



DOS MANICÔMIOS AOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS: A POSSIBILIDADE DO LAÇO SOCIAL NA PSICOSE PELO DISCURSO DA PSICANÁLISE LACANIANA¹

FROM ASYLUMS FOR SUBSTITUTE SERVICES:
THE POSSIBILITY OF SOCIAL BOND IN PSYCHOSIS THROUGH THE
DISCOURSE OF LACANIAN PSYCHOANALYSIS

Júlia Lorrane de Paulo²
Carla de Abreu Marchado Derzi³

RESUMO: O percurso teórico realizado abordará de forma breve a trajetória social da loucura no Brasil, principalmente no que se refere aos serviços substitutivos, a partir de 1989, buscando contemplar na discussão as nuances dos lugares sociais que o louco perpassou e o lugar que esse se encontra atualmente, desde os manicômios até os atuais serviços substitutivos, a partir do embasamento da teoria psicanalítica lacaniana. O trabalho considera a possibilidade de laço social, uma vez que, o discurso é sem dúvida o engendrar de toda a trama social em que o louco se encontra e é chamado a participar depois do advento da reforma psiquiátrica. Busca-se ainda investigar a possibilidade de laço social na psicose, sua viabilidade e dificuldade e, assim, conjecturar sobre o novo lugar social do louco e a inserção social do mesmo. Para realização do trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica concernente à psicose, à reforma psiquiátrica e ao laço social no âmbito da psicanálise lacaniana. Pela discussão observa-se a importância da noção de sujeito na elaboração do diagnóstico diferenciado e a direção do tratamento, que difere da abordagem fornecida pela psiquiatria contemporânea, empirista e universalizante, baseada no discurso do mestre e do capitalista. Neste sentido a clínica psicanalítica se apresenta como possibilidade a inserção do louco, uma vez que leva em consideração a singularidade de cada sujeito, de cada caso. Assim, oferece ao psicótico a possibilidade de estar e pertencer ao mundo, construindo saídas possíveis, lhe possibilitando existir fora da norma fálica, para além do discurso atualmente imperante, discurso do mestre e do capitalista.

PALAVRAS-CHAVE: Psicose; Loucura; Laço social; Inserção social. Reforma psiquiátrica.

ABSTRACT: The theoretical course carried out will address the social trajectory of madness, from asylums to present substitute services, pointing out the nuances of the social places that the madman has crossed and the place where he is currently. The work takes into account the social bond, since the discourse is undoubtedly the source of all the social fabric in which the madman is and is called to participate after the advent of psychiatric reform. It also seeks to investigate the possibility of a social bond in psychosis, its viability and difficulty, and thus conjecture about the new social place of the insane and the social insertion of him. For the accomplishment of this work a bibliographical revision was realized concerning psychosis, the psychiatric reform, and the social tie. The importance of the notion of the subject in the elaboration of the differential diagnosis and the direction of the treatment are observed, which differ from the approach provided by contemporary, empiricist, and universalizing psychiatry, based on the discourse of the master and the capitalist. In this sense, the psychoanalytic clinic presents the insertion of the madman as a possibility, since it takes into account the singularity of each subject and of each case. Thus, it offers the psychotic the possibility of being and belonging to the world, building possible outlets, allowing him to exist outside the phallic norm, beyond the currently prevailing discourse, that of the master and the capitalist.

KEYWORDS: Psychosis; Madness; Social bond; Social insertion; Psychiatric reform.

¹ Artigo construído a partir de uma monografia do curso de psicologia da Unidade São Gabriel PUC-MG.

² Graduada em psicologia pela PUC-MG Unidade São Gabriel (2017). Pós-Graduada em Saúde Mental: Política, Clínica e Práxis pela PUC-MG (2019). julialorrane@outlook.com

³ Doutora em Psicanálise pela Universidade de Paris VIII Vincennes-Saint-Denis (2009). Professora na categoria de adjunto IV da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Experiência docente no curso de graduação de psicologia e no curso de pós-graduação lato sensu em Clínica Psicanalítica. carladerzi@maill.com

1 INTRODUÇÃO

A fluidez do mundo líquido contemporâneo, como, brilhantemente, aponta Bauman (2011), a maleabilidade, as mudanças contínuas, são marcas de um mundo que está em constante transformação e alcança lugares infindáveis. A loucura como partes integradoras desse mundo, não escapam a essa prerrogativa.

O lugar social do louco e da loucura vem sofrendo grandes transformações nos dias de hoje. Em decorrência de modificações institucionais como dos hospitais no século XVII, que passaram do cunho filantrópico para o de ordem social e política, a loucura perde sua liberdade e se torna réu de um sistema político, onde o enclausuramento é a sua sentença. A loucura que antes embelezava as artes, agora enfeia a cidade e dela deve ser banida (FOUCAULT, 2000).

A loucura por muito tempo esteve banida a este lugar de esquecimento e de enclausuramento, a saber, do século XVII até aproximadamente o século XX. É só na década de 40, com o fim da Segunda Guerra mundial que os olhares deste mundo líquido (BAUMAN, 2011), são voltados para as barbaridades que acometiam hospitais psiquiátricos, uma vez que muito se assemelhavam às barbáries dos campos de concentração. A partir de então, começaram a surgir as experiências da reforma psiquiátrica e o louco passa a ser visto, tendo a possibilidade de um novo lugar social. Ao que parece a loucura e seu lugar social, são tomados de um paradoxo recorrente. Ora é temível e indesejável, digna do encarceramento, ora é mágica e exuberante digna dos grandes palcos.

