



Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologiafundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
Brasil

Calazans, Roberto; Bastos, Angélica
Urgência subjetiva e clínica psicanalítica

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. 11, núm. 4, diciembre, 2008, pp. 640-652

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233016511010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Urgência subjetiva e clínica psicanalítica*

Roberto Calazans
Angélica Bastos

640

Nosso objetivo é delimitar o que é chamado de urgência subjetiva e seu tratamento em instituições de saúde mental. Diferentemente da simples urgência ou da emergência clássica, a urgência tornada subjetiva pelo acolhimento do psicanalista pode ser considerada em três momentos da clínica: o momento da precipitação que leva o sujeito à instituição; aquele da recepção do caso na instituição; e o do encaminhamento para o tratamento.

Palavras-chave: Psicanálise, urgência subjetiva, saúde mental

* Trabalho apresentado no III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental/ IX Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental realizados em Niterói (RJ) entre 4 e 7 de setembro de 2008.

Financiamento: bolsa de Estágio Técnico fornecida a Roberto Calazans e bolsa do CNPq a Angélica Bastos.

Introdução

641

Visamos apresentar e discutir a natureza e os efeitos de um novo dispositivo clínico-institucional intitulado de urgência subjetiva e orientado pela clínica psicanalítica.

Entendemos por urgência subjetiva um dispositivo de acolhimento aos sujeitos em crise, que são levados a instituições a partir de demandas variadas (familiares, vizinhos, bombeiros, policiais, guardas municipais, SAMU etc.), com o pedido de acolhimento emergencial do sofrimento psíquico. O dispositivo consiste, inicialmente, em acolher a criança, adolescente ou adulto e extrair, através de uma escuta diferenciada, aquilo que permaneceu em estado de intenso embaraço ou esmagamento do sujeito ou, em alguns casos, o que foi transformado em puro ato com a subtração da palavra. Essa quebra do discurso revela o que é insuportável e sem mediação para o sujeito, levando-o algumas vezes à passagem ao ato, o que coloca em risco sua existência e a dos outros. Esse dispositivo sustenta a aposta no compromisso do sujeito com o seu padecimento, isto é, a aposta de que a palavra do paciente produza enigmas que suscitem demanda para a continuidade do tratamento.

A clínica com sujeitos em grave sofrimento psíquico compreende alguns momentos críticos, que muitas vezes coincidem com o desencadeamento de um quadro psicótico ou crises neuróticas graves. Esse desencadeamento é capaz de gerar atos cometidos por esses sujeitos em nome de um sofrimento psíquico que não cessa somente com a prescrição de medicação psicotrópica, mas requer uma estrutura mais complexa de acolhimento e cuidado. O trabalho na urgência subjetiva pretende restituir a esses adolescentes ou crianças um lugar de sujeitos.

Testemunhamos em nossa prática que nos dias atuais as crianças e os adolescentes, por não responderem ao modelo de produção capitalista, ocupam no contexto social um lugar mais vulnerável.¹ A proposta psicanalítica de trabalho dentro do dispositivo de urgência subjetiva não pretende dar conta de uma urgência social, econômica, ou estritamente médica. Isto quer dizer que o trabalho de urgência subjetiva, entendido como um dispositivo dentro de uma perspectiva discursiva, deve permitir ao sujeito captar a causa da ruptura que provocou a crise. Espera-se também que, a partir daí, ele venha a trabalhar para que o tratamento inaugure um tempo que não seja o da pressa, mas um tempo de interrogação sobre si próprio através do recurso à palavra, prescindindo das passagens ao ato, que o colocam em risco. A questão em jogo é abrir um espaço de criação para o sujeito, onde ele será convidado a inventar um modo de se haver com o insuportável, uma invenção singular que possa dar contorno ao real avassalador que se apresenta no momento da sua entrada em emergência.

No Instituto Municipal Philippe Pinel, no Rio de Janeiro, o dispositivo de urgência subjetiva foi instalado em 2006. Atualmente, dois leitos são destinados à internação infanto-juvenil. Em 2008, enquanto dezesseis casos encontram-se em atendimento na equipe de urgência e nas oficinas, contam-se quatro internações, dentre as quais uma data do ano anterior, uma corresponde a uma reinternação e duas a casos novos (Dias; Pinheiro, 2008). Sem o dispositivo, presume-se que alguns casos teriam sido encaminhados para internação em outras instituições, caso dispusessem de vagas. Na presença do dispositivo, esses dois leitos frequentemente estão desocupados, enquanto os casos que teriam recebido o encaminhamento de internação – 16 – continuam em atendimento na urgência subjetiva ou encontraram outros encaminhamentos tanto internos quanto externos.

