

**SOBRE A PSICANÁLISE E AS PSICOSES**  
**ou**  
**“O diabo na rua no meio do redemoinho”**

Ney Marinho (25/Jun/15)

“Ser curandeiro não é uma escolha. O curandeiro é um escolhido.” (Paulina Chiziane, romancista e curandeira, Encontro de Maputo SBPRJ-CPLP, 2011)

Com alegria e tristeza estou hoje aqui, após 27 anos como bem registrou a querida Wania Cidade, para conversar sobre *a loucura e a psicanálise*. Alegria por rever velhos amigos e encontrar novos, interessados neste tema, e tristeza pela saudade de tantos outros que certamente estariam conosco hoje. Agradeço o honroso convite e a brilhante companhia do Nelson Goldenstein. Mas tenho que ser breve, pois, pelo que entendi da proposta a idéia é que cada um de nós apresente em 30 minutos seu ponto de vista sobre: *Pode a psicanálise tratar as psicoses?*

Início pelo fim:

**1 – QUEM TRATA OS PSICÓTICOS?**

Historicamente, leigos e profissionais *trataram* a loucura – estou identificando psicose com loucura<sup>1</sup>, sem esquecer que as neuroses, assim como muitos dos comportamentos individuais e grupais socialmente aceitos, poderiam perfeitamente estar sob este amplo guarda-chuva: a loucura, termo que me agrada, exatamente por sua abrangência e imprecisão – e dentre os cuidadores da loucura, lembremo-nos dos sacerdotes<sup>2</sup>, da polícia, mais tarde, bem mais tarde ... de médicos, psicólogos, psicanalistas, terapeutas de todas as correntes, espiritualistas, etc. Portanto, *tratar* no sentido de lidar, desta ou daquela maneira, com a loucura nunca foi privilégio de uma determinada profissão, área do saber ou da fé. Contudo, vou limitar-me ao ponto de vista psicanalítico e entro logo num dado que julgo de relevância:

Na incipiente pesquisa que realizo acerca da noção de loucura na *Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP)* – um magnífico campo que vai

---

<sup>1</sup> Ver como o Prof. Leme Lopes encerra sua fala na conferência (antes dos debates): “Psicose igual a loucura, para mim. Muito obrigado.”

<sup>2</sup> Ver Heinrich Kramer e James Sprenger. (1484). *O Martelo das Feiticeiras – Malleus Maleficarum*. Rio: Editora Rosa dos Tempos Ltda, 1991.

do Porto ao Timor, da Ilha de Moçambique ao Amazonas, de culturas e etnias variadas unidas por língua e história em muitos pontos comuns, ainda pouco explorado – deparei-me com um dado curioso. Entrevistando *médicos tradicionais* (curandeiros) – em sua associação (AMETRAMO), reconhecida pelo Ministério da Saúde de Moçambique, com quem trabalham em conjunto – em Nampula, norte de Moçambique, constatei em várias entrevistas que os curandeiros tinham sido em geral ex-pacientes, daí a epígrafe de Paulina Chiziane. Tal como ocorre com frequência entre os postulantes a psicanalistas; é no curso de um tratamento que se *descobre* a vocação. Além do mais, lembremo-nos da recomendação de Freud quanto à necessidade de análise e de sua periodicidade, para todo aquele que deseje ser psicanalista. Portanto, a *loucura* nos acompanha, não somente na formulação da própria teoria psicanalítica, que pode ser vista como uma proposta de dar racionalidade ao que antes era relegado pela tradição ao irracional, ao sem sentido, lembremo-nos do desprezo de Descartes<sup>3</sup>, fora do campo do compreensível; como nos acompanha em nossa intimidade. Impossível, a meu ver, ser psicanalista sem reconhecer a própria loucura pessoal e alcançar um razoável e livre trânsito entre o racional e o irracional dentro de nós.

