

Conferência

SAÚDE MENTAL E PSICANÁLISE: OS FORACLUIDOS NA CIDADE DOS DISCURSOS

Conferência proferida por *ANTONIO QUINET** na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**

Debatedor: *Raul Albino Pacheco Filho****

Raul

Boa noite!

Nós estamos aqui reunidos para esta conferência de Antônio Quinet, intitulada “Saúde Mental e Psicanálise: Os Foracluídos na Cidade dos Discursos”, que é promovida pelo Núcleo de Pesquisa Psicanálise e Sociedade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e pela Rede de Pesquisa Psicanálise e Saúde Pública do Fórum do Campo Lacaniano (FCL) de São Paulo.

Embora a maioria de vocês, senão todos, já o conheça, eu lembro suas qualificações: Quinet é psicanalista, psiquiatra e doutor em Filosofia pela Universidade de Paris VIII. É professor da Pós-Graduação em Psicanálise, Saúde e Sociedade na Universidade Veiga de Almeida (UVA), do Rio de Janeiro; é analista membro de escola (AME) da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano (EPFCL-Brasil); foi tradutor da edição brasileira do Seminário VII de Lacan e revisor técnico da edição brasileira do Seminário 17. É autor de inúmeros livros, que vocês devem conhecer: *Os outros em Lacan, A estranheza da Psicanálise, Psicose e laço social, A lição de Charcot, Um olhar a mais, A descoberta do inconsciente*, e assim por diante. Quinet

* Psicanalista. Psiquiatra e doutor em Filosofia pela Universidade de Paris VIII. Professor nos cursos de Mestrado e Doutorado em Psicanálise, Saúde e Sociedade da Universidade Veiga de Almeida (UVA). É analista membro de escola (AME) da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano (EPFCL-Brasil) e da Internacional dos Fóruns do Campo Lacaniano (FCL do Rio de Janeiro). Fundador da Cia. Inconsciente em Cena.

** Proferida em 22 de maio de 2015, em promoção conjunta do Núcleo de Pesquisa Psicanálise e Sociedade do Programa de Estudos Pós-Graduados da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e da Rede de Pesquisa Psicanálise e Saúde Pública do FCL de São Paulo.

*** Professor Titular da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC-SP, onde coordena o Núcleo de Pesquisa Psicanálise e Sociedade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. Psicólogo e doutor em Psicologia. Psicanalista AME da EPFCL-Brasil e da Internacional dos Fóruns do Campo Lacaniano (FCL de São Paulo).

também é fundador da Cia. Inconsciente em Cena, com a qual estreou os espetáculos “Ódipous, filho de Laios”, “Variações Freudianas 1: o sintoma”, “O ato: variações freudianas 2”.

Ao final da conferência será lançada a 2ª edição revista do livro *Na mira do Outro: a paranoia e seus fenômenos*, organizado por Quinet. Também serão vendidos números de *A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, editada pelo Núcleo de Pesquisa Psicanálise e Sociedade, cujo último número é “Autismo e Segregação”.

Quinet

Boa noite a todos!

Obrigado, Raul Pacheco, ao FCL de São Paulo, à PUC-SP. Quero agradecer, também, a presença de vocês, vejo alunos da pós-graduação, da graduação, psicanalistas com muita experiência e também tenho a alegria de ter aqui um grupo de médicos do Instituto de Pesquisa e Ensino Médico do Estado de Minas Gerais (IPEMED), com a professora doutora, psicanalista e psiquiatra Gilda Paoliello.

Para mim é um grande desafio falar de algumas teses que estão no meu livro *Psicose e laço social*, a partir da preocupação de como incluir o psicótico, que, estruturalmente, encontra-se, digamos, fora da norma edipiana. Por não ter feito a travessia simbólica do complexo de Édipo, ele não tem as normas fálicas, a norma da lei simbólica, que permite uma livre circulação nos laços sociais. A partir dessa preocupação eu escrevi esse livro, pois sabemos que há uma tendência da sociedade a excluir os psicóticos. Por outro lado, também da parte do psicótico, há uma tendência, por estrutura, a se excluir dos laços sociais. É isso que eu pretendo aprofundar hoje. A sociedade sempre tentou colocar o louco “do lado de fora”. Os asilos eram todos fora das cidades, os hospícios, antigamente, eram nas periferias das cidades e temos a famosa imagem que Foucault traz em *História da loucura*, da Nau dos Insensatos: o barco dos loucos que eram, então, retirados da cidade e jogados em uma nau para navegar *ad aeternum* e, de preferência, nunca mais voltar.

Temos, aí, uma preocupação que o psicanalista partilha com os outros profissionais da saúde mental e também com determinada perspectiva da própria psiquiatria, aqui no Brasil, que é orientada à desinternação, à constituição de várias estruturas clínicas, para a participação de intermediários no atendimento aos pacientes psicóticos e para

vários tratamentos e estruturas sociais da rede de atendimento, que favorecem sua inclusão social. Entretanto, há um paradoxo nisso e é sobre esse paradoxo que eu gostaria de falar com vocês.

Por um lado, o psicótico é, por estrutura, *foracluso*, denominei no subtítulo de minha conferência. Essa palavra veio do léxico lacaniano e significa que a lei para ele não está incluída, está fora, é excluída, o que é representado no vocabulário lacaniano pelo termo “Nome-do-Pai”: esse representante da lei para o sujeito. Para Freud, a identificação com o pai sinaliza de onde vem, para o sujeito, a lei: a lei de proibição do incesto, a lei que diz que ele não pode fazer tudo, o que Freud chama de “castração”. A partir desse momento, o sujeito, enquanto tal, para poder conviver com os outros, tem de abdicar de alguma coisa: ele tem de abdicar de seu gozo. Tem algo do gozo do sujeito de que ele tem de abdicar e Freud vai dizer que esse é um dos grandes problemas, que traz o mal-estar na civilização, porque o sujeito tem de abdicar de seu gozo. É essa particularidade que o faz, de certa forma, ficar em um gozo autodirigido, ou em um narcisismo, completamente excluído do outro. Ele abdica do gozo para poder entrar nos laços sociais: é o que Freud chama “a renúncia pulsional” que a civilização exige de todos.

Essa renúncia pulsional é absolutamente necessária para que o sujeito entre no laço social, porque o gozo, enquanto tal, é um gozo autista. É um gozo que não faz laço. Mas existe outro gozo que não é autista, que é ao mesmo tempo prazer e desprazer, mas dentro dos laços sociais. É um tema complexo e eu gostaria de partir desse paradoxo: o de um sujeito que não abdica, ou tem dificuldades para abdicar, de seu gozo autista e que, em consequência disso, tem dificuldade de circular e estar no laço social com o outro. Então, o que denominamos *foracluso* designa aqueles que, por estrutura, *foraclusaram* o Nome do Pai. Isso significa que eles não têm o Nome-do-Pai como aquilo que poderia inseri-los na norma fálica, na norma de nossa sociedade patriarcal – que tem uma referência sempre ao mestre, ao pai –, que eles também têm dificuldades de entrar na circulação do sexo e, além disso, também questões relativas à linguagem. Os psicóticos têm uma linguagem peculiar.

Falar nos “*foraclusos* na cidade dos discursos”, como diz nosso subtítulo, que designa os *foraclusos* da norma e da lei social – até mesmo da civilização –, leva-nos a pensar em como eles fazem para trabalhar, ensinar, estudar, casar, etc., como efetivamente o fazem, conforme nos mostra nossa clínica e a vida cotidiana. Nós também partirmos do que Lacan fala, de que o psicótico está fora do discurso: em *lacanês*, isso

significa fora do laço social. Que a tendência dele seja não entrar no laço social não significa que seja uma situação estanque, porque eu acho que, ao contrário, ele está tentando o tempo todo entrar no laço social. Ele faz tentativas, sem parar, de entrar no laço social. Entretanto, de uma forma que a gente pode dizer que, se cada sujeito entra de uma forma singular, eles mais ainda. Mais singular do que o neurótico, que se assujeita à norma do Pai.