Alguns pontos que vão além da introdução do dispositivo justificam uma problematização sobre a urgência subjetiva.

1. Como lembra Eric Laurent, “em cada remodelação social importante, as crianças, que são as mais indefesas, foram as vítimas designadas” (2006, p. 23).

1. Qual a especificidade de uma urgência subjetiva que leva à necessidade de estabelecer um dispositivo de atendimento com o mesmo nome? O que podemos chamar, em termos fenomênicos, de urgência subjetiva?
2. Esse dispositivo institucional tem qual tipo de estrutura: a de determinação de um diagnóstico e encaminhamento para o tratamento ou a de uma modalidade de tratamento que segue a orientação psicanalítica?
3. Tratando-se de clínica analiticamente orientada, a urgência subjetiva corresponde a uma modalidade peculiar de entrevista preliminar ou a uma variação do atendimento psicanalítico em instituição?

A urgência na clínica do sujeito

Um exame da literatura revela que a expressão urgência subjetiva pode ser considerada em três momentos da clínica (Sotelo et al., 2007; Seldes et al., 2007): o momento da precipitação que leva o sujeito à instituição; o momento da recepção do caso na instituição; e o momento do encaminhamento para a condução do tratamento. Ou seja, quando estamos às voltas com a urgência subjetiva devemos estar atentos a essas variações da expressão.

Mas o que é uma urgência? É preciso saber, em primeiro lugar, em torno de que há urgência. Em torno de que questões podemos dizer que uma resposta urge? A urgência advém em torno das questões colocadas por Lacan na abertura do Seminário sobre os escritos técnicos de Freud – o pai, a sexualidade e a morte –, ou seja: em torno de três maneiras distintas de pensar a alteridade e contingência (1953-1954/1986, p. 10)

Quando falamos que algo é urgente, isso significa que não podemos deixar para amanhã. No caso das questões levantadas por Lacan, são questões que não se pode adiar e para as quais não se tem uma resposta determinada para dar. É em torno dessa resposta que um dispositivo deve se ater. Pois as respostas têm, por um lado, uma determinada estrutura e, por outro, comportam uma dimensão de invenção, o que nos leva a considerar nesse dispositivo a importância do diagnóstico diferencial.

Também podemos colocar o problema da seguinte maneira: como definir uma urgência a partir de conceitos psicanalíticos? Podemos apelar para a angústia tal como é definida por Lacan: a angústia é uma irrupção do real no simbólico (1962-1963, p. 178) e isso leva a uma urgência, ou seja, à busca de uma resposta rápida a esse encontro que podemos chamar de traumático.

Mas essa definição de urgência é genérica, não especifica o que se pretende chamar de casos de urgência subjetiva como uma modalidade distinta dos casos que podemos designar, usando uma expressão clássica de Freud, de neurose de transferência.²

Como, então, caracterizar a urgência subjetiva? Belaga (2007) nos diz que a urgência subjetiva é a demanda de todo paciente em situação de crise. Essa definição nos solicita definir o que podemos entender por crise. De todo modo, a definição pela crise aponta para uma ruptura, o que traz uma escansão temporal – um antes e um depois – e uma irrupção de algo que podemos chamar de traumático, seja da ordem de um desencadeamento psicótico, ou de uma despersonalização neurótica. Sotelo (2007) especifica ainda mais ao dizer que a urgência é da ordem do que não pode esperar, o emergente e disruptivo. Seldes nos fala de um momento – que é sempre pontual – em que algo se torna insuportável e Cors (2007), lembrando um texto de Lacan de 1949, fala de uma conjuntura da emergência.

A problematização é pertinente se considerarmos que a demanda clássica de tratamento – aquela endereçada ao analista devido ao enigma sobre o gozo do sujeito – ocorre a partir de uma precipitação. Como lembra Michel Silvestre (1986), uma série de pessoas vive com seus sintomas sem que isso as leve a procurar um analista. Ou seja, é por uma modalidade de laço com outro se tornar problemática que uma precipitação acontece em direção ao analista como aquele que pode responder.