Evidentemente, a institucionalização da psicanálise, fenômeno inevitável a todas as idéias por mais revolucionárias, generosas e criativas que sejam, quer políticas, religiosas, científicas ou artísticas; a institucionalização através de um *establishment* procurou por vezes manter fora (foracluir?) a loucura de nosso campo de trabalho e pesquisa. Não vou me deter nessas correntes por considerá-las muito distantes da proposta freudiana e da psicanálise em geral tal qual a entendo. Mas, no momento, vale assinalar que a exclusão da loucura se deve ao seu caráter perturbador e suas implicações epistemológicas, éticas, políticas e culturais quando levada em consideração e, mais ainda, quando tomada como constitutiva do ser humano tal como entendemos ser a proposta freudiana, colocando-nos assim ao lado de uma ampla corrente que inclui: Melanie Klein, Lacan, Green e Bion, entre outros. Deste modo,

---

<sup>3</sup> “São loucos e eu não seria menos extravagante se me guiasse por seus exemplos.” Descartes, 1973:1119. Primeira Meditação, parágrafo 4. Alguns autores criticam a maneira rápida com que Descartes afasta a possibilidade de estar louco como uma das fontes de erros e empecilho a alcançar a certeza buscada pelo filósofo. A este respeito escrevemos um breve ensaio utilizando entre outras fontes o texto de Leme Lopes (*Delírio – Perspectivas. Tratamento*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1982), onde procuramos mostrar que a certeza buscada só é possível de ser encontrada no delírio psicótico. Ver: Marinho F. & Marinho, N. “Le Dieu Trompeur” Notes on “Private Knowledge” in Descartes, Wittgenstein and Borges. *Variaciones Borges – Journal of Philosophy, Semiotics & Literature*, Univ. de Aarhus, Dinamarca, pp. 23-40, 2002. Outro texto que sugerimos é o de Oswaldo Porchat Pereira (O Argumento da Loucura, in *Manuscrito – Rev. Int. Fil.*, Campinas, v. 26, n.1, p. 11-43, jan.-jun. 2003).

achei muito acertado o convite dos organizadores para que fizessemos uma apresentação sob a forma de depoimento, a partir de nossa experiência passada e sobretudo atual em relação ao tratamento de psicóticos.

## 2 – UM PERCURSO

Dentro desta linha de pensamento: tratar a loucura como uma questão pessoal, é difícil separar o percurso teórico, clínico, de nossa própria vida.

Meus primeiros contatos com os pacientes psicóticos ocorreram no Sanatório Araujo Lima – com Franklin Rubinstein, Miguel Chalub e outros, com ocasionais conversas com o Prof. Claudio Araujo Lima, um erudito psiquiatra de ampla cultura – no terceiro ano da faculdade, em 1964; logo em seguida, no Engenho de Dentro, com Washington Loyello e o decisivo encontro com Roberto Quilelli. Uma primeira tentativa de grupo de estudos – leitura da *Psicopatologia Geral*, de Jaspers<sup>4</sup> – seguida da Praxiterapia no Sanatório Botafogo e outro encontro marcante: Luiz Cerqueira. Ida a Porto Alegre para conhecer as comunidades terapêuticas (David Zimmermann e Marcelo Blaya). Curso com a Nise da Silveira, IPUB<sup>5</sup> e Clínica Charcot.<sup>6</sup> Experiência da comunidade terapêutica do Hospital Pinel (Portela Nunes e Roberto Quilelli). Villa Pinheiros<sup>7</sup> (Walderedo Ismael de Oliveira, Paes Leme e Henrique Novaes). Este período que compreende cerca de dez anos – 1964/74 – foi de intensa atividade psiquiátrica, convívio diário com os pacientes, dos mais variados quadros mentais. Fez parte desta fase o trabalho como psiquiatra de pacientes de analistas muito experientes, tratamentos que ocorriam paralelamente, sem contato entre os profissionais. Experiência fundamental para a fase seguinte que foi a de sistematicamente analisar pacientes psicóticos, através de sessões de 50 minutos, sem maiores alterações da técnica usual de análise, baseada na associação livre (por parte do paciente) e na atenção flutuante (por parte do analista). A frequência era de 4 a 5 x por

---

<sup>4</sup> Realizada somente no meu “ bendito exílio” no Sanatório Santa Juliana.