Temos, então, esse paradoxo. Se, por lado, o psicótico, o foracluído, tem dificuldade no laço social, como é que vamos incluí-lo? Essa é a questão da saúde mental, do tratamento propriamente dito. O que é importante na abordagem do psicótico não é abordá-lo como se sua condição fosse um defeito: “ah, ele tem a foracclusão do Nome-do-Pai”. Trata-se de uma sua característica e nem mesmo é a que mais importa. Entretanto, assim como para o neurótico o que está recalcado retorna como sintoma, no psicótico o que importa é o que retorna do que está foracluído: é aí que nós vamos encontrar quais são as particularidades do psicótico.

E o que retorna os psiquiatras sabem imediatamente: a alucinação e os delírios, ou seja, o na psicanálise chamamos de “retorno do foracluído no real”. A realidade do psicótico é povoada por esse retorno do foracluído: é povoada de alucinações e delírios. O neurótico vê a realidade a partir de sua própria fantasia – basta, por exemplo, perguntar o que cada um viu de um filme particular para constatar que cada um viu um filme diferente. Evidentemente, isso ocorre, cada um de nós vê a realidade a partir de seus óculos singulares, que a gente denomina fantasia. Não é tão diferente com o psicótico, que também vê a realidade de um modo singular; apenas que, em seu caso, não a partir da fantasia, mas sim desse retorno do foracluído; por exemplo, no caso do paranoico, de seu delírio.

Para o neurótico, como diz Freud, a via régia do inconsciente é o sonho: essa “outra cena”, onde as fantasias e cenas recalçadas vão aparecer, como mostra uma análise. No caso do psicótico, a via régia do inconsciente é a rua. É na rua: é um vizinho do lado, é aquele que passa, é alguma coisa que ele ouve, que se dirige a ele... no caso dele, o inconsciente está na rua. No psicótico, o inconsciente está “a céu aberto”, como diz Lacan, e podemos dizer que “está na rua”, o que é mais difícil! Mais difícil porque o inconsciente “na rua” são as pessoas que passam que vão falar para ele coisas, coisas que ele alucina, que vão persegui-lo, que vão amá-lo, etc., a partir de seu delírio.

A tendência da sociedade sempre foi varrer da rua os loucos. Acho que é daí que vem a expressão “louco varrido”. Varrido da rua! A tendência da Reforma Psiquiátrica

é justamente o oposto: que os loucos voltem à rua. Entretanto, ainda de uma forma esquadrihada e um pouco controlada: não é bem “o mundo é dos loucos”. Contudo, esse movimento de inclusão, de inserção social, é um movimento muito importante, pois a gente sabe que há essa fobia dos loucos, esse medo e rejeição em relação aos loucos, como paradigma do que é diferente. É um movimento importante de duas maneiras. Primeiro, para “tratar” a sociedade para que aceite o diferente. Em segundo, para dar oportunidade para os diferentes se adaptarem à sociedade, mas a partir de sua singularidade.

O paradoxo se desdobra assim: como fazer esse esforço de inclusão com alguém que, por estrutura, está excluído da norma? Como respeitar a singularidade do sujeito e ao mesmo tempo responsabilizá-lo, para se incluir na sociedade? Eu acho que uma das primeiras coisas é a responsabilização do sujeito: tomá-lo como responsável pelas suas alucinações, pelos seus delírios e pelos seus delitos. Em um dos capítulos do meu livro, debato a questão da inimputabilidade penal do psicótico. Inclusive, já começa a existir jurisprudência no próprio sistema jurídico de que não necessariamente uma pessoa deve ir para o manicômio – via de regra, pela vida inteira –, por ser psicótica. Ela também pode ser julgada no tribunal e receber uma pena. Acho que essa questão da responsabilidade é algo muito importante.

Há alguns princípios preliminares, no capítulo “Foraclusão e inclusão”, do meu livro, sobre a dificuldade em que se encontra a psiquiatria hoje: acho importante debatê-los com os psiquiatras. Temos, hoje, uma psiquiatria que não trata mais de sintomas, mas sim de transtornos. É uma psiquiatria que tende a considerar que existe o normal e que aquilo que cai fora disso é um transtorno que deve ser medicado para voltar a uma suposta norma. E isso abole uma possibilidade antiga da medicina e da própria psiquiatria, que é trabalhar com o conceito de sintoma. O sintoma sempre se remete a alguma coisa da estrutura do que está acontecendo. Como diz Foucault, se a tosse é um sintoma de uma pleurisia ou de um edema pulmonar, a alucinação também é o sintoma de alguma coisa e não simplesmente um transtorno da percepção. Quando você passa de uma psiquiatria do sintoma para uma do transtorno, perdemos muito; a psiquiatria se empobrece.

O diálogo com a psicanálise pode permitir avançar nesse sentido. Se o transtorno diz respeito a um distúrbio de funcionamento, a psicanálise, em primeiro lugar, abole essa dicotomia saúde/doença e trabalha sobre o que Freud chamou de economia psíquica. Em relação àquele sujeito que está com seus sintomas, sofrendo com

alucinações, temos de entender que isso é o melhor que ele está conseguindo fazer, dentro de sua economia psíquica. E, sendo isso o melhor, dentro de sua economia psíquica, o que se tem a fazer é trabalhar essa sua singularidade de sujeito. Digamos que já é um tratamento que ele, esse sujeito, está dando para a forclusão do Nome-do-Pai. Como dizia Freud, o delírio é um tratamento: é uma tentativa de tratar – um autotratamento do sujeito –, de dar um jeito de sair do autismo ou do despedaçamento da esquizofrenia. Já é um modo de dar um sentido: por mais louco que seja, já dá um sentido e a realidade se recompõe. O que é diferente da catatonia, ou da dispersão total da linguagem. A primeira coisa a apreender é que aquilo que estamos vendo como fenômeno é um sintoma.

O segundo ponto, que já abordei aqui, é a inclusão do sujeito no tratamento. O sujeito, como todo sujeito – eu gosto de repetir isto –, seja neurótico ou psicótico, é um sujeito de desejo, um sujeito de direito e um sujeito da história. E isso é fundamental. Quando falamos da história, note-se bem, falamos da história dele: a anamnese, feita a partir de entrevistas com parentes, etc., não vai dar conta do que é a história dele. É ele quem precisa se historizar. Aquilo que normalmente se faz em um hospital psiquiátrico, que é pegar a história a partir do relato de parentes e vizinhos, pode dar alguma ideia, mas não conta a verdade do sujeito. O que importa – e já é um tratamento – é o sujeito se historizar: responsabilizar-se por sua própria história. Isso é muito importante não só para o psiquiatra, pois hoje temos uma clínica que não é só dele, mas de vários profissionais: do assistente social, do psicólogo, do terapeuta ocupacional, etc. Digamos que o “clínico” da Reforma Psiquiátrica tem de saber disso.

Conseqüentemente, essa tendência do “cuidado”, do passar a mão na cabeça do sujeito, de associar-se o psicótico a um débil, como se ele tivesse uma fraqueza inerente ou um *déficit*, isso é exatamente o oposto de tratar o sujeito. Eu diria que esses são alguns princípios clínicos fundamentalmente éticos e políticos, porque isso entra na política do tratamento com psicóticos; ou seja, tratá-lo como um sujeito. E nós temos de pensar o seguinte: o autismo de que estou falando aqui não é só o autismo infantil. Trata-se de um autismo daquele que está “fora do laço social”. E, na verdade, nunca há alguém que esteja totalmente autista.

Outra coisa importante a considerar, a partir da concepção de que o psicótico é um sujeito, é que não existe sujeito sem Outro. Esse é um par absolutamente importante a considerar para saber quem são esses outros para o sujeito psicótico: aliás, é também como outro para o tratamento dele que entra o clínico.

Vê-se como a inclusão, a inserção social daquele que está exilado do discurso, é algo muito importante, no momento de acolher a diferença. E o que é realidade para o louco é tão forte, tão ameaçador e tão perigoso que, às vezes, ele vai – ele mesmo, eventualmente, como nós sabemos – buscar refúgio no hospital psiquiátrico. O que também traz esse dilema de estarmos acabando com os hospitais psiquiátricos. Como vamos lidar com essas pessoas que, em determinados momentos, precisam de um acolhimento que seja realizado em determinado lugar? Não estou dizendo que eu seja a favor de manter o hospital psiquiátrico, mas temos, aqui, um paradoxo, que a Reforma Psiquiátrica nos trouxe para ser pensado.