Assim, uma precipitação se dá também em torno de algo que para o sujeito é uma urgência, mesmo que sua relação com o Outro ainda seja mantida devido à demanda. Ou seja, ela se estrutura em torno de alguns significantes que não se fragmentaram. Desse modo, para que a urgência subjetiva seja alçada ao nível de conceito psicanalítico, é necessário diferenciá-la da demanda que chamaremos de clássica. Geralmente os casos de urgência são encaminhados para instituições ditas

2. Essa definição de urgência também é importante para não cairmos no assistencialismo da Psicologia dos Desastres que pensa o mesmo tão-somente como a perda de algo de ordem básica, de sobrevivência, para o sujeito, e não a partir de certa dissolução de seu universo simbólico, por um lado, e de uma resposta do sujeito a essa dissolução, por outro. E também para não cairmos em um discurso sociológico que diz que o mundo mudou, há mais catástrofes hoje do que outrora etc. Como diz Gustavo Corção (1965, p. 10), onde está o homem, está o gemido. Desde a aurora dos tempos há esse lamento de que vivemos em uma catástrofe. Sobre catástrofes antigas basta pensar a peste negra da Idade Média, o massacre das civilizações indígenas americanas, o terremoto de Lisboa do século XVII etc. Daí a importância de valorizarmos aqui as modalidades de resposta do sujeito antes de atribuir toda causalidade ao social.

de saúde – seja por familiares, seja pelo poder público –, o que nos leva à necessidade de estruturar as coordenadas da diferença entre demanda e encaminhamento.

Sabemos que a distinção entre demanda e encaminhamento não se sobrepõe inteiramente a tratamento em consultórios e tratamentos em instituições. Há casos em que a demanda é dirigida às instituições de saúde mental, assim como há casos que são encaminhados para consultórios. Nos casos que qualificamos como urgência, podemos dizer que é da ordem de encaminhamento, uma vez que a irrupção de um acontecimento que se torna traumático não afeta tão-somente o sujeito, mas também o Outro social e institucional. São fenômenos que Eric Laurent diz que “tocam o real: o trauma, a alucinação, o gozo perverso. O neurótico também passa por momentos de angústia que podem lhe dar uma idéia desses fenômenos” (2006, p. 28). Nesse sentido, essa distinção entre demanda e encaminhamento pode ser considerada uma primeira distinção para qualificar a diferença específica do que é chamado de urgência subjetiva.

Aqui é necessária uma especificação trazida por Sotelo (2007): no momento da precipitação, a urgência ainda não é subjetiva e sim generalizada. Assim, a urgência só se torna subjetiva por intermédio de uma operação analítica, quando ela se situa em torno de alguns significantes. A consequência dessa característica genérica inicial da urgência é ela ser endereçada não ao consultório, mas a instituições, e assumir mais a forma de encaminhamento feito ao poder público, do que a forma própria da demanda formulada pelo próprio sujeito a partir de um sintoma que aponta para um enigma, como define Botto (2007).

As outras duas especificidades nos são dadas por Guillermo Belaga, ao falar dos fenômenos clínicos da certeza – situados como pré-delirantes – e da angústia – situado como trauma e como acontecimento. Podemos, então, em uma primeira aproximação, fazer o seguinte quadro comparativo entre os casos que podemos chamar de clássicos e os casos de urgência.

- A. antítese: demanda – encaminhamento
- B. antítese: enigma – certeza
- C. antítese: sintoma – angústia

Podemos, então, concluir que, no nível dos fenômenos, a urgência se torna subjetiva devido ao dispositivo de recepção do caso. Isso porque no início ela é uma demanda não situável ao nível do significante que possibilita a transferência com um analista e sim com a instituição, transferência não analítica ou *lato sensu*. Essa especificidade deve ficar mais clara para podermos pensar que o dispositivo da urgência seja da ordem do encontro com um analista.