<sup>5</sup> Então dirigido por Leme Lopes vivia o seu apogeu, como se depreende da Conferência que acompanha este encontro.

<sup>6</sup> A Clínica Charcot foi uma experiência de ambulatório popular, de orientação psicanalítica, para os segurados do serviço público (antigo IPASE), idealizada por Luiz Cerqueira, onde tínhamos supervisão com o brilhante analista precocemente falecido – Guilherme de Castro. Esta marcante experiência permitiu também um contato com as mais diversas patologias, num ambiente de grande entusiasmo pela aplicação de nossos incipientes conhecimentos psicanalíticos a uma psicoterapia de grande alcance. Lembro os companheiros de então: Fernanda Marinho, Franklin Rubinstein, Carmen Dametto, Maria da Penha Camargo, Joelza da Silva, Eliahu Feldman, José Carlos Zanin, Iracema do Amaral, entre outros.

<sup>7</sup> Na biblioteca da SBPRJ há um pequeno texto – *Villa Pinheiros* - em que tentei resenhar a apaixonante aventura que foi a comunidade terapêutica de orientação psicanalítica em que consistia a Villa Pinheiros.

semana, sendo que na fase inicial dos tratamentos, em especial quando o paciente estava internado, as sessões eram *literalmente* diárias (todos os dias da semana).

### 3 — EXPERIÊNCIA CLÍNICA INICIAL - A ANÁLISE DE PSICÓTICOS I (1976/99)

A análise com a Dra. Rosa Beatriz Pontes de Miranda foi fundamental para que eu pudesse levar adiante uma antiga proposta de analisar um determinado número de pacientes psicóticos, nos moldes descritos, e tentar uma avaliação, pesquisa e registro, desta experiência. A rigor, as coisas não correram como planejei mas posso trazer alguns dados que sejam úteis ao debate.

Deste período selecionei 10 pacientes, com mais de 5 anos de análise de alta frequência, sendo 3 com mais de 10 anos de análise; 8 com o diagnóstico de esquizofrenia (4 paranóides, 2 hebefrênicos, 2 simples) e 2 psicóticos maníaco-depressivos, graves (um com várias tentativas de suicídio e outro com internações por episódios maníacos ou depressivos).

Alguns dados gerais: assiduidade, pontualidade e ida desacompanhado após um período inicial com familiar ou auxiliar psiquiátrico. Dados que falam a favor do estabelecimento de vínculos fortes e duradouros que mereceriam uma investigação maior, uma vez ser corrente a idéia de que o paciente psicótico não estabeleceria uma relação transferencial<sup>8</sup>. Embora houvesse também períodos de faltas, estas não se mantinham por muito tempo. Todos tinham acompanhamento psiquiátrico e não havia contato entre analista e psiquiatra e quando isto fosse inevitável o paciente tomava conhecimento. O contato com os familiares era raro, sempre em presença do paciente. Naquele período não indicava tratamento de família, prática que vim a adotar posteriormente. Não observei interferência da medicação psiquiátrica com o estado mental do paciente nas sessões, pelo contrário, com a medicação ocorria a possibilidade de um maior contato e comunicação. Nos 10 casos selecionados houve sempre uma grande colaboração da família, as interrupções que ocorreram – duas após um bom período de análise – tiveram a fundamental participação do paciente.

---

<sup>8</sup> Na época já estava a par do clássico trabalho de W.R.Bion: *Diferenciação entre a Personalidade Psicótica e a Personalidade não-psicótica* (1957), no qual já aparece uma caracterização da transferência psicótica, tema que será mais desenvolvido em *Transformações* (1967). Esta identificação com Bion marcou definitivamente minha formação como psicanalista, pois, o que *via* correspondia às descrições de seus textos, embora na época não pudesse compreendê-los em sua profundidade. Mas, "... me mexi na cadeira", como disse Wittgenstein ao ler a *Interpretação dos Sonhos* de Freud.