Em algumas circunstâncias, o pedir um asilo (o se exilar) é algo necessário para a recomposição dos laços. Estou só querendo problematizar um pouco essa questão, porque essa inclusão de que se trata – e acho que isso pode ser um aviso para a política da Reforma, – não deve ser uma inclusão a qualquer custo. Não deve visar à entrada no discurso consumista, o discurso capitalista, ao qual todos somos submetidos. Não pode limitar-se a conseguir uma carteirinha para o indivíduo, um salário, um emprego, um modo de fazê-lo produzir para comprar não sei o quê: ou seja, limitar-se a encontrar um modo de fazê-lo entrar no discurso capitalista. Será que é isso a inclusão? Todo o esforço da Reforma Psiquiátrica é para isso?

A gente tem de problematizar de uma forma diferente. Principalmente se chega alguém totalmente louco, que goza de uma maneira que não é sexual, que tem um delírio e um deus determinados... Arthur Bispo do Rosário, por exemplo! Ele não saiu da sala dele por sete anos! Na cela! Porque ele tinha de construir o mundo inteiro, em objetos, segundo a ordem que recebeu do deus dele. Sabemos que ele criou aquela obra maravilhosa. Então, não estamos mais na época em que a exclusão dos loucos do laço social leva a uma resposta de reclusão por parte da sociedade, não é mais esse momento. Pelo contrário, eu faço uma pesquisa de autorização de pacientes no Instituto de Psiquiatria e vejo que, às vezes, o problema é o oposto: “*já tá muito tempo aqui internado, tem que sair rapidinho*”. Virou o contrário: “*tem que sair rápido*”, quando, às vezes, o necessário é que o sujeito estabeleça uma transferência com alguém, com um psicanalista que esteja ali, para que algo possa acontecer. Se não o psicótico vai simplesmente para a rua e tende a ficar completamente disperso.

Trago comigo essa preocupação, que não tem uma solução geral, cuja solução é no caso a caso, evidentemente, mas sobre o que a psicanálise pode nos alertar. Refiro-me ao conselho que Freud dava aos psicanalistas: abstenham-se do *furor sanandi*. Nós,

médicos, psicólogos, temos aquele desejo de querer ajudar, de querer tratar, de que o sintoma desapareça, de que o paciente fique bem. É absolutamente legítimo, mas não é com isso que a gente opera no tratamento. Então, Freud dizia, “abstenham-se do *furor sanandi*” e acreditem que, na psicanálise, a cura vem “por acréscimo”. Ao se analisar, ao se historizar, ao elaborar seus traumas, a cadeia significativa, e suas determinações, o sujeito pode desligar-se de suas fantasias e, então, a cura aparece. É isso!

Abster-se do *furor sanandi* também deveria ser algo para os psiquiatras pensarem a respeito. Ou seja, quando o paciente chegar dizendo “*tô sentindo isso, isso, aquilo*”, talvez não se deva dizer “*então tá bom, vou dar tal remédio... melhorou? Ah, não? Então, vamos mudar o remédio*” – que é o que acontece, geralmente, na psiquiatria. Ao invés disso, dever-se-ia poder acolher aquilo e saber que, lá onde tem o sintoma (que é como a fumaça), ali há “fogo”. E o “fogo” é o sujeito: ali há uma manifestação do sujeito.

Assim como devemos aprender, com Freud, a “abster-nos do *furor sanandi*”, eu diria que também precisamos abster-nos do “*furor includente*”: esse furor de querer incluir, a qualquer custo, o sujeito na sociedade. Porque, com isso, corre-se o risco de também se abolir a singularidade dele. Os sintomas do psicótico não entram com facilidade no pacote dos envelopes formais dos sintomas dos neuróticos típicos de cada época, de cada civilização. A cada época, a cada momento e a cada lugar, os sintomas – os sintomas histéricos, por exemplo – vão-se adaptando segundo a época. Não há mais histeria de conversão e histeroepilepsia, dizem! Entretanto, tem sim, está tudo lá! É chamado de pseudocrise na neurologia. Os neuróticos, desculpe, os neurologistas [risos do conferencista e da plateia] não aceitam a histeria e dizem que quando há convulsão e não há traçado correspondente no eletroencefalograma é pseudocrise. Tá certo, só que é histeria: podiam pelo menos mandar para um psicanalista. Contudo, dizem que é funcional, arranjam um monte de nomes, etc.

Por outro lado, tem uma histeria mais atual. Por que não pensar que as questões de bulimia, anorexia, fibromialgia, essas dores funcionais, tudo isso, fazem parte do que denomino envelope formal do sintoma de uma época? Só que o psicótico não entra no sintoma formal da época. Sempre é uma criação absolutamente *sui generis* e original. É um delírio bem próprio, pode parecer meio religioso, mas não é: não se adapta a nenhuma religião. Isso me parece algo importante de pensar: que tem um lado de acolhimento do sintoma e também tem um lado de acolher essas soluções *sui generis*.

Sobre a questão dos laços sociais, propriamente falando, vi que o Raul colocou aqui no quadro o que Lacan chama de “os quatro discursos”, que são quatro formas de laço social.

Discurso do Mestre $\frac{S_1}{S} \rightarrow \frac{S_2}{a}$	Discurso da Universidade $\frac{S_2}{S_1} \rightarrow \frac{a}{S}$
Discurso da Histérica $\frac{S}{a} \rightarrow \frac{S_1}{S_2}$	Discurso do Analista $\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{S}{S_1}$

Os lugares são:
 $\frac{\text{o agente}}{\text{a verdade}} \quad \frac{\text{o outro}}{\text{a produção}}$

Sei que alguns de vocês estão olhando e não estão entendendo absolutamente nada, mas vou tentar resumir. Não vou abordar diretamente o assunto, mas só para vocês saberem do que se trata. Lacan propõe que nossa civilização não tem tantas formas diferentes de relacionar-se. Há um pacto aqui entre nós: o Raul não chegou pra vocês e falou “*quando o Quinet falar, todo mundo cala a boca e fica ouvindo, fazendo cara de quem está prestando atenção, interessado, tá bom?*”; contudo, tem um pacto entre nós, tem um laço que se estabelece aqui. Se eu começar a dançar, sapatear e tirar a roupa, será um pouco bizarro, isso estará fora do que é esse laço. Esse laço, nós podemos denominar “laço do ensino”, ou, como Lacan o chama, “discurso universitário”. Aí, os lugares e seus ocupantes estão determinados. Há o lugar do “outro”, do “saber”: o “outro” são vocês, que são “objetos”, na cabeça de quem eu estou tentando enfiar um “saber”. Eu, da minha parte, estou falando em nome de Freud e Lacan. E vocês estão rindo, associando um monte de coisas, e, como sujeitos, às vezes não prestam atenção a isso. Entretanto, podemos pensar em outros exemplos, como quando você vira para seu filho e vai ensinar a hora da escola ou de escovar os dentes, etc. Essa é a forma do laço social do “ensinar”: o “discurso universitário”, no dizer de Lacan.

Contudo, também há o “mandar” como forma de laço social. Do patrão para o empregado, do chefe para o subordinado, que Lacan vai chamar de “discurso do mestre”. Isso acontece em qualquer tipo de relação. Quando você manda alguém fazer alguma coisa, você está nesse discurso, no lugar do “mestre”; quando obedece você está no lugar do “escravo”. E quando não obedece você está no lugar do “histérico”: o que

também é bom. Costumo dizer que o obsessivo é o escravo submisso e o histérico é o escravo revoltado. Aí vem o histérico e diz [para o mestre]: você está errado, você está sendo autoritário, dentro de uma forma em que ele é o agente do discurso, um sujeito dividido. Essa é uma forma de laço de revolta, de paquera, de provocar o desejo do outro: é o “discurso histérico” – uma outra forma de laço social.