Essa precisão se torna necessária principalmente se levarmos em consideração que podemos definir a urgência generalizada como a urgência definida pelo

Outro. Nesse caso, a urgência nos dias atuais é definida a partir do princípio da utilidade e do bem-estar e tem como prática a medicalização em seu amplo aspecto – da farmacopéia aos condicionamentos – e como critério de eficácia a redução dos chamados transtornos – não esquecendo que a noção de transtorno aponta para uma ordem estabelecida ou uma ordem a ser seguida. Assim, temos o surgimento da urgência no sentido de que para um sujeito qualquer coisa pode se tornar traumática, gerando transtornos – basta conferir o uso da depressão como categoria maior da clínica. Ora, onde temos a massificação, não temos a dissimetria essencial para o surgimento do sujeito. Ele, o sujeito, vai ter que arranjar novos modos de se haver com suas questões. A urgência generalizada entra aqui.

Uma das modalidades dessa massificação é a categorização. Hoje é fácil categorizar os diversos sintomas e formar uma tipologia: síndrome do pânico, anorexia, bulimia, toxicomanias, depressão, violência, adolescência. A lista é infinita e heterogênea por não se remeter à formalização clínica. Com a massificação, a modalidade de resposta é, quase sempre, da ordem da angústia, pois a massificação é nada mais do que uma modalidade de aparecimento de identificação, como bem demonstra Recalcati (2003) a propósito dos grupos monossintomáticos. Daí a noção de urgência generalizada poder ser tomada em dois sentidos que não são excludentes, mas de níveis distintos: é generalizada por não destacar a singularidade do sujeito e partir do Outro; é generalizada por partir da idéia de que o transtorno é geral.

E aqui temos uma característica curiosa: essa é uma modalidade de identificação que, aos olhos do Outro utilitarista, deve ser corrigida. Do ponto de vista da psicanálise, se houver demanda, ela deve ser tratada, pois continua a ter como orientação apontar para a falha da identificação, ou para seu logro. Nesse ponto podemos entender a urgência subjetiva como um fenômeno a ser construído a partir de um dispositivo que permita a elaboração de uma causa que divida o sujeito e faça com que uma separação a essas identificações sintomáticas opere. Relembrando Lacan em “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” (1958/1998), o psicanalista não pode ceder em relação a sua ética – na época chamou de política – que determina os fins de sua prática. Como bem colocou Véronique Mariage (2007, p. 59), “não há psicanálise aplicada sem psicanálise pura”. Caso contrário seria ceder, não às mudanças de uma época, mas ao discurso que pretende que essas mudanças sejam um fato indelével e não um fato de discurso que pode ser analisado.

Segundo Musachi (2007), a recepção como dispositivo divide o tempo em dois (nesse aspecto há uma diferença com Belaga, para quem a urgência subjetiva vai da recepção até o final do tratamento) e com dois analistas diferentes em

cada um: aquele que fez a recepção do caso e aquele que conduz o tratamento. O que a leva a colocar a seguinte questão: como fazer desse encontro um encontro analítico?

Encontramos uma orientação de resposta no texto de Belaga. Sobre o dispositivo de recepção do caso, Guillermo Belaga (2007) afirma que sua função é isolar um significante mestre, torná-lo legível para ordenar a lógica do tratamento. Podemos dizer que tem a pretensão de produzir um efeito terapêutico que os lacanianos do Campo Freudiano chamam de rápido. Mas não somente isso: isolar um significante mestre é uma tentativa de produzir a abertura do inconsciente e, conseqüentemente, a orientação para um saber que produza a transferência. Desse modo, seguindo Lacan (1958), podemos estabelecer que se trata de um dispositivo de táticas orientado pela ética da psicanálise. Sua função é tornar possível a estratégia – a transferência – que possibilitará o tratamento pela via da singularidade. Não podemos esquecer que nos casos de urgência subjetiva temos uma modalidade de procura de tratamento que é mais da ordem de encaminhamento do que perturba o social; daí não ser gratuita a definição de saúde mental de Miller (1998, p. 289): a ordem pública. Esse encaminhamento busca uma resposta típica que, na verdade, sutura o sujeito. Abrir essa sutura é permitir que o sujeito apareça e invente outra saída.