Neste período senti uma grande dificuldade em avaliar o desenvolvimento dos pacientes ou sua involução. Os critérios que naturalmente utilizava para pacientes menos graves pareciam não se aplicar e custava muito a observar diferenças que hoje vejo como muito significativas: como os usos da linguagem, a verbal em particular, a intensidade e natureza dos sentimentos em mim despertados, uma certa *disciplina* que me causava espanto (por ser muitas vezes difícil com outros pacientes) mas não avaliava o seu real papel, na criação daquele “jogo de linguagem”. Por outro lado, violentas oscilações – desde tentativas de suicídio, crises que exigiam internação, insucessos inesperados – levavam-me a questionar a eficiência deste tipo de abordagem – a psicanalítica – não no sentido de descartá-la mas no de reconhecer sua pouca operacionalidade. Acrescente-se que a usual dramaticidade dos quadros – muitas vezes jovens inteligentes, fisicamente saudáveis, com amplas possibilidades culturais e sociais mergulhados em estados de profunda regressão mental – continuava a causar-me espanto, tristeza e mais tarde ... *compaixão*, sentimento complexo e pouco estudado pela psicanálise.

Apesar de durante todo este período ter levado adiante, junto com uma grande equipe: Fernanda Marinho, Icaro Pacheco, Sergio Almeida, Décio Tenenbaum, Wellington Dantas, Osvaldo Costa Rego, Wilson Amendoeira, mais tarde, José Francisco Gama e Silva e Carlos Fernando Motta, o curso de *investigação psicanalítica das psicoses* que, dos seis ou oito seminários iniciais evoluiu para um curso de no mínimo 64 seminários, dois anos, quatro semestres básicos (Freud, Abraham, Melanie Klein e Bion), depois seguido de módulos extras (Rosenfeld e Lacan), isto por 10 anos; apesar de todo este estudo, a insatisfação teórica e clínica persistia.

Tudo isto me levou a implementar um outro velho projeto sempre adiado: estudar sistematicamente filosofia. Se *a razão e suas vicissitudes* pode ser objeto da psiquiatria e psicanálise (impossível falar de loucura sem falar de razão, vejo ambas como um “par conjugado”), mais ainda é da filosofia. Contudo, as coisas não são bem assim como veremos a seguir.

#### **4 – DOIS LONGOS INTERMEZZI FILOSÓFICOS – 1984/1994 E 1999/2006**

Não cabe nesta apresentação falar de um percurso filosófico pessoal, mas vale registrar o que diz respeito ao tema em discussão. A loucura não é somente excluída socialmente,

também na reflexão filosófica nunca mereceu maior atenção entre os grandes pensadores, na longa história da filosofia, salvo a importante exceção de Michel Foucault<sup>9</sup>. Em nosso primeiro retorno à academia – Departamento de Filosofia da PUC-Rio – Fernanda e eu não nos preocupamos com a investigação filosófica da psicanálise ou da loucura. Ficamos interessados em estudar o ponto de vista filosófico, o que hoje vemos ter sido uma sábia decisão. Foram nove anos de alfabetização em filosofia. Voltarei ao tema mais tarde.<sup>10</sup>

Passo para o segundo *intermezzo*: neste (1999/2006) procurei avaliar a competência epistemológica da psicanálise para investigar a loucura. Isto foi feito dentro do amplo debate epistemológico anglo-saxão que dominou boa parte da segunda metade do século passado, envolvendo: Karl Popper, Imre Lakatos, Thomas Kuhn, Paul Feyerabend, Larry Laudan e outros. Interessante pensar que mais uma vez é em Wiena que vamos encontrar um radical questionamento quanto aos fundamentos da ciência: por um lado o Círculo de Viena – em busca de uma precisão anti-metafísica e uma linguagem perfeita e unificadora de todas as ciências – e por outro, o racionalismo crítico de Karl Popper e sua proposta da refutabilidade como critério. Se não podemos verificar as teorias científicas devemos poder refutá-las, pelo menos, potencialmente, é o ponto central da tese popperiana. Popper via a psicanálise como não passível de refutação e, portanto, uma pseudo-ciência condenada ao ostracismo junto com a teoria da história do marxismo e a astrologia. Como nesta confraria estava também a teoria da evolução de Darwin, que Popper prezava muito, teve ele que encontrar um lugar para os empreendimentos racionais, isto é, passíveis de crítica e aprimoramento pela experiência, criando então o método da *análise (lógica) situacional*, instrumento para validar tais empreendimentos que passou a chamar de *programas de pesquisa metafísica*. Infelizmente, Popper não aplicou seu método à teoria psicanalítica, mas somente ao evolucionismo darwiniano<sup>11</sup>. Contudo, mesmo esta solução epistemológica

