

## VIVER É ETCÉTERA...

A EXPERIÊNCIA DA LOUCURA É SEMPRE PESSOAL, não apenas para quem a vive, mas para todos que são atravessados pelas perguntas “Como devo agir?”, “O que posso falar?” e “Como fazer para que o louco me escute?”

Não importa a profissão, posição social ou cultura. Quando nos despimos do apoio coletivo e nos encontramos face a face com o louco; quando ele nos interpela e, ao olhar para trás, percebemos que estamos a sós na sala; quando nos damos conta de que nenhum enfermeiro trará uma injeção ou o bloco de receitas acabou, talvez aí tenhamos a chance de fazer essas três perguntas. Forçados a dialogar com a loucura sem nenhum recurso além da palavra, sem nenhum grau de separação, buscamos o que antes parecia não ter importância, o sujeito.

Para o psicanalista, foi um desafio afrontar o vasto campo da Saúde Mental, em que muitos ainda veem a psicanálise como intrusa e inoportuna. É fato, contudo, que os psicanalistas encontram a loucura em sua prática clínica. Impossível, portanto, evitar que esse encontro os leve a viajar por territórios tão díspares quanto as prodigiosas descobertas das neurociências, as tramas da burocracia estatal ou as exigências do mestre político acerca do controle social.

Há muito que o convite laciano para não recuar diante das psicoses é de conhecimento público. No entanto, ao falar sobre a Saúde Mental, percebe-se que se trata de um universo em que a psicanálise se defronta com algo muito mais complexo do que a doença

mental. Trata-se de um complexo emaranhado de ações a que o psicanalista parece *ex-sistir*. É bem verdade que nenhum concurso público convoca psicanalistas, apesar de haver cada vez mais desses “ET’s” trabalhando em hospitais psiquiátricos, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios, escolas etc. Enfim, eles estão cada vez mais presentes, embora sua função não seja chancelada por nenhuma instituição, escritório ou departamento. Não existe, nas Secretarias de Saúde, nenhum carimbo, código ou protocolo sobre a psicanálise. Para a burocracia da saúde, a psicanálise não existe. Nos organogramas oficiais, não há psicanalistas, e sim psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras. Nada, contudo, impede de afirmar que o psicanalista não deve recuar diante da Saúde Mental.

Pelo fato de não poder ser contado como um elemento do conjunto de profissionais, o psicanalista sempre representará uma exceção na Saúde Mental. Em outras palavras, há uma relação de alteridade entre a psicanálise e a Saúde Mental, entre o psicanalista e o profissional da equipe multidisciplinar. Ainda assim, a presença da psicanálise é cada vez maior – “Como assim? Não é possível medir sua presença”, diz o mestre contábil. Não raro, encontra-se um serviço de Saúde Mental, por exemplo, um CAPS, completamente tomado por uma discussão psicanalítica. Seus membros possuem forte transferência com a psicanálise, mas esta permanece invisível para os gestores que criaram e acompanham os dados estatísticos desse mesmo serviço.

Tal constatação me fez interrogar o enfoque que poderia dar a essa condição de exceção. Trata-se de eliminá-la ou de preservá-la? Num mundo balizado pelos dispositivos de controle social, constata-se que o campo da Saúde Mental está cada vez mais submetido a regulamentações e normatizações que se mostram intolerantes quanto ao que é anormal, desviante, exceção. Questiona-se, portanto, a presença do psicanalista. No fundo, ele mesmo é um desvio. Alguns acham que o melhor caminho é regulamentar a profissão de analista, permitindo que ele possa ser contado como mais um na equipe multidisciplinar. Outros consideram a psicanálise um método obsoleto, pouco científico, na contramão das recentes descobertas científicas sobre o funcionamento do psiquismo humano, estas quantificáveis e reproduzíveis (Meyer, 2007).

Se há tantas resistências, o que justifica a presença da psicanálise em continente tão inóspito? Ao buscar a resposta, fui motivado a escrever o presente livro, tendo meu questionamento inicial surgido de uma experiência específica. Em janeiro de 2000, iniciei uma gestão de sete anos no Hospital Juliano Moreira, na cidade de Salvador. Pude, então, defrontar-me com um hiato entre minha formação psicanalítica e a pluralidade de discursos, há muito estabelecidos, numa instituição secular, com o status de a mais importante instituição psiquiátrica do estado da Bahia. Seu status era pomposo, nada mais. Tantos séculos de saber acumulado, tantas disputas pela melhoria dos direitos humanos, tanta luta para fazer valer os princípios da Reforma psiquiátrica, e a primeira recordação que me veio à mente, ao encontrar os pacientes, foi a pergunta que intitula um dos livros de Primo Levi sobre sua visão do Holocausto: “É isto um homem?” (Levi, 1947).