Botto segue essa mesma orientação ao afirmar que a urgência ensina que a aparição dramática de alguns significantes na primeira entrevista pode balizar a direção da cura ao longo do tratamento (2007). Aqui aparece, por outro lado, um significante importante: entrevista. A recepção assume, desse modo, a mesma estrutura de uma entrevista em psicanálise, que Lacan chamou de preliminar. É um preliminar ao tratamento. E possibilita o que afirma Seldes sobre esse dispositivo de recepção: “re-introduzir a dimensão subjetiva é situar escansões que comportam um resultado parcial que modifica o problema” (2007). Daí a importância das antíteses que colocamos a propósito da urgência como fenômeno clínico. Essas antíteses são importantes para a determinação do diagnóstico da estrutura clínica e para o estabelecimento da orientação do tratamento.

Podemos fazer essa primeira grande divisão, mesmo que não deixemos de considerar uma série de fenômenos que relevam do que é conhecido nos dias de hoje como psicose ordinária. Nesta, mesmo que tenhamos fenômenos da ordem de uma certeza – o que leva ao diagnóstico de uma psicose –, não encontramos um desencadeamento clássico que marque a ruptura radical do sujeito com o laço social, o que sugeriria uma neurose. É algo da ordem do que Massimo Recalcati, em contraponto a uma clínica da falta, chamou de clínica do vazio, na qual aparecem fenômenos de anorexia, bulimia e toxicomanias. Ainda assim, Massimo Recalcati atenta para a necessidade de fazer o diagnóstico estrutural para não

cair na tentação de pluralização das estruturas clínicas sem encontrar os operadores dessas estruturas.

Ao traçar o conceito de demanda, Jacques-Alain Miller lembra que uma demanda de análise é suportada pela idéia de saída, ou melhor, “é a antecipação da saída que precipita a entrada em análise” (1998, p. 440). Mesmo sabendo que esse é apenas um aspecto da definição de demanda, ela nos indica uma orientação para pensar a urgência subjetiva por diferenciação: quando estamos às voltas com urgências, será que podemos caracterizar uma antecipação da saída? Não é uma procura do sujeito pela instituição e sim um encaminhamento, um ato do Outro que, afetado pela resposta do sujeito, o encaminha para instituição. Desse modo, o que significa oferecer um dispositivo de urgência subjetiva que não pretende se colocar na posição de mestria? É oferecer ao sujeito a oportunidade de formular sua questão, sem ratificar a posição do Outro que o encaminhou para instituição, e dar-lhe oportunidade de se defender dos destinos da doença mental: hospitalização, segregação, medicalização. Pois não podemos esquecer que nesses casos a demanda está necessariamente do lado do Outro que antecipa um fim – no sentido de finalidade terapêutica – para o sujeito. E por isso preferimos falar em precipitação, em vez de demanda, pois a precipitação não deixa de envolver uma resposta do sujeito em relação ao Outro que rateia.

O Outro também rateia na neurose, mas ali ao menos fica ou uma demanda de sentido ou de amor. E, se há demanda, é porque há Outro. Mas isso também não especifica a resposta do analista frente a ela, como aponta Alfredo Zenoni (2001). Não basta situar a psicanálise como experiência de fala, pois isso as psicoterapias também são. Trata-se, antes, de dar condição de passar de dois tipos de demanda genéricos a um tipo de demanda analítica. Ou seja, como fazer com que o sujeito entre em um discurso específico como o da psicanálise? Uma primeira resposta é não responder a demanda do sujeito, pois ela se apresenta como o que Zenoni chama de demanda epistêmica ou terapêutica. A demanda epistêmica é aquela em que há atribuição de saber ao Outro sem haver um sofrimento que justifique uma demanda de tratamento. São algumas demandas de análise para se tornar analista, as de autoconhecimento nas quais o sujeito não quer engajar nenhuma mudança subjetiva. A demanda terapêutica já envolve um sofrimento, envolve alguns aspectos transferenciais, mas ela prima por uma afetividade na qual está em jogo mais o amor do Outro e a ratificação do sofrimento, sem a formulação de um questionamento sobre si. Zenoni aponta a conjugação dessas duas demandas – a de um saber que leva a um questionamento sobre o sofrimento, sobre como o sujeito tornou-se um problema para si mesmo. Em uma palavra: as duas vertentes conjugadas resultam em um sintoma analítico em que a dimensão do enigma é aberta. É esse sintoma, chamado de analítico, a condição de entrada no

discurso analítico: uma intersecção entre um insuportável com a formulação de uma questão.