---

<sup>9</sup> Após os debates a colega Glaucia Pessoa chamou a minha atenção para o fato de Karl Jaspers ser também um importante filósofo. Concordo, contudo, sua obra magnífica: *Psicopatologia Geral* foi escrita antes de sua obra filosófica e a loucura nunca voltou a ser objeto de uma análise filosófica por parte dele, embora admita poder estar equivocado. Há outras exceções como os escritos de Kant sobre a loucura que, entretanto, foram pouco estudados. A tradição filosófica tem uma grande dificuldade em ouvir o que a loucura tem a dizer.

<sup>10</sup> Ante a impossibilidade de agradecer a todos os mestres que nos acolheram no Dep. de Filosofia da PUC, com extrema competência, consideração e paciência, estendemos o agradecimento ao Departamento como um todo.

<sup>11</sup> Uma discussão sobre *Popper e a questão da Psicanálise*, de minha autoria, pode ser encontrado no e-book: *Ensaio sobre o pensamento de Karl Popper*, org. Paulo Eduardo de Oliveira (Universidade Católica do Paraná)

não nos agradou, uma vez que nossa crítica foi à própria proposta popperiana para a epistemologia das ciências humanas que lidam com significados, com relações humanas, algo que não encontra lugar no projeto popperiano. Isto nos levou a procurar na filosofia da linguagem, sobretudo, na obra de Ludwig Wittgenstein (outro vienense!), um instrumento mais adequado para pensar a epistemologia da psicanálise, o que mais tarde resultou num exercício que fizemos com alguns de seus conceitos (principalmente, o de *certeza* e o de *forma de vida*) numa revisitação ao *Caso Schreber*, utilizando as contribuições de Wittgenstein e de Bion. Em relação a este último, utilizo em especial a *Teoria das Transformações* que me parece uma proposta mais adequada para pensar epistemologicamente a experiência psicanalítica. Neste momento estava já interessado em procurar uma racionalidade para a psicanálise, abandonando qualquer pretensão de encontrar-lhe fundamentos científicos<sup>12</sup>.

Estes *intermezzi* deixaram marcas que mudaram profundamente minha atitude em relação à loucura, à psicanálise e à própria leitura da obra de Bion, meu autor de referência.<sup>13</sup>

## 5 – A EXPERIÊNCIA CLÍNICA ATUAL – A ANÁLISE DE PSICÓTICOS II (2006/2015)

A rigor o que deveria ser um *intervalo filosófico* se tornou um trabalho permanente sob esses dois vértices: o filosófico e o psicanalítico. Hoje em dia, tenho muita dificuldade em separá-los. Esta “nova forma de ver as coisas” – expressão que Wittgenstein atribuía ao tipo de conhecimento que a psicanálise propicia, semelhante à estética – teve e tem profundas repercussões em minha prática clínica.

Outros fatores concorreram para uma inflexão clínica: O aprofundamento do estudo da obra de Bion<sup>14</sup>; a contínua experiência clínica com pacientes graves e a crise

---

<sup>12</sup> Um epistemólogo rigoroso e competente como o popperiano Gregorio Klimovsky mantém a psicanálise no campo das ciências e considera-a passível de provas de refutação, desde que adequadas, como qualquer outra ciência humana.