De imediato, percebi a dicotomia entre o que a máquina burocrática do Estado gastava em dinheiro, nos anos de trabalho de centenas de profissionais das mais diversas áreas, e a condição de resto intratável em que a maioria dos pacientes se encontrava. A vida institucional era atribulada. Horas e horas de reuniões, atividades terapêuticas, problemas sindicais, formulários e mais formulários burocráticos, enfim, inúmeras obrigações que acabavam por tomar tanto tempo, que todos pareciam estar habituados a conviver com os restos, confundidos com os muros da instituição. Para muitos, para a maior parte, o hospital psiquiátrico “era assim mesmo”.

Nestas páginas, apoio-me na ideia de que, precisamente por não se ocupar do útil, do contábil ou do estatístico, a psicanálise é, por excelência, a disciplina que pode se ocupar dos restos. Sua presença “oficial” implicaria uma cobrança de eficiência pautada precisamente pela eliminação de qualquer resistência ao discurso institucional. Ora, é exatamente por não precisar responder valendo-se de uma função oficial, em que um significativo mestre sempre terá a função de ordenar um território político, que ela pode atingir a singularidade do paciente. Por isso, rumo aqui ao encontro do sujeito perdido na instituição, aquele que escapa aos cálculos coletivos e desaparece no momento em que é reconhecido apenas pelo

que tem em comum com os outros, e não pelo que tem de diferente e configura sua singularidade. Procuo abordar a oposição entre uma clínica que se apoia na identificação e outra que se apoia sobre o *sinthoma* lacaniano, expressão do sintoma que, para Lacan, sempre aponta para uma singularidade do *pathos* irredutível à lógica coletiva.

Não se trata simplesmente de reconhecer a existência dos restos. Este é apenas o ponto de partida para estudar o modo como Lacan elaborou sua teoria sobre as psicoses. Com efeito, por mais de quatro décadas, ele promoveu um estudo minucioso da psicose, tomando seus casos, invariavelmente, como únicos. De maneira gradativa, construiu uma teoria da prática que se ocupa do que não faz sentido para o coletivo, mas tem função singular e insubstituível na solução que um paciente (por que recuar diante dessa palavra?) pode dar a seu destino. A orientação de Lacan foi, durante todos os anos de gestão do hospital, o referencial que me permitiu retrair os passos dessa teoria, buscando comprovar sua pertinência, mesmo diante dos mais árdios casos de psicose institucionalizada.

Afirmar que o psicanalista ocupa uma posição de exceção na prática institucional leva à conclusão de que uma alteridade fundamental se instala entre a psicanálise e a Saúde Mental. Passa-se, então, a transitar no campo do Outro, pois só há exceção, quando há Outro. Evidentemente, essa afirmação pede um complemento. O que, afinal, é o Outro (com maiúscula) para a psicanálise?

A resposta se encontra em diversos momentos do ensino de Lacan. Em cada um deles, pode-se apreender uma nova dimensão do que se apresenta como o Outro. Em todos, contudo, mantém-se a ideia de que o Outro é bem mais do que o interlocutor a quem se perguntam as horas, tendo sido isso o que me levou a uma perspectiva inédita do esquema L, presente em *O Seminário, livro 3: as psicoses* (1955–6), um dos esquemas lacanianos que mais interrogam a questão da alteridade. Chega-se a uma nova leitura desse esquema, ao se levar em conta a alteridade radical entre *sentido* e *real*, proposta por Lacan duas décadas depois, em 1975, e que tem no *sinthoma* uma invenção sempre inédita do lado do sujeito.

A princípio, o Outro pode ser tomado como o simbólico, ou seja, como o que representa tudo o que pode ser dito, presidindo

as trocas no laço social, mas permanecendo desconhecido para o próprio sujeito (Lacan, 1955–6: 51). Surge, como único viés possível, a tentativa de apreendê-lo por meio de seus semblantes: Outro da cultura, Outro social, Outro da Lei etc. O Outro é o que nos determina, assim como determina os códigos de acesso à vida em sociedade. Ele é o tesouro dos significantes que determinam a vida de todos nós. Lacan, no entanto, retificou essa formulação diversas vezes no transcurso de sua obra, após constatar que o Outro que nos serve de guia não é um bom timoneiro. Assim, ao afirmar que o Outro é barrado, ele interrogou vivamente a organização das relações sociais (Lacan, 1960).

O século xx, que nasceu sobre a égide da morte de Deus – forma de alteridade que, por excelência, traduz a cultura ocidental –, viu seu crepúsculo ser tomado por técnicas de reprodução e clonagem, como a célebre citação de Voltaire, “Deus fez o homem à sua imagem e semelhança, este lhe pagou na mesma moeda”. É o homem quem agora “se cria”, outra maneira de dizer que o homem contemporâneo passou a conviver com a ideia de que o Outro não existe, e que ele deve viver por sua conta e risco.