Consideremos uma distinção proposta por Silvestre (1986). Ele distingue queixa e sofrimento. A queixa, de acordo com ele, está envolvida em um dizer e, como todo dizer, envolve a relação com o Outro. No entanto, ele lembra que, como todo dizer é amparado em palavras e “as palavras voam”, uma mera queixa não é suficiente para sustentar uma demanda decidida de análise, pois ela é indiferenciada ou é a busca de que se escute a queixa sem a formulação de uma questão que permita ao sujeito associar livremente e deslocar o investimento libidinal do significante da queixa. Desse modo, a queixa é só uma fala sem a implicação do sujeito em seu sintoma. É o caso do sujeito que se queixa ao analista e ao padre, ao vizinho, ao chefe etc., sem que se formule uma questão sobre seu sofrimento.

Já o sofrimento é da ordem da paixão. Aqui o sujeito pode permanecer em seu sofrimento sem ao menos demandar um tratamento, pois essa demanda poderia colocar em questão o ganho secundário de seu sofrimento. Justamente quando esse ganho secundário se perde, aparece em primeiro plano a dimensão do desprazer, um limiar de insuportabilidade é ultrapassado, ocorrendo uma precipitação na busca de tratamento. Esse sofrimento serve de modo para o sujeito estabelecer as coordenadas de seu espaço social, e abandonar esse sofrimento de maneira abrupta é, ao contrário do que possa parecer à primeira vista, destituir uma maneira de laço com o Outro estabelecida pelo sujeito. Um exemplo que Freud (1916, p. 331) traz disso é o dos arruinados pelo êxito, o caso de sujeitos que têm a neurose desencadeada justamente quando realizam aquilo que mais desejam: a falta e o sofrimento não servem mais de ponto de apoio no Outro e nada foi colocado no lugar.

No entanto, quando aborda o surgimento da transferência como demanda de amor, ou seja, como resistência ao trabalho de análise, Freud chama a atenção para o fato de que essa inércia de paixão retorna. Esse amor que, como todo amor, exige a reciprocidade e a homeostase, é contrário ao deslocamento dos investimentos no sintoma, proposto pelo trabalho de associação livre. Isso significa que não basta sofrer para precipitar-se a um tratamento, assim como não basta se queixar para permanecer no mesmo. É necessário que um sintoma se configure como um enigma para um sujeito, que a fala formule uma interrogação sobre o sofrimento para que o sujeito se engaje em um tratamento, direcionando esse sintoma a um analista. E isso se faz com o provocar no sujeito um desejo de mudança.

Para concluir

Na urgência subjetiva, tanto no sentido do dispositivo quanto no fenomênico, o empenho do analista está comprometido com o advento do sujeito ali onde o padecimento domina e o corpo social solicita uma solução para o impossível de suportar. Nesse sentido, a urgência, seja generalizada, seja subjetiva, não se confunde com a emergência, no sentido psiquiátrico do termo. O interesse do dispositivo para área da saúde mental compreende a diminuição dos casos de internação e de reinternação, embora esse recurso algumas vezes se mostre necessário à promoção de uma modalidade de cuidado alternativo.

Se seguirmos os princípios da psicanálise nos serviços de recepção, não podemos deixar de considerar alguns aspectos: a escuta dos significantes eleitos pelo sujeito, mesmo em surto de fragmentação esquizofrênica ou em uma crise autística; o que o analista é como função e sua visada na retificação subjetiva como operador; além de não esquecer que a urgência subjetiva se consolida em instituições, o que traz problemas específicos para a direção do tratamento.

Referências

- BELAGA, G. et al. Resonancias en la Ciudad: respuestas a la urgencia subjetiva. *III Encontro Americano do Campo Freudiano*. Disponível em: <<http://www.eamericano.org>>. Acesso em: 21 out. 2007.
- BOTTO, S. et al. La variedad de la práctica: del tipo clínico al caso único en psicoanálisis. *III Encontro Americano do Campo Freudiano*. Disponível em: <<http://www.eamericano.org>>. Acesso em: 21 out. 2007.
- CORÇÃO, G. *O desconcerto do mundo*. Rio de Janeiro: Agir, 1965.
- CORS, R. et al. Tiempos lógicos en una urgencia subjetiva. *III Encontro Americano do Campo Freudiano*. Disponível em: <<http://www.eamericano.org>>. Acesso em: 21 out. 2007.
- DIAS, V.; PINHEIRO, F. A urgência subjetiva no Instituto Phillipe Pinel. Trabalho não publicado, 2008.
- FREUD, S. (1916). Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV, p. 351-380.
- LACAN, J. (1953-54). *O seminário. Livro I. Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.
- _____. (1962-63). *O seminário. Livro 10. A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