<sup>13</sup> Aos que estiverem interessados nesta discussão filosófica, meus textos estão disponíveis na biblioteca da PUC-Rio: *Discussão da racionalidade da teoria psicanalítica a partir da epistemologia de Karl Popper: avaliações – impasses – alternativas* (Dissertação de Mestrado – 2001) e *Razão e Psicanálise – “O Caso Schreber (Freud, 1911)”, revisitado a partir das contribuições de Marcia Cavell e Ludwig Wittgenstein* (Tese de Doutorado – 2006).

<sup>14</sup> Em especial a *Grade* que considero um formidável instrumento epistemológico, ainda a ser melhor explorado, e as suas últimas contribuições: tais como sua teoria dos vínculos (K, L, H e seus correspondentes negativos); as noções de *caesura*, *urge to exist*, linguagem de êxito e compaixão, entre outras; além de uma releitura em grupo de estudos da Trilogia: *Uma Memória do Futuro*.

cultural contemporânea. Assim, os três vértices dos quais penso a psicanálise se modificaram:

O ponto de vista teórico - a necessidade de continuar o estudo da obra de Bion, à luz agora das contribuições filosóficas, principalmente de Ludwig Wittgenstein e ultimamente de Jacques Derrida. Em relação à influência deste último, acrescentaria que vejo a proposta bioniana como uma proposta de permanente desconstrução do estabelecido para possibilitar o surgimento de novas conjecturas. Atualmente me atrai *uma leitura cética de Bion*, mas isto nos levaria muito longe da proposta deste encontro.

O ponto de vista clínico - o que me ocorreu foi uma mudança progressiva e radical, ainda incompleta (se é que podemos falar de completude, nesta perspectiva), no sentido de uma *atitude* de acolhimento, sem preocupação diagnóstica, distinta do modelo médico, conseqüentemente, afastada da noção de cura e voltada para a de desenvolvimento, de um “universo em expansão”, ao mesmo tempo voltada para o que passei a reconhecer como os fundamentos da aventura psicanalítica: a associação livre (o “livre pensar”) e a atenção flutuante ( que pede um trabalho sem memória, desejo, entendimento e sensorialidade), guiada por um vínculo *preponderante* de conhecimento (vínculo K). Importante esclarecer que *conhecimento (vínculo K)*, na acepção bioniana que estou utilizando, trata-se de uma *disposição*, não de uma aquisição, ou seja: uma relação de conhecimento (vínculo K) é uma relação em que ambos se dispõem a conhecer e a serem conhecidos, ou, a vir a acolher pensamentos sem pensador, partilhar de pensamentos em trânsito. Vemos também o vínculo L (amor) como fator de K. Esta concepção de conhecimento, distinta da tradicional (não saturada, aberta ao desenvolvimento) é importante ser preservada – de modo a criar condições a que possa ser alcançada uma experiência de transformação em O, algo que de outro domínio que não o do conhecimento.

O ponto de vista da crítica da cultura - a crise cultural que vivemos é marcada por uma necessidade de procurarmos novos instrumentos, ou, aperfeiçoarmos os que já temos (como é o caso da teoria psicanalítica) para investigar nossos tempos e nossas questões. Deste ponto de vista, a exclusão da *loucura* como fator de nossas ações enquanto membros de grupos, por exemplo, é insustentável. Temos trabalhado em alguns textos o tema da guerra como uma das manifestações de *irracionalidade* uma vez que todas as explicações econômicas, políticas, históricas, religiosas, se mostram sempre insatisfatórias dada a sua reiteração e crueldade intrínseca. Mas pensamos também em outros temas menos exuberantes mas da mesma forma reiterantes, como o

*preconceito*, o qual vemos como função da parte psicótica da personalidade individual e também do grupo<sup>15</sup>. Trata-se não de uma mera reflexão acadêmica uma vez que os acontecimentos que acompanham este tema, em geral, aproximam-se também do crime. Penso que o estudo da loucura pode ajudar-nos a trazer de volta para nosso convívio e escrutínio *lados nossos obscuros* – para usar uma imagem de Roudinesco<sup>16</sup> – deixando de atribuir a um gesto louco, ou de um louco, o assassinato de jovens negros numa igreja e admitir que *aquela sociedade da qual fazemos parte é também irracional, preconceituosa e assassina*. Em suma, com frequência a *loucura* nos diz que *o rei está nú*.