E Lacan também vai falar do “discurso do analista”. Que raios de coisa louca é essa, de ir ao analista, ele não dizer nada e você ainda pagar? De um analista não poder dizer o que acha, não poder dizer nada, mas ter de fazer o cara “se analisar”, porque não pode estar com o sujeito, mas sim como objeto que causa o processo analítico? Essa é uma forma de laço social totalmente nova e diferente, que não se confunde com a psicologia nem com a psiquiatria ou a medicina regular.

E Lacan, lá em 1970, coloca mais um laço social, que seria um laço dominante em nossa sociedade: o “discurso capitalista”. É um laço social paradoxal, porque não faz laço: a relação é sua com o objeto. É o objeto que você vai consumir, não é uma relação pessoal: é uma relação do consumo. O objeto é fabricado a partir da tecnologia da ciência e você acredita que é o objeto do seu desejo. De fato, ele não é, mas faz você comprar.

A questão do psicótico é a dificuldade de ele se adaptar e de ele circular por esses discursos, por esses laços sociais. Isso não quer dizer que ele não entra neles. E eu quero mostrar, aqui, qual é a forma de ele entrar. Em relação a isso, Lacan vem com esta frase: “o psicótico é o mestre na cidade dos discursos”. Como assim? Se ele está fora disso, como ele é o mestre? Eu entendo da seguinte forma: é por ele ficar fora que mostra que estamos presos. Então, ele é o elemento de fora e que mostra que estamos todos atrelados e temos a maior dificuldade de sair desses laços sociais já estabelecidos. A gente circula, mas isso mostra mais uma dificuldade, porque, como Lacan diz, o psicótico é o homem livre por excelência. É claro que é uma liberdade que tem um preço enorme. Diferentemente do nome dado a ele de alienado, ele não é alienado. Vamos ver o motivo de ele levar esse nome, a alienação, que é, propriamente falando, a paranoia. Entretanto, no caso da esquizofrenia, ela mostraria o que seria o protótipo do homem livre por excelência, porque o esquizofrênico é “vários”; ele pode ser qualquer coisa; não tem nem um corpo, o corpo dele é despedaçado; ele tem delírios, escuta vozes, várias pessoas falam com ele no mundo inteiro e em outros planetas

também; ele é antenado, fica com o canal aberto. Tem um que diz assim “*olha, agora eu consegui fechar*”, mas quando ele abre, é uma loucura, as coisas que ele ouve, todas as coisas que passam por ali.

Lacan chama o discurso do esquizofrênico, usando um neologismo, de discurso “*pulvurulento*”: ou seja, pulverizante e virulento. Que desfaz o que é estabelecido, o conhecido, arranja novas formas, abre novas possibilidades significativas. Isso é muito difícil para nós – que estamos presos nos discursos, nesses laços sociais conhecidos – suportarmos. Então, temos o que aprender com esse “mestre nas cidades dos discursos”. Não é à toa que existem gênios psicóticos: vejam o filme sobre Alan Turing, *O Jogo da Imitação*, ou o filme *Uma Mente Brilhante*, sobre o matemático John Forbes Nash, que mostram suas genialidades.

Eu queria trabalhar, agora, a questão sobre a diferença entre a paranoia e a esquizofrenia, em relação aos laços sociais. Eu diria o seguinte: o paranoico é aquele que consegue ir mais, circular mais nos laços sociais, consegue entrar nos laços sociais. Já o esquizofrênico, não: ele tem a maior dificuldade de entrar nos laços sociais. A gente teria muita dificuldade de pensar no “paranoico puro” e no “esquizofrênico puro”, que são muito difíceis de encontrar na clínica, embora existam. Aliás, também existe o processo de paranoização do esquizofrênico.

Se nós partirmos, aqui, daquilo que permite a impressão e a sensação de ser “Um”, de você dizer eu sou “Eu”, mas como “Um”, não é apenas o corpo. Não é apenas o espelho que me diz que “*eu sou um corpo*”, mas sim o significante: uma identidade, digamos assim, de linguagem, que nós vamos denominar S1. E que vamos encontrar na paranoia, mas não vamos encontrar na esquizofrenia: esse “Um”. Então, se partirmos do paranoico como aquele que tem uma identidade, enquanto tal, o esquizofrênico é aquele que é disperso, ou que está na dispersão ou na pulverização. O sujeito paranoico, então, é identificado a esse “Um”: ele é um “Um”.

No caso da esquizofrenia, há uma pulverização desses S1 que vão determinar o sujeito. Ele, então, não sabe exatamente o que é isso que volta para ele sob a forma da alucinação. Tem aquele “*Tu és*”, que geralmente vem na forma de xingamento: “*Viado, filha da puta*”; ou “*vaca*”, ou “*ladrão*”. São significantes que, por ele não ter esse significante, esse “Um” da sua identidade, retornam no Real sob a forma de um “*Tu és*”, e, geralmente, um “*Tu és*” da ordem do xingamento. O que é curioso é que é esse S1, que, ocasionalmente, ele recebe do lado de fora, que vai proporcionar a possibilidade de ele entrar no laço social.

Se tomarmos, por exemplo, o famoso caso Schreber, há dois momentos de seu delírio: o momento que eu diria esquizofrênico, que é o momento em que ele sente o corpo despedaçado, que a calota de seu crânio foi pulverizada, que ele engole a própria traqueia, que seu pulmão é evaporado, que ele sente morrer várias vezes, que seus genitais são liquefeitos quando toma banho e todas essas sensações corporais terríveis, que mostram aquilo que Lacan chama de imagens do corpo despedaçado. Ele não tem um corpo; ele não é “Um”. Entretanto, pouco a pouco, ele vai se tornando “Um”. E ele vai se tornar um “Um” quando constituir seu delírio. E esse delírio ele constitui como sendo a mulher de Deus. Ele faz um delírio de ser a mulher de Deus que vai dar origem a uma raça de homens “schreberianos”. Esse é a formulação final de seu delírio.

Contudo, isso não partiu do nada. Foi um longo processo – que denomino paranoizacão –, em que, em determinado momento de seu delírio, ele escutou um significante que foi especial para ele: “*luder*”, que em alemão significa, ao mesmo tempo, “puta” e “isca”. Esse significante, que ele escutou alucinatoriamente, fez todo um sentido para ele e foi o significante que o fisgou, de certa forma. A partir disso, desse significante, ele construiu puta, que virou mulher, para ele. Dentro de seu delírio, do esboço delirante que ele já vinha tendo e no qual ele sentia os nervos de Deus em conexão com o próprio corpo, esses nervos de Deus o feminizavam, ao que ele tinha horror. Pouco a pouco, ele foi-se identificando com esse significante mulher – puta e depois mulher – e foi-se transformando no que, como ele mesmo diria, era “a mulher de Deus”, por meio do que criou um delírio de redenção. Um grande delírio de redenção, em que ele constrói um Outro para ele. E, nesse momento em que constrói um Outro para si, ele é um sujeito-mulher, representado para outro significante: Deus. Então, o sujeito se articula aí, como um sujeito [escreve no quadro].

$$\frac{S1}{8} \rightarrow S2$$

Aqui seria mulher, aqui Deus e isso faz com que ele seja um sujeito. Doido de pedra, mas um sujeito. E o interessante, que ele mesmo relata – e que Freud e Lacan vão notar, nos textos deles sobre a psicose –, é que no momento em que isso se estabelece, essa tentativa de cura da psicose, toda a realidade dele se constitui. A tal ponto que ele escreve suas memórias, relatando tudo o que aconteceu, dizendo “*olha aqui como eu sou um homem perfeitamente sadio e posso sair do hospital*”. E saiu do hospital

e voltou ao convívio com mulheres, familiares e tudo. Ou seja, algo que aconteceu a partir dessa alucinação, desse significante que apareceu, permitiu que ele se reconstituísse completamente.