_____. (1958). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 591-652.

LAURENT, É. Hijos de trauma. In: BELAGA, G. (Org.). *La urgencia generalizada*. Buenos Aires: Grama, 2006. p. 23-30.

MARIAGE, V. Não há psicanálise aplicada sem psicanálise pura. In: *Pertinências da psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007. p. 59-68.

MILLER, J.-A. Demanda e desejo. In: *Lacan elucidado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

MUSACHI, G. Pausa, un uso possible. *III Encontro Americano do Campo Freudiano*. Disponível em: <<http://www.eamericano.org>>. Acesso em: 21 out. 2007.

RECALCATI, M. *Clinica del vazio*. Madri: Sintesis, 2003.

SELDES, R. et al. La admisión en el dispositivo de PAUSA. *III Encontro Americano do Campo Freudiano*. Disponível em: <<http://www.eamericano.org>>. Acesso em: 21 out. 2007.

SILVESTRE, M. A transferência. In: *Mañana el psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial, 1986. p. 35-67.

SOTELO, J. et al. Cuando el psicoanálisis no responde a lo que le es históricamente típico: Los nuevos centros de atención psicoanalítica. *III Encontro Americano do Campo Freudiano*. Disponível em: <<http://www.eamericano.org>>. Acesso em: 21 out. 2007.

ZENONI, A. Volonté du jouissance et responsabilité du sujet. *Quarto*, Bruxelles, n. 73, p. 13-16, mar. 2001.

651

Resumos

(Urgencia subjetiva y clínica psicoanalítica)

Nuestro objetivo es delimitar lo que se llama la urgencia subjetiva y su tratamiento en las instituciones de salud mental. Diferentemente de la simple urgencia o de la emergencia clásica, la urgencia tornada subjetiva por el acogimiento del psicoanalista puede ser considerada en tres momentos de la clínica: el momento de la precipitación que lleva al sujeto a la institución; el de la recepción del caso en la institución; y el de la orientación para el tratamiento.

Palabras claves: Psiconálisis, urgencia subjetiva, salud mental

(Urgence subjective et clinique psychanalytique)

Notre objectif est de délimiter ce qui est appelé urgence subjective et son traitement dans les institutions de santé mentale. À la différence de l'urgence simple

ou de l'urgence classique, l'urgence devenue «subjective» par l'accueil du psychanalyste peut être divisée en trois moments cliniques: le moment de la précipitation qui amène le sujet à l'institution; celui de la réception du cas à l'institution; et celui de la mise sous traitement du sujet.

Mots clés: Psychanalyse, urgence subjective, santé mentale

(Subjective urgency and the psychoanalytic clinic)

The objective in this article is to delimit what is known as subjective urgency and its treatment in mental health institutions. Subjective urgency differs from simple urgency and classical emergency in that it has become subjective because the psychoanalyst's reception can be considered as consisting of three clinical moments: the moment of precipitation that takes the subject to the institution, the moment of reception at the institution, and treatment itself.

Key words: Psychoanalysis, subjective urgency, mental health

Versão inicial recebida em outubro de 2008

Versão aprovada para publicação em outubro de 2008

ROBERTO CALAZANS

Doutor em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Brasil); professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del Rei (São João del Rei, MG, Brasil); bolsista de estágio técnico da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG (Belo Horizonte, MG, Brasil).

Rua João da Mata, 200/104

36301-444 São João del Rei, MG, Brasil

Fone: (32) 3371-1298

e-mail: roberto.calazans@gmail.com

ANGÉLICA BASTOS

Psicanalista; doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP (São Paulo, SP, Brasil); professora no Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Brasil); bolsista de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Brasília, DF, Brasil).

Av. Atlântica, 554/902

22010-000 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Fone: (21) 2542-6167

e-mail: abastosg@terra.com.br