Na esteira dessas indagações sobre a fragmentação do Outro, dei-me conta de que o conceito de Saúde Mental é aberto a múltiplas interpretações, muitas delas contraditórias. Consequentemente, uma primeira tarefa foi delimitar o campo da Saúde Mental em que pretendia situar minha investigação. Trata-se do campo empírico por onde naveguei, norteado por muitas estrelas cadentes que me levaram a falsos caminhos.

No momento atual, ter boa saúde mental tornou-se algo muito complexo. Recordo as palavras de Riobaldo pelos sertões e veredas: “Viver é muito perigoso”, “Viver é um descuido prosseguido”. Todos os dias, somos informados da existência de novas enfermidades mentais que cobrem as atividades da vida humana. Essas novas doenças mentais são diagnosticadas na escola, no trabalho, no trânsito etc. Qualquer excesso ou retraimento do laço social será sancionado com algum diagnóstico. Passamos da psicopatologia da vida cotidiana à patologia da vida cotidiana. Para dar conta dessa tarefa, forjou-se um conceito que se ancora solidamente nos ideais sociais

da época, o que me fez descobrir, num dia em que presidia uma reunião completamente caótica da Comissão de Reforma Psiquiátrica na Bahia, que a Saúde Mental, tida como a soma dos ideais da época, é um dos nomes do Outro.

Desse modo, o momento atual é propício para que a psicanálise lacaniana se aproxime da Saúde Mental. O multiculturalismo e a pulverização de muitos dos valores absolutos na cultura ocidental impedem uma abordagem unívoca do conceito. Dito de outro modo, se para a psicanálise o Outro é barrado, a Saúde Mental, como um dos nomes do Outro, também o é. Volta-me à memória a fala de Riobaldo: “Viver é etcétera...”

A meu ver, não se deve dissociar a loucura de sua dimensão subjetiva, como propõem, por exemplo, alguns setores mais radicais da moderna psiquiatria biológica. Tampouco se deve acreditar que a loucura é apenas uma questão de conflito entre o louco e o ambiente que o circunda. Torna-se necessário, portanto, indagar como se pode fugir das armadilhas do relativismo e da paixão pelas normas que permeiam os discursos da Saúde Mental, para circunscrever um campo de ação específico para a psicanálise. A atual clínica psiquiátrica força a utilização, de modo incisivo, de uma distinção entre o normal e o patológico. A clínica lacaniana, em vez disso, propõe uma espécie de “igualdade de cada um a respeito do gozo e da morte”, loucos ou não (Miller, 1999: 253).

É isso o que permite afirmar que a psicanálise tem uma teoria sobre a loucura que lhe é própria e se distingue daquelas que influenciam os discursos pelos quais a Saúde Mental se guia. Trata-se de uma teoria que aponta para o sujeito, buscando resgatá-lo da condição de objeto *a* lacaniano, a que é frequentemente reduzido nos dispositivos institucionais, para interrogar seu sintoma como criação que faz suplência ao que rateia na constituição do laço social. Essa tese é o propósito deste livro, que parte da afirmação de Éric Laurent de que a atualidade se caracteriza por querer desembaraçar-se do sintoma, enquanto a psicanálise afirma que a solução clínica para a loucura passa pela formalização de um sintoma que permita ao louco se reconciliar com o campo do Outro (Laurent, 1999b: 15).

O próprio conceito de Saúde Mental é refém da condição subjetiva na contemporaneidade. O declínio dos valores universais e o espectro de um relativismo sem limites promoveram um profundo remanejamento do laço social em que se inscrevem os sentidos do tratamento da loucura, porém quanto mais o mundo dá mostras de sua fragmentação, mais a Saúde Mental se esforça em ser a unidade totalizante que preservaria a racionalidade afastada da loucura.

Eis o ponto em que a psicanálise traz um aporte relativamente original, por considerar que a presença do sujeito na loucura independe de qualquer Saúde Mental. É possível falar de reabilitação social do louco, mas não do sujeito. Este sempre estará excluído do campo do Outro, mas tem na psicanálise a possibilidade de inscrever um saber que, paradoxalmente, rompe tal exclusão, legitimando o laço social. Para além do corpo biológico e do corpo em sua dimensão social, o “sujeito psicótico” nos desafia ao falar sua verdade, dividindo-nos e transformando-nos em sujeitos da clínica, e não em meros observadores.