Esse é um exemplo paradigmático, que mostra a importância dessa retenção do sujeito por um significante. Ele é retido, que é o caso do paranoico. Isso, de certa forma, aproxima a paranoia da neurose: o paranoico é muito mais parecido com o neurótico, seja obsessivo ou histérico, do que o esquizofrênico. Tanto que Freud chamava de “psiconeuroses de defesa” a obsessão, a histeria e a paranoia. Entretanto, há diferenças fundamentais, que são de estrutura. Eu encontrei em Lacan, a partir de Kretschmer, psiquiatra da velha guarda da psiquiatria clássica alemã, esse termo que proponho em meu livro para pensar essa relação do psicótico com esse significante, que o faz se identificar e se representar para todos os outros: a “retenção”, justamente a *Verhaltung*, que a gente encontra na paranoia.

Verhaltung, que tem esse “*haltung*”, que quer dizer “deter”, “parar”. Então, é uma coisa que para, e, por outro lado, congela o sujeito ali. O que é diferente do neurótico, pois ele não é retido naquele significante, mas sim representado. E, portanto, o neurótico pode deslizar na cadeia. É o que a gente faz em uma análise, quando pode verificar que é uma coisa, mas pode ser outra e mais outra e mais outra... e que nunca é aquilo: você é representado. Você é mulher, você é esposa, você é filha, você é mãe, além dos significantes com que teu pai e tua mãe te chamavam: você é bonitinha, você é uma chata, você é gordinha que nem sua avó... A gente fica fixado ali, mas são vários significantes que você vai deslizando e percebendo, em sua análise.

É diferente no caso do paranoico. Para o paranoico, a dificuldade é sair dali: Ele é “retido”. Ele é retido por aquele significante, que pode ser algo que ele mesmo data a partir de um acontecimento: um acontecimento que pode ser traumático e, por outro lado, dá a impressão de ser o Um em relação a todos os outros. E a tendência, ao ser o Um em relação a todos os outros, é de ser o Único: vem daí o caráter megalomaniaco do paranoico. Aí há O Pastor, O Presidente, etc. Entretanto, o presidente que acredita ser O Presidente é louco: você “está” (e não “é”) presidente. É o que Lacan diz de Ludwig II da Baviera. Aquele rei que acredita que “é” rei é louco. O que isso significa? Quer dizer que quando você cola naquilo – o rei, o presidente, o pastor, o psicanalista (tem também, não é? “*Eu sou o psicanalista, ninguém mais é. Eu que sou!*”) – você é louco.

Isso acontece quando o sujeito se encontra retido ali, naquele significante, e que o representa para todos os outros significantes. O caráter megalomaniaco do paranoico

é muito mais a partir disso, dessa identificação que Lacan também chama de identificação ideal: uma identificação sem mediação nenhuma, onde o sujeito está colocado ali: a partir de onde que ele vai entrar em relação com os outros. Eu diria que é muito mais a partir dessa retenção ou congelamento em relação ao significante, ao qual ele é alienado.

Já o neurótico é alienado, mas também separado. Quando a gente chega à análise, vamos falando todas as nossas alienações e o analista vai fazendo a gente ver que, se estamos alienados nisso aí, a esse lugar, a esse nome que nos faz sofrer, também estamos separados disso. Portanto, é no jogo de alienação e separação que o neurótico se situa. E é por estar estruturalmente separado, que é possível deslizar; o que não é o caso do paranoico.

Retomando: o esquizofrênico não está fixado, colado nisso. Estou fazendo uma espécie de *pot-pourri* dos casos: se você pegar o caso do Homem dos Lobos, por exemplo, ele é assim designado: é “O homem dos lobos” e não mais o Sergei Pankejeff. Ele era pintor e virou o caso de Freud para a comunidade psicanalítica. Ele assinava *Wolfsmann*, o Homem dos Lobos. Transformou-se nesse nome, que ele, *Wolfsmann*, era para toda comunidade de analistas. Virou até moda ter um quadro do Homem dos Lobos. As pessoas iam lá e pediam para ele pintar um quadro da mesma cena, com os lobos, que era a única que ele sabia pintar [risos da plateia]. E assinava *Wolfsmann*, que é uma coisa em que ele colou: nesse significante.

Comecem a pensar nos psicóticos que vocês conhecem, na clínica ou entre nós [risos da plateia]. “*Entre nós*”, todo mundo já percebeu vários: “*aquele lá, aquele lá*” [risos]. Comecem a pensar nos psicóticos como aquela pessoa que, estando em determinado cargo, acha que “é aquilo”. Tomando isso como paradigma para pensar a separação entre o esquizofrênico e o paranoico, digamos que o primeiro não é retido por um significante, enquanto o segundo o é. O que dá a possibilidade de o sujeito entrar no laço social é ele ser representado por um significante para outro significante. Se essa retenção pode ser ruim, por um lado, ela permite que o sujeito possa entrar no laço social a partir disso, de outro. E pode ser de uma forma paranoica, em que ele entra nos nos laços sociais tendo sempre aquela ideiazinha delirante rondando: “*será que isso ou aquilo?*” – aquela ideia do complô. Porque ele se acredita o Um, ele está sempre achando que há um complô contra ele: que estão tramando, fazendo alguma coisa contra ele.

Em termos de estrutura – e aí eu queria falar mais para os psicanalistas, pois não sei se os outros vão conseguir me seguir muito –, como a gente pode entender isso a partir da metáfora paterna e do que seria a “escolha” da estrutura? Por incrível que pareça, Freud fala de uma “escolha da neurose”. O modelo freudiano dessa “escolha” é o seguinte: há um encontro traumático com o sexo, para todo mundo, não tem jeito. O encontro com o sexo é traumático. Ele diz inicialmente que, na histeria, há uma cena em que há desprazer ou indiferença, enquanto que na neurose obsessiva há um gozo a mais. O que acontece é que nesse encontro traumático do neurótico obsessivo com o sexo – ele toma para paranoia o modelo da neurose obsessiva, que seria o que mais se aproxima –, ocorrido na fantasia, quando criança, ele teve muito prazer. Entretanto, logo em seguida veio a culpa. A culpa daquele encontro que foi muito prazeroso é um índice de que aquilo era proibido: ele sabe que não estava fazendo boa coisa. Essa proibição transforma aquele gozo que era bom em ruim, e o prazer torna-se desprazer, devido a um sentimento de culpa que é o índice do Nome-do-Pai, um índice da lei.

Então, nós temos dois momentos muito importantes: o momento do encontro com o sexo, que traz uma recordação disso que é um significante – é uma inscrição no aparelho psíquico, diria Freud – e temos essa lei, que mostra que aquilo era proibido. O que acontece com o neurótico é que ele não quer saber nada disso e recalca tudo. Ao invés de se sentir culpado com aquilo, vai começar seus rituais, arrumar tudo, para que nada possa aparecer que lembre aquilo. Mesmo se não tiver nada a ver, ele está sempre arrumando tudo, para que aquilo não retorne, por que é insuportável: ele recalca.

No caso do paranoico, então, o que é que acontece, em termos da semelhança e da diferença com a neurose obsessiva? No encontro com o sexo, no caso da neurose obsessiva, há essa cena que marca uma inscrição, como o significante traumático da cena traumática, e o significante da lei. Isso tudo é associado e ligado. Então, quando ele goza, ele sente culpa. Freud já dizia: veja a questão da masturbação. Não há gozo que não venha junto com sua interdição. Daí essa chateação, de que o sexo é sempre um problema para todo mundo: de que há essa articulação da lei com o gozo.

Já no caso do paranoico, esse significante da lei, que é o Nome-do-Pai, é foracluído. O mecanismo é a *Verwerfung*. Na paranoia, ele é retido, que é o caso da *Verhaltung*. Então, o que vemos é o sujeito retido por esse S1; e o S2, que é igual ao Nome-do-Pai, ele é “zerificado”. O sujeito é retido por esse significante S1, apesar da foraclusão do Nome-do-Pai. É por isso que o paranoico é diferente do esquizofrênico: porque há esse momento.