Voltemos à loucura na clínica.

Embora a procura de pacientes diagnosticados como psicóticos tenha diminuído de modo significativo, os casos mais graves ou dramáticos – como sérias tentativas de suicídio – continuam a levar familiares a procurar a psicanálise, talvez, como uma *última* alternativa. Assim, dois casos em especial reforçaram decisivamente minha revisão de questões técnicas e de alcance da própria psicanálise. Curiosamente, uma jovem de menos de 16 e uma senhora de mais de 80! Em ambos os casos senti necessidade de estabelecer certas condições para o *tratamento*: os pacientes deveriam ter atendimento psiquiátrico, os familiares deveriam ter um atendimento de família, de preferência com a participação do paciente, o analista não teria contato com estes terapeutas, exceto com o conhecimento e/ou participação do paciente, e tal tem ocorrido por mais de cinco anos. As sessões inicialmente foram diárias – 7x semana – e tiveram outro ritmo de acordo com cada caso. Não vejo maior importância nestas prescrições técnicas, mas numa atitude diferente em relação a estes pacientes que experimentaram, segundo Kierkegaard, a “doença mortal”, ou, em outros termos, a experiência de desespero, de “perda de fé”. Esta pode ocorrer em relação a si próprio, como em relação à humanidade, lembremo-nos dos sobreviventes de campos de concentração, ou, de torturas, ou ainda, de um sonho que tragicamente foi interrompido. Recordo-me de Primo Levy, de Bruno Betelheim, de Frei Tito, dos familiares de Salvador Allende e de muitos desconhecidos a cujas decepções não tivemos acesso.

---

<sup>15</sup> Há dois textos muito bons sobre o tema do Preconceito produzidos por nossa Sociedade. O texto de Miguel Calmon (ver Rev. Bras. Psicanálise) e o de Celmy Quilelli Correa (inédito) no III Encontro SBPRJ – CPLP.

<sup>16</sup> Ver *A parte obscura de nós mesmos: Uma história dos perversos*. Roudinesco, E. (Jorge Zahar Editor). Vale o registro da pequena repercussão de ato tão brutal, talvez, por ter sido cometido contra negros população tradicionalmente objeto de violência *consentida*. Isto mereceria uma reflexão sobre o com sentido (consentido) e o sem sentido (nonsense).

Mais uma vez os pacientes me ensinaram a importância de criarmos uma linguagem que de fato toque, fale e dialogue com a tristeza, a loucura, a desesperança, com o silêncio, *sem crítica*, *sem prescrições*, *sem entendimento* mas com ... *compaixão*. Uma presença solidária, algo/alguém que permita a recuperação da fé, para alguns a experiência da comunhão, da *transformação em O*, para mim não sei do que se trata mas sinto que é algo que é bom/fundamental para ambos.

## 6 – A HORA DAS CONCLUSÕES NECESSARIAMENTE PROVISÓRIAS

Dado o adiantado da hora e esperando o debate com os amigos, limito-me a listar idéias, algumas antigas como este percurso, outras certamente até anteriores, e algumas meramente selvagens:

1 – Penso que a psicanálise não só trata como deve tratar *com* a psicose (ou loucura). O afastamento desta relação tornaria a psicanálise uma espécie de entretenimento mental, sofisticada auto-ajuda, muito longe da revolucionária promessa que atraiu grandes e poderosas mentes a Viena.

2 – Penso que a psicanálise tem um lugar, privilegiado e incômodo, junto aos demais saberes que lidam com a loucura: a psiquiatria, a farmacologia, a terapêutica ocupacional, as técnicas de atendimento a famílias e a grupos e muitas outras. Vale registrar que tais saberes – como as neurociências e a psicofarmacologia – se defrontam com problemas epistemológicos, tais quais a psicanálise, que precisam serem levados em consideração embora a pesquisa deva ser continuada.