Procurei construir o livro observando três eixos: o campo, a teoria e a clínica. Os dois primeiros capítulos buscam traçar um panorama do campo da Saúde Mental com o qual, por diversas vezes, fui instado a dialogar, algumas delas em situação pouco vantajosa. No primeiro, abordo suas raízes históricas: o início da psiquiatria no Brasil, a chegada das novas ideias sobre o tratamento psiquiátrico e, sobretudo, o modo como Juliano Moreira se separou da psiquiatria dominante, cujo modelo, influenciado por Jean-Étienne Esquirol, preconizava o isolamento terapêutico do louco. Juliano Moreira introduziu o modelo de tratamento *open door*, no qual buscava-se tratar a loucura no próprio seio da comunidade. Em outras palavras, enquanto o primeiro institui uma clínica que passa pelo campo do Outro, o segundo expressa os anseios de uma clínica que fundou sua existência precisamente na separação do Outro.

Em seguida, analiso os discursos que forjaram a Reforma psiquiátrica no Brasil. É claro que minha escolha foi arbitrária e parcial. Não pensei em preencher as exigências de um academicismo que levaria o tema à exaustão. Em lugar disso, dialogo com meus impasses, debates e recordações de momentos em que tive a per-

cepção de que a psicanálise que me formara era completamente diferente do alvo para o qual certos discursos apontavam suas miras.

Escolhi quatro autores que são fontes inesgotáveis de citações na Saúde Mental: Michel Foucault, Gilles Deleuze, Félix Guattari e Franco Basaglia. A escolha recaiu sobre eles porque, em diversos pontos de suas obras, criticam a psicanálise e não a consideram passível de integrar o corpo de saber que atua na Saúde Mental. Até que ponto esses autores estão corretos em suas críticas? Houve ou não desconhecimento de que a teoria psicanalítica poderia aproximar-se da clínica da loucura?

Feito isso, abordo o modo como alguns aspectos da contemporaneidade afetam nossa percepção da Saúde Mental, capítulo em que caminho cada vez mais próximo da ideologia da norma, na qual a exceção sofre um constante patrulhamento oriundo das mais diversas instâncias. É possível ver, por exemplo, como o discurso jurídico passou a, progressivamente, integrar o cotidiano dos gestores das diversas políticas de Saúde Mental.

Para estudar o eixo da teoria, o maior desafio foi recortar os elementos da clínica que permitiriam fundamentar minha hipótese. Certamente, um estudo minucioso da teoria se estenderia em material suficiente para muitos livros. A seleção que fiz obedeceu aos seguintes critérios: 1) elementos da teoria que justificassem a pertinência da psicanálise no campo da Saúde Mental; 2) elementos da clínica que fundam a especificidade do campo analítico diante da clínica da loucura; 3) aspectos da teoria menos explorados no vasto corpo de livros, ensaios e artigos sobre a teoria lacaniana das psicoses; e 4) a economia no uso de matemas, esquemas e demonstrações topológicas; embora sejam fundamentais no ensino de Lacan, percebi que devem ser usados com parcimônia, afinal um matema é uma operação de redução, e não um novo dialeto em hieróglifos.

A divisão da teoria lacaniana em três momentos representativos do todo – a clínica da forclusão do Nome-do-Pai, a clínica do objeto *a* e a clínica do *sinthoma* – foi uma escolha pessoal. Venho debatendo com vários colegas psicanalistas dedicados ao estudo da psicose a possibilidade de desdobrar a clínica lacaniana das psicoses



em mais de duas etapas. Apesar de, tradicionalmente, falar-se de primeira e segunda clínicas das psicoses na obra de Lacan, é possível questionar se não há uma única e sólida teoria das psicoses distribuída em três momentos privilegiados.

Concluo o livro, abordando o eixo clínico a partir de minha própria experiência tanto na instituição quanto no consultório. Trata-se do rebatimento da segunda parte sobre a primeira, ou seja, da teoria lacaniana sobre o campo da Saúde Mental. Essa parte também está dividida em dois momentos. Inicialmente, relato alguns aspectos da experiência de dirigir o Hospital Juliano Moreira. Procuo descrever o modo como parti em busca da dimensão subjetiva numa instituição onde a clínica sucumbira ao esquecimento e às exigências burocráticas. O final é dedicado à especificidade da clínica lacaniana das psicoses à luz da singularidade ofuscada pelo discurso “para todos”. Trago algumas reflexões sobre apresentações de pacientes no hospital psiquiátrico e, em seguida, o relato de três casos clínicos que acompanhei durante muitos anos.

Minha expectativa, em resumo, é demonstrar que o ensino de Lacan, principalmente os desenvolvimentos teóricos dos últimos anos, permitem ir além dos ideais da Saúde Mental, bem como pensar a psicose dissociada do binômio saúde/doença. É sobretudo a partir da clínica do *sinthoma* que se abre um espaço sem precedentes para pensar a loucura entre nós.