Lacan situa o Édipo freudiano de uma maneira mais estrutural. O sujeito está submetido à mãe: o bebê está submetido ao gozo da mãe, ao desejo da mãe e ele não entende o que é exatamente aquilo. Ele está assujeitado àquilo. Quando a mãe começa a apontar para fora dele, geralmente para o pai ou para qualquer outra coisa – o trabalho, etc. –, essa outra coisa que não o bebê, qualquer coisa para a qual o desejo dela esteja dirigido, ele vai chamar de pai. É o Nome-do-Pai que está no discurso da mãe. Esse desejo é metabolizado, elaborado pelo Nome-do-Pai, que vem barrar o desejo da mãe. Como resultado temos o falo, o significado fálico, que é a inscrição do sujeito no sexo, propriamente falando. É o Nome-do-Pai que vai comandar agora todo o psiquismo do sujeito. E aquilo que é o Outro, que é o lugar do inconsciente para o sujeito, está barrado para ele: está barrado para o sujeito e é por isso que os neuróticos só têm acesso ao inconsciente por meio dos sonhos, lapsos, sintomas, etc.

Não acontece isso na psicose. Porém, podemos inferir que algo do paranoico se encontra submetido ao desejo da mãe: o que não é o caso do esquizofrênico. Eu diria que não é impossível o esquizofrênico se paranoizar e entrar no laço social. Por mais incrível que isso possa parecer, dá outra orientação ao tratamento: que não se trata de cortar o delírio daquele paciente que vem nos ver, mas, ao contrário, de ajudá-lo a elaborar seu delírio. Ou seja, elaborar, encontrar algum significante com que ele se identifique e que pare o desvario da cadeia significante, com a maluquice das cadeias que não param; ou seja, que pare as cadeias que não param, para que ele possa entrar no laço social, por mais maluco que seja, como ser “a mulher de Deus” ou “o Homem dos Lobos”. Note-se que o segundo é diferente, por se tratar de uma psicose que não tem empuxo à mulher: ele é “o Homem dos Lobos” e quem conhece o caso sabe que lobos é o lugar do Pai, o lugar do preceptor. Esse pai que vai comê-lo, que vai castrá-lo, etc. Ele aparece tanto no Homem dos Lobos e no Schereber, como objeto do outro, que ele constitui assim em seu delírio.

Eu diria que não é apenas a partir do delírio que o psicótico entra no laço social. O delírio permite que ele entre no laço social, mas ele também pode entrar no laço social de outras formas. Ele pode trabalhar, entrar em instituições e, por exemplo, ter seu delírio guardado em reservado. Por exemplo, no caso de Schereber, ser a mulher de Deus: “*pera aí, só um instantinho, que vou ali dar uma transadinha com Deus e já volto*” [risos da plateia]. Ele vai lá, tem a tal da prática transexualista, que ele tem em reservado, e isso permite a ele outras formas de entrar no laço social. Ou seja, é partir

do delírio, mas não é só partir do delírio, que ele entra no laço social, porque há uma reconstituição da realidade. Tudo isso são construções e ferramentas que eu proponho para a gente pensar o laço social na psicose.

[Aplausos]

Raul

Obrigado, Quinet!

Eu reservei um tempo, antes de abrir para as questões, para poder fazer um pequeno comentário.

E a razão é a seguinte: é muito interessante esse esforço que você faz para transmitir para um público heterogêneo, mas eu ainda queria te explorar um pouco mais, no sentido dos temas que a gente trabalha no Núcleo de Pesquisa Psicanálise e Sociedade e na Rede de Pesquisa Psicanálise e Saúde Pública. E que vão para a questão dos discursos propriamente ditos. No Núcleo, a gente sempre trabalha o enlaçamento do sujeito à sociedade em diversas modalidades discursivas, e a saúde mental é obviamente um dos âmbitos em que isso acontece. E na Rede a gente tem o foco na saúde pública, e está sempre dialogando com os outros campos do saber, com as áreas profissionais distintas e também com os movimentos sociais.

Eu reservei quinze minutos para trazer questões que você trabalha, inclusive, em seus livros, principalmente o *Psicose e laço social*, para te ouvir também um pouco a respeito disso. Eu sei que principalmente o pessoal da psicanálise está muito interessado em trabalhar essa formalização que você faz dessa diferenciação da paranoia com a esquizofrenia e a questão da paranoização, mas eu queria trabalhar ainda essas questões, porque, aliás, lemos e trabalhamos essa parte sobre a questão das relações com o discurso. E eu queria te ouvir a respeito disso.

Quem trabalha na saúde pública está sempre às voltas com o impossível freudiano do governar; ou com o discurso do amo, o discurso do mestre, que está colocado aí no quadro. Como pesquisadores, é claro que a gente gostaria de fazer um esforço para se situar no discurso histórico e fazer nossas provocações aos encarregados, aos especialistas, de dizer alguma coisa a respeito do que se investiga.

Por outro lado, quando se trata de saúde pública, a gente tá sempre lidando com o Estado. Isso perpassa, isso media as relações: obviamente, falo do Estado capitalista.

Eu não vou entrar muito nessa questão, caso você tivesse entrado, a gente poderia explorar um pouco mais: a questão da barreira do gozo no discurso capitalista, se ele é realmente um discurso que faz laço associal, se se trata de um discurso que ultrapassa a barreira do gozo ou só faz semblante disso. Entretanto, vou me concentrar principalmente nas coisas que você fala em seu livro *Psicose e laço social*, no capítulo 3, “Foraclusão e fora do discurso”.

Você fala em três condições preliminares para a inclusão do sujeito psicótico: esse foracluído na cidade dos discursos. Primeira condição preliminar: incluir o sintoma no diagnóstico. Vou colocar um primeiro ponto sobre o qual eu gostaria de te ouvir um pouco mais. Poderíamos dizer que o principal foco de uma crítica seria o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM), a partir de sua versão III, e, em caso positivo, se nós poderíamos agregar a essa crítica outros quase aforismos que você apresenta no mesmo livro, como: a) não recuar diante do DSM; b) para novos males, novos remédios, ou para novos remédios, pseudo novos males?; c) “o paciente politranstornado do DSM” (onde, para mim, se insinua uma crítica à noção de comorbidade no DSM; d) a nova “mitologia cerebral” da psiquiatria do DSM.

Então, essa é a minha primeira questão: quando você fala incluir o sintoma no diagnóstico, se a crítica preferencial não é o DSM, a partir da sua versão III.

A segunda questão preliminar que você coloca para a inclusão do psicótico é incluir o sujeito no tratamento, como você colocou aqui. Eu proporia um segundo ponto derivado disso, no seguinte sentido: se aqui o principal foco da crítica não seria a ciência moderna, de uma forma geral, e as variantes positivistas da psiquiatria e da psicologia, por abandonarem o sujeito, tal como gostaríamos que ele fosse abordado, e o abordarem de uma maneira objetificada – como objeto, tal como está ali no matema do discurso universitário. E se essa crítica poderia também ser estendida às demais abordagens da psiquiatria e psicologia: e aqui eu estou incluindo as abordagens da psiquiatria clássica, no sentido de negligenciar não o sujeito da consciência, mas sim o sujeito do inconsciente, seja o inconsciente recalcado do neurótico, seja o inconsciente a céu aberto do psicótico.

E a terceira condição preliminar que você coloca é a inclusão da foraclusão. Aqui eu pergunto se poderíamos dizer que há um alerta, mas um alerta que se dirige para três focos diferentes: primeiro, a todas as vertentes da psicologia e da psiquiatria que não levam em conta a diferença distintiva do modo de o psicótico lidar com a falta e

com a castração; segundo, um alerta à sociedade, de uma maneira geral, alertando-a sobre a obrigação ética de reservar um espaço para esse sujeito de uma alteridade tão radical, que é o psicótico; e que nunca vai responder de uma maneira dócil, normalizada, bem adaptada à sociedade. E, terceiro, um alerta aos próprios movimentos sociais, que tem o mérito de politizar o que desde sempre é político, que é o poder na assistência à loucura, que, como denunciou Foucault, permanece oculto por trás de uma roupagem pseudocientífica – então, estou falando do mérito da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, que nos abrem os olhos acertadamente e nos convocam para a luta política –, mas que muitas vezes se satisfazem em circunscrever seus esforços ao resgate das condições de cidadania do paciente, como você falou. Porém, às vezes o fazem subestimando a relevância da escuta clínica do que há de específico no psicótico e do que há de específico em cada estrutura de sujeito.

