada Atena, deve se dar pelo emprego de uma linguagem concreta, reconhecendo a defasagem do simbólico do paciente. A entrevista ainda aponta a intuição como uma forma de mediar esse acesso, entendendo que a intuição, conforme aponta Bion (2018[1967]), permite acessar conteúdos não representados do paciente, ou seja, que não se expressam pela linguagem simbólico-verbal.

Corroborando com estas perspectivas, algumas construções de Zygmunt Bauman a respeito da sociedade contemporânea, bem como da liquidez e frieza presente nas relações humanas atuais. Nesta condição, define-se que a qualidade do líquido como algo que não tem forma e não mantém forma, características essas que muito se aproximam dos contextos da Psicose. Há um esvaziamento do significado das interações entre os indivíduos e a maioria das relações se

tornou virtual, em que na *Internet* as pessoas podem ser elas mesmas ou uma personagem criada pela fantasia (Gabriel; Pereira; Gabriel, 2022).

Na “Categoria 5: recomendações ao iniciante no trabalho psicanalítico com pessoas de estrutura psicótica”, os entrevistados falaram de forma unânime sobre a importância da análise pessoal do analista e da supervisão. O conhecimento maior de si mesmo e a supervisão com um psicanalista experiente, especialmente no campo das psicoses, instrumentalizam e deixam mais preparado o analista para todas as clínicas. Na clínica das psicoses, em razão de sua complexidade e características específicas, essa preparação é condição para o trabalho.

A entrevistada Atena destaca como instrumento o conhecimento por parte do analista da própria “parte psicótica” da personalidade, que, para Bion (2018 [1967]), está sempre em uma relação dinâmica de contraposição com a “parte não psicótica” da personalidade. Este núcleo saudável da personalidade do paciente também é uma possibilidade analítica em reconhecer avanços na análise, como desenvolvimento da capacidade de simbolização, de formação de pensamentos verbais, de desenvolvimento de relações objetais maduras e de tomada de consciência de defesas inconscientes prejudiciais, como identificações projetivas excessivas (Bion, 2018 [1967]). O entrevistado Zeus recomenda um maior conhecimento sobre a clínica das psicoses, principalmente porque na abordagem lacaniana não se trabalha com psicopatologias, mas, sim, com estruturas clínicas, que são estruturas de linguagem específicas em que o sujeito elabora o seu discurso (Lacan, 1988; 1999).

O entendimento dos limites da clínica das psicoses também é uma recomendação feita pelos entrevistados. Atena recomenda que se limite a quantidade de atendimentos, em razão da carga emocional e transferencial muito forte. Gaia destaca a importância de criar um “espaço mental” para acolher as manifestações do diferente que existem de forma muito evidente, e por vezes espantosa, nas psicoses. Somente a entrevistada Gaia mencionou a importância da intervenção psicanalítica em grupos. Albino *et al.* (2020) demonstram que essa modalidade de tratamento pode ser muito benéfica aos pacientes envolvidos, uma vez que lhes permite progressos e desenvolvimento dentro das configurações do real vivenciado nas interações no grupo.

5 Considerações finais

O manejo clínico psicanalítico das psicoses requer do analista estratégias específicas, como: a valorização de manifestações do paciente que suprem defasagens de sua estrutura e indicam seu desenvolvimento; o emprego de uma linguagem concreta e o acesso ao paciente

por caminhos distintos do campo simbólico; a formação pessoal e profissional continuada em análise pessoal e supervisão; a capacidade de ser criativo e flexivo durante os atendimentos; o reconhecimento dos próprios limites; a criação de redes de colaboração ao tratamento; e a formação de um espaço mental para acolher o diferente que se evidencia nas psicoses.

O trabalho multiprofissional é fundamental. Para pacientes de estrutura psicótica, a intervenção psiquiátrica deve acompanhar a psicanalítica e dialogar com ela. A criação de uma rede de colaboração ao tratamento, que envolva, além da família do paciente, profissionais de outras áreas, também é essencial visando o melhor desenvolvimento do paciente. A intervenção em grupos também se mostra uma possibilidade recomendável de tratamento, uma vez que permite ao paciente se desenvolver dentro de configurações do real vivenciado nas interações no grupo.

Como limitações do estudo, destaca-se: a quantidade de participantes e a quantidade de material estudado quando comparado ao todo da produção científica sobre o tema. Recomenda-se que novos estudos sejam realizados abordando as características da clínica psicanalítica das psicoses.

Referências

ALBINO, A. *et al.* Análise em grupo com pacientes psicóticos: a experiência do “grupo vida”. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 8, n. 1, p. 137, 1º abr. 2020.

BION, W. **Elements of psychoanalysis**. London: Maresfield Library, 1989.

BION, W. **Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis**. New York: Routledge, 2018 [1967].

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, [on-line], v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

CASTRO, J. E. A presença do objeto “a” na neurose e na psicose e o desejo do psicanalista. **Tempo Psicanalítico**, [on-line], v. 47, n. 2, p. 45-68, 2015.

FREUD, S. A dinâmica da transferência. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1990 [1912].

FREUD, S. **O caso Schreber**: notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia: (dementia paranoides). Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago Ed, 2002 [1911].

FREUD, S. Introdução ao narcisismo. *In*: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo**: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916). Trad. e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1914].

FREUD, S. Inibição, sintoma e angústia. *In*: FREUD, S. **Obras completas, volume 17**: Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2014 [1926]. p. 12-123.

FREUD, S. Cartas e manuscritos dirigidos a Flies. *In*: FREUD, S. **Neurose, psicose, perversão**. Trad. Maria Rita Salzano Moraes. São Paulo: Autêntica, 2016 [1880-1890]. p. 13-58.

FREUD, S. Neurose e psicose. *In*: FREUD, S. **Neurose, psicose, perversão**. Trad. Maria Rita Salzano Moraes. São Paulo: Autêntica, 2016 [1924]. p. 271-278.

LACAN, J. **O Seminário, livro 3**: as psicoses. Trad. Aluisio Menezes. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

LACAN, J. **O Seminário, livro 5**: as formações do inconsciente. Trad. Vera Ribeiro. Revisão Marcus André Vieira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1999.

GABRIEL, A. C.; PEREIRA, A. L.; GABRIEL, F. A. A sociologia de Zygmunt Bauman: Modernidade líquida e consumismo no contexto da contemporaneidade. **Revista Humanidades em Perspectivas**, Curitiba, v. 4, n. 8, p. 122-138, 2022.

MEYER, G. R.; BRAUER, J. F. O desejo do analista e a clínica da psicose: análise de um caso. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 233-258, 2010.

OLIVEIRA, T. M. V. Amostragem não Probabilística: Adequação de Situações para uso e Limitações de amostras por Conveniência, Julgamento e Quotas. **FECAP - Administração Online**, v. 2, n. 3, 2001.

ROCCO, V.; RAVIT, M. 'WITH PSYCHOSIS IN MIND' – the reverberations of the psychotic encounter. **Psychoanalytic Psychotherapy**, v. 29, n. 1, p. 57-69, 2015.

SILVA, B. S.; CASTRO, J. E. A construção do conceito de psicose de Freud a Lacan e suas implicações na prática clínica. **Analytica**, São Paulo, v. 7, n. 13, p. 145-60, 2018.

TRISKA, V. H. C.; D'AGORD, M. R. L. Reflexões teóricas sobre o diagnóstico psicanalítico contemporâneo. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 349-64, 2018.