3 – Penso que a psicanálise tem uma competência epistemológica que a permite ocupar um lugar de relevo nesta constelação de *cuidadores*, além dos motivos expostos no texto, acrescentaria:

3.1 – A psicanálise tem uma particular contribuição à Linguagem, isto é: à compreensão da construção, destruição e reconstrução de mundos significativos (ver *O Delírio do Juiz Daniel Paul Schreber*<sup>17</sup>).

---

<sup>17</sup> Ver este ensaio no livro org. José Renato Avzaradel – *Pensamento e Linguagem* – onde há um bom número de textos sobre esta importante relação.

3.2 – A psicanálise ainda é um formidável instrumento de crítica da cultura – a exemplo do marxismo – que só pode ser desenvolvido na medida em que seja usado (lembremo-nos da proposta popperiana para os *programas de pesquisa metafísica*). Assim, a loucura de nossos tempos pede a participação decisiva, embora não exclusiva, do pensamento psicanalítico. Lembremo-nos da observação de Derrida da necessidade da psicanálise para o estudo do “mal pelo mal”.

4 – A loucura é constitutiva do ser humano. Não é para ser curada, extirpada, extinta, excluída, mas não é um *bon sauvage*, é algo para ser ouvido, levado em consideração, convidado a um convívio. Necessitamos, parafraseando Derrida, que os analistas escrevam um novo *Elogio da Loucura*, escrito nove anos após a descoberta de uma terra inesperada que trouxe decepção com a ciência de outrora, que não previra a possibilidade de sua existência, e ao mesmo tempo inaugurou as esperanças de uma nova utopia, terra esta que veio a ser chamada: Brasil e inspirou Thomas Morus a escrever sua *Utopia* e a quem Erasmo dedicou seu *Elogio da Loucura*. Utopistas/loucos/psicanalistas/psiquiatras/poetas.

Terminemos com eles:

“Na análise estamos vendo uma personalidade total que em algum tempo, consciente ou inconscientemente, escolheu um ângulo particular ou um vértice particular do qual observar a vista. Isto sempre envolve inibição da capacidade de sver os ângulos que a gente não quer ver. O paciente psicótico pode estar ansioso por suprimir, não ver ou não conscientizar o que a pessoa sadia é capaz de ver; o caráter é psicose menos neurose, ou psicose menos sanidade, ou sanidade (racionalidade) menos neurose ou menos psicose. O que é importante não é que um paciente seja um psicótico limítrofe (*border-line psychotic*), ou um psicótico, ou um neurótico, mas que ele seja um caráter total *menos* ...e então temos que formar o nosso próprio julgamento do que aquele pacieinte é menos; se a pessoa que é quase uma caricatura de uma robusta sanidade e senso comum não é realmente um caráter em que faltam importantes componentes porque ele acredita que um psicótico é ‘louco’ ou ‘insano’, ou que alguém pensaria que ele era insano se soubesse que tinha certos pensamentos ou ideias. Poderíamos considerar artistas, músicos, cientistas, descobridores como aqueles que ousaram entreter estes pensamentos e ideias transitivos. É no período de transição, no curso de uma mudança de uma posição para outra, que estas pessoas parecem ser mais vulneráveis – como, por exemplo, durante a adolescência ou latência. Ao mesmo tempo

eles são vulneráveis às observações de outros que não podem tolerar a totalidade da personalidade humana e portanto não podem tolerar alguém que é tão ‘louco’, tão ‘curioso’, tão ‘excêntrico’, ou tão ‘sadio’.” (Bion, [1977] *Caesura*, Rev. Bras. Psicanál. 15: 133-134)

“Só se pode viver perto de outro, e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura. Deus é que me sabe. O Reinaldo era Diadorim – mas Diadorim era um sentimento meu. Diadorim e Otacília.” (Guimarães Rosa, *Grande Sertão: Veredas*, p.272. Rio de Janeiro. Nova Fronteira: 1986)