Para concluir minha fala e te devolver a palavra, eu formulo uma última pergunta.

Como você lembrou, na saúde mental encontram-se psicanalistas, médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes de enfermagem, e assim por diante. Você acha que os psicanalistas, com seus fundamentos epistemológicos, teóricos, metodológicos, clínicos e éticos, e com sua oferta de uma clínica inédita e original para o tratamento do mal-estar do existir, poderiam, apesar das divergências, estabelecer alianças estratégicas com outras abordagens, movimentos e categorias profissionais?

Arrisco um palpite: não será que a principal ameaça para a psicanálise e para o sujeito que ela deve tratar advém não dos outros saberes com que ela tem de se haver, mas sim do discurso capitalista em que estamos todos imersos?



Eu sempre questiono: será pura casualidade que, a partir do DSM III, em 1980, disparou-se a influência de uma abordagem mais organicista na psiquiatria? E que foi nessa mesma ocasião que se reduziu a influência da psicanálise e da psiquiatria clássica, na construção do DSM e do CID? Ou será que existe aí a influência de uma indústria que movimenta mais de 1 trilhão de dólares anuais no mundo inteiro, isto é, a indústria farmacêutica? E que, como nós sabemos, e Lacan coloca claramente, o discurso capitalista não está muito interessado em trazer algo para nos ajudar a conduzir

mais eticamente nossas relações com os outros e conosco, e também não traz uma maneira de cuidar do nosso mundo. Seu movimento volta-se a criar coisas que devem ser consumidas e que, de certa maneira, tragam lucro. Quer dizer: não é isso que está por trás de algumas transformações que ocorreram no DSM? E se isso prossegue desse jeito, não induz um desaparecimento da psicanálise e até do que a psicanálise pretende sustentar, que é um sujeito que tem uma singularidade em sua maneira de lidar com a castração e com a falta no Outro, seja na neurose, psicose, paranoia ou esquizofrenia?

Estou te chamando um pouquinho, porque eu vi teu esforço muito interessante para trazer ao mesmo tempo alguma coisa para as pessoas que não conhecem psicanálise e outras para os psicanalistas. E agora eu te chamo para trazer coisas para as pessoas que estão nos nossos grupos – o Núcleo de Pesquisa Psicanálise e Sociedade e a Rede de Pesquisa Psicanálise e Saúde Pública –, que trabalham, na atualidade, principalmente com a teoria dos discursos. Como é que fica o psicótico, o paciente de saúde mental, na cidade dos discursos?

Quinet

Bom, acho que merece uma salva de palmas!

[Aplausos]

Raul, acho que eu nunca fui tão bem lido, viu? [dirigindo-se ao público] Ele é meio capcioso, não é? Porque ele fala na forma de pergunta tudo o que ele queria dizer [risos]. Você já responde de uma forma muito interessante a partir do livro e trazendo a questão política. E esse paradoxo de que a gente vive no discurso capitalista, no paradoxo da ciência, e até que ponto os próprios psiquiatras e os cientistas ficam a serviço da indústria farmacêutica? [dirigindo-se ao público] Também estou usando o mesmo método dele de pergunta.

[Risos]

São perguntas que, assim como você, expus de forma bastante veemente no meu livro. Entretanto, o que quero dizer é que há psiquiatras e psiquiatras. A tendência,

o que a gente vê, é que de repente se cria uma síndrome. Será que ela é descoberta ou ela é nomeada de tal maneira que possa ser medicada? É uma questão. Desde a síndrome do pânico, que surgiu há um tempão e que... crises de fobia a gente já conhece há tempos, desde Freud. Então, realmente, no meu livro eu coloco essas perguntas: será que são novos males? Ou se criam novas nomenclaturas e pseudo novos males para justificar novas medicações? Isso seria algo que se poderia denominar “perversão na pesquisa científica” e que estaria a favor do discurso capitalista.

Por outro lado, não podemos negar que o avanço em termos dos antipsicóticos também tem sido uma ferramenta importante de inclusão social. Não podemos negar que também há pesquisa séria nessa área. Não se trata de: “*Ah! O Quinet é contra o remédio!*”. Não é assim. Não é todo psiquiatra que vai estar a serviço da indústria farmacêutica, que não lida com o sujeito e que só quer saber dos neurônios. Eu conheço vários psiquiatras, amigos meus, que lutam contra essa corrente de medicalização sem fim; e que muitas vezes nem escutam seus pacientes e só querem saber se a coisa melhorou ou não.

Acho que cabe a nós *alertar* – gostei dessa palavra que você usou – para que isso não seja usado dessa forma. Eu atendo psicóticos que são acompanhados por psiquiatras que trabalham comigo. Tomam medicação e nada impede que eles continuem a fazer análise: elaborando, questionando. Hoje em dia, não dá para ficar passando pomada e falar “*ah meu querido, isso não é nada!*”. Tem de dizer: “*é psicótico sim!*”, tem de saber o que é e tem de lidar com isso. Não que sou eu quem vai dizer o diagnóstico, mas também não é uma coisa da qual a gente tenha de fugir, fingir que não existe. E achar que com o remédio vai resolver. Não resolve. Todo mundo sabe que não resolve. Atenua, melhora, mas o trabalho psíquico do psicótico, de ele saber que é assim, que vai melhorar, mas aquilo nunca vai acabar totalmente, que ele vai ter de lidar com isso, eu acho que é uma atitude ética, que tanto os psiquiatras quanto os psicanalistas devem ter.

Raul

Aliás, quando eu frisei bem que me referia ao DSM a partir da versão III, havia uma razão. Quando eu falei em alianças estratégicas, pensei nos psiquiatras, inclusive. Eu acho que existem alianças interessantes que a psicanálise pode fazer. Primeiro, com todas as categorias profissionais: na medida em que se ampliou a presença de

vários profissionais na saúde mental, entendo que esses novos recém-chegados sejam os aliados preferenciais do psicanalista. Entretanto, eu acho que dentro da própria psiquiatria também existem aliados.

Lembro um grande psiquiatra, amigo de Lacan – Henry Ey –, que deixa bem claro que existem uma nosologia e uma nosografia que têm uma fundamentação em entidades mórbidas. Eu acho que a psiquiatria clássica – seja a alemã, como a de Kurt Schneider, ou outras – sempre buscava uma fundamentação mais consistente do que apenas a baseada nos sintomas. E mesmo os que intentaram um instrumento mais amplo, que pudesse servir para todos, como é o caso de Karl Jaspers, também não se limitavam a essa visão radical, estritamente organicista e sustentada puramente em alterações sintomáticas, que vemos nas últimas versões do DSM.

É por isso que localizo a versão III de DSM como um marco: uma influência decisiva de uma abordagem baseada apenas em modificações produzidas pelos medicamentos nos sintomas. Eu também não sou, como você, contra o remédio. Somos extremamente beneficiados, nós, psicanalistas, e todo mundo, pelo que está sendo descoberto no nível dos psicofármacos. Contudo, uma coisa é você ser beneficiado pelos psicofármacos; outra bem diferente é tentar-se fundamentar uma nosologia e uma nosografia exclusivamente a partir de transtornos que reagem de determinadas maneiras a medicações de determinados tipos. E abandonando-se fundamentações mais sólidas do que esses efeitos das medicações: fundamentações das quais a psiquiatria clássica não desistia, como fazem as versões mais recentes do DSM.

Mesmo as versões da psiquiatria menos simpáticas à psicanálise buscavam uma fundamentação mais consistente do que essa: fundamentações diversas daquela com a qual trabalha a psicanálise, é verdade. Porém, ainda assim, podemos dizer que tanto a psiquiatria quanto a psicanálise compartilhavam essa exigência de uma fundamentação sólida, o que parece ter desaparecido nas versões posteriores à terceira [DSM III], quando os efeitos produzidos pelas medicações sobre os sintomas parecem ser considerados suficientes.

Quinet

Eu sempre tenho um método em meus livros, que é retomar autores da psiquiatria clássica, que são impressionantes. A sensibilidade clínica que eles tinham, isso que

você vem falando da fundamentação – eles tinham fundamentação no sujeito mesmo: na história, nos fenômenos. São maravilhosos, e a gente tem muito a aprender, como eu explicito no meu livro *Na mira do Outro*, sobre a paranoia.

Se formos abrir para contribuições do público agora, eu gostaria convidar minha amiga Gilda Paoliello – psiquiatra e psicanalista de Minas Gerais, aqui presente, e que veio acompanhada de outros colegas médicos. Ela tem estudado muito o DSM e sei que também tem uma crítica a respeito dele. Ela também pode trazer uma contribuição para o debate.

Quer vir aqui na frente, Gilda?

Gilda Paoliello

Boa noite a todos!

É realmente um prazer estar aqui, e estou superentusiasmada por ouvir esse debate. Ouvir o Quinet é sempre muito estimulante, nesse trabalho da psiquiatria com a psicanálise, um trabalho que, em Minas, ele sustenta há mais de vinte anos. Estar aqui é muito bom!

Gostaria de comentar um pouquinho o que o Raul introduz. Estava ouvindo e fazendo um *remember* aqui da história da psiquiatria. A psiquiatria nasceu em meados do século XIX, em um movimento humanístico. Como Quinet assinalou, os loucos eram varridos da sociedade, eram colocados na Nau dos Loucos, como Foucault resgata, e que Pinel retoma com uma ressignificação e uma dignificação desse ser. Então, nasceu dentro de um movimento humanista.

Naquele momento, o positivismo exigia algumas referências para que a psiquiatria fosse reconhecida como ciência. O que o médico faz? Ele trata, e para tratar ele tem de diagnosticar. Então, naquele momento, houve uma efervescência diagnóstica. Os psiquiatras começaram a identificar os diagnósticos, o que culminou naquela maravilha, aqui no Brasil, que é o Machado de Assis em “O Alienista”. Uma grande sátira que é completamente atual.

Bom, com o brilho de Freud, essa efervescência diagnóstica foi um pouco apaziguada e durante meio século Freud influenciou a classificação diagnóstica na psiquiatria, até mais ou menos a década de 1950. O Raul coloca como um ponto de corte o DSM III, mas foi um pouco antes: na verdade, já ocorreu no DSM II [revisado]. Por que aconteceu isso? Porque foi exatamente no final da década de 1950 que os

primeiros psicofármacos – a clpromazina, principalmente, o primeiro antidepressivo que foi identificado e sintetizado – começaram a trazer respostas aos tratamentos psiquiátricos. Entretanto, isso também fez efervescer a indústria farmacêutica. A partir daí, essa união da ciência com os ideais capitalistas tomou conta de tudo.

É a partir daí que a influência da psicanálise nos diagnósticos foi colocada de lado e começou a vir outra efervescência, que culminou na pulverização diagnóstica que temos agora, no DSM V. As trinta categorias que existiam anteriormente passaram, no DSM IV, para cem. E agora são mais de quatrocentas: todas realmente dirigidas ao tratamento medicamentoso.

De forma alguma somos contra medicação: ela é uma grande aliança que temos e, sem dúvida, ajuda-nos muito na Reforma Psiquiátrica – principalmente os antipsicóticos. Eu fico emocionada quando um psicótico me pede para preencher os formulários para levar na Secretaria de Saúde, para pedir antipsicóticos que custam 2 mil reais. Na época do Haldol, isso nunca acontecia. E os efeitos colaterais eram muito grandes. Portanto, houve um grande avanço no tratamento. Entretanto, mais do que tudo, a gente precisa ter uma consciência muito grande para saber o que é medicalizável e o que é da ordem do sujeito, da ordem do subjetivo.

Muito obrigada!

Quinet

Obrigado, Gilda!

Raul

Temos quinze minutos para questões do público e depois teremos o lançamento da 2ª edição do livro de Quinet – *Na mira do Outro: a paranoia e seus fenômenos*.

Sandra Berta

Há dez anos, quando você veio lançar o livro *Psicose e laço social*, na Rede Psicose, lá no FCL de São Paulo, não estava tão clara para nós essa questão da forclusão do laço social. E me parece que agora nós podemos pensar, partir dessa ideia desse tipo de retenção ou de pulverização, no laço de maneira paradoxal. Para mim, isso não estava tão claro há dez anos. Eu te agradeço, pois essa proposta sua é uma referência para

mim e para os demais que também estão pensando os temas do laço social. Acredito que, com isso, podemos avançar um pouco mais. É supor um tipo de laço que nos permite intervir.

Nada mais, obrigada!

Leonardo Lopes

Gostei muito da sua fala, Quinet e fiquei relembrando o *Psicose e laço social*. Uma coisa que tem aparecido muito, e é bom que a Gláucia e a Sandra Berta estão aqui, e tem aparecido na apresentação de pacientes que acontece na Rede de Psicose, que é a questão desse Projeto Terapêutico Singular (PTS) do psicótico. E dentro desse PTS aparece o direcionamento da Residência Terapêutica, porque é muito comum o psicótico vir do espaço público. E há alguma coisa no psicótico ou no morador de rua que nos faz questionar desde quando a rua se tornou um espaço público. Sendo que algumas vezes esse espaço público pode ser uma possibilidade de o sujeito preservar o que ele tem de mais privado. Eu tenho trabalhado muito com a autobiografia do Althusser, ele fica psicótico e faz um deslocamento interessante, porque ele fica muito preocupado com essa questão do público – publicar suas memórias – e, conforme a gente lê sua autobiografia, ele faz um deslocamento entre público, público [indistiguível], pudico.

Minha questão é: o direcionamento desse PTS contemplaria a possibilidade de ficar na rua? De ele [psicótico] não necessariamente ir para a Residência Terapêutica? De ter uma possibilidade de criação, de sobrevivência.

[Duas intervenções inaudíveis]

Ingrid Figueiredo:

Quinet, tu falaste da retenção do significante no caso da paranoia e eu queria te perguntar se está em relação com a holófrase, que o Lacan aponta, e se mulher e homem dos lobos seriam suplências, tentativas de estabilizar o paranoico.

Quinet

Eu gostaria de agradecer todas as contribuições e perguntas!

Esse esclarecimento da Gilda foi muito importante.

Sandra, estamos agora na nossa comunidade internacional [do FCL] trabalhando sobre laços e desenlaces, enlacs e desenlaces. Por isso, eu achei interessante trazer isso, que me parece uma ferramenta clínica possível para trabalhar com essa questão.

Bom, com o Leonardo eu concordo completamente, e acho muito bacana. Assim como se deve acolher o pedido de asilo de um psicótico que precisa se exilar do mundo em determinado período, por que não aceitar que ele queira morar na rua? Como alguns que a gente vê que, com seu delírio, estabeleceram um *modus vivendi* deles, encontraram uma solução. Às vezes, uma solução precária, louca. A gente não vê um psicótico desfilando com um monte de lixo falando que é sua própria casa? Têm muitos que andam como um caramujo! E chega de noite, eles entram lá dentro.

Há um mês, eu estava na avenida Paulista e tinha uma senhora evidentemente foracluída do discurso. Ela estava fazendo uma cabaninha dela, em plena avenida Paulista, com um cobertor enorme, para ali identificar a casa ou um abrigo dela. Não sei se nossa sociedade permite isso. Porém, eu acho bacana pensarmos nessas possibilidades.

Só para concluir, acho que estou propondo que, com o significante retenção, podemos pensar mais adiante: com os nós como uma questão da suplência à forclusão. É a partir dessa suplência que os três registros vão, enfim, reestruturar-se e a realidade voltará a ser algo consistente para o sujeito.

Encerramento, por Raul

Transcrição da conferência: Augusto Coaracy

Psicanalista em formação no Fórum do Campo Laciano (FCL) de São Paulo. Atua no Sistema Único de Saúde (SUS), no programa Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Mestrando na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), pesquisando Psicanálise e SUS.