Um longo caminho foi percorrido para que a reforma psiquiátrica alcançasse o novo modo de lidar com o sofrimento mental. Para tanto, leis e portarias foram instituídas como forma de assegurar a efetividade desses novos rearranjos.

A temática escolhida para este trabalho é resultado do percurso acadêmico de graduação na Universidade Católica de Minas Gerais, juntamente com a experiência de um estágio não obrigatório realizado em um Serviço Residencial Terapêutico locado na regional Venda Nova em Belo Horizonte -MG, em que a teoria psicanalítica, a reforma psiquiátrica e suas lutas tiveram significativo impacto na construção de um arcabouço teórico à cerca dos indivíduos, de suas formas de adoecer e mais importante, a forma de tratar este que padece. Por meio de revisão bibliográfica, busca-se neste trabalho apresentar o percurso da história da loucura desde os hospitais psiquiátricos até os atuais serviços substitutivos, apontando as nuances dos lugares sociais que o louco perpassou e o lugar que este encontra atualmente. Busca-se ainda, através de revisão bibliográfica, investigar a possibilidade de laço social na psico-

se e a forma como estes laços são estabelecidos pelos novos modelos de tratamento. E então, a partir deste a possibilidade de inserção social do louco. Vale ressaltar que, apesar das grandes conquistas, a saúde mental e a loucura ainda são tabus que merecem ser discutidos, pois a fluidez do nosso mundo líquido pode possibilitar a volta do modo de tratar de outrora.

2 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA AOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

No Brasil o direito de todos à saúde é assegurado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Através da luta antimanicomial e de experiências como a IIª Conferência Nacional de Saúde Mental, subsídios foram gerados para que a saúde mental tivesse visibilidade. Com os direitos assegurados por lei, mudanças efetivas foram alcançadas.

Esta nova concepção de cuidado e tratamento em saúde mental não se trata mais apenas da reclusão ou cura do doente, mas pelo contrário trata-se reinseri-lo socialmente, torná-lo novamente sujeito de interações como explica Amarante (1994):

Chegamos a este ponto, registramos a modificação radical da perspectiva psiquiátrica. Não mais se trata de curar um doente, mas de adaptá-lo um grupo de torná-lo novamente um sujeito definido pela rede de suas inter-relações sociais. E para sermos mais precisos, o critério de cura e de alta hospitalar deixa de ser a redução de certas produções delirantes ou alucinatórias para tornar-se adaptação social de um enfermo a um grupo. (AMARANTE, 1994, p. 52).

Com isso a reforma psiquiátrica deixa de estar restrita aos muros dos hospitais e passa a alcançar toda sociedade. O espaço da reforma psiquiátrica passa a ser preferencialmente mais amplo, englobando a comunidade; corresponsabilizando, cidadãos, governo e instituições. A saúde mental que antes era tratada de forma diferenciada das demais áreas da saúde é reestruturada, e a assistência é definida de acordo com o momento evolutivo, com a complexidade, assim como nas demais áreas da saúde (AMARANTE, 1994).

No ano, 1989 o deputado Paulo Delgado (PT/MG), dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.

Somente 12 anos mais tarde, em 2001, que a lei Paulo Delgado é sancionada no país, sendo assim a Lei 10.216 muda a assistência à saúde mental, privilegiando o tratamento nas bases comunitárias, além de dispor sobre a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui claramente os mecanismos de progressão para a extinção dos hospitais psiquiátricos. (AMARANTE, 1994). Para a efetividade do processo de redução dos leitos

nos hospitais psiquiátricos, foi necessária a implantação de serviços substitutivos com o objetivo de desinstitucionalização e a efetiva reintegração social dessas pessoas que por anos estiveram institucionalizadas.

Criou-se então, os chamados Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's), que segundo o Ministério da Saúde (2005), “residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não” (BRASIL, 2005, p. 15).

É evidente que muitos foram os avanços na área da saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica. É sabido que, os serviços substitutivos vêm trabalhando para a manutenção, garantia e desenvolvimento de benefícios para seus usuários. Sendo este um grande desafio proposto pela Reforma, à desconstrução do isolamento, e reinserção social dos loucos, que por anos foram destituídos dessa possibilidade.

O simples fato de tirá-los do isolamento e colocá-los em casas e bairros para viver em comunidade, a possibilidade de mudança geográfica e espacial, não garante por si só a inserção que se propõe. Uma vez que, a inserção depende da reabilitação psicossocial, que por sua vez, tem a pretensão de proporcionar autonomia, para atuação como cidadão nos vários contextos sociais. Com esta possibilidade de autonomia garantida, tem-se a viabilidade da inserção, que se trata da possibilidade de convívio em sociedade, através da ocupação e acesso dos espaços públicos sociais (PASSOS; AIRES, 2013).

Assim, tirar o louco de um lugar e colocá-lo em outro, não garante aceitação e inserção. Esta mudança deve acontecer em vários níveis sociais e de forma complexa, levando sempre em consideração o histórico social de exclusão da loucura.

A humanização dos serviços e a possibilidade de autonomia dos loucos são ferramentas capazes de uma enorme transformação na vida desses e da sociedade. A linha guia de saúde mental de Minas Gerais, traz considerações sobre os direitos de cidadania, afirmando que,

Cidadania é algo que só se exerce quando se partilha a palavra e se tomam decisões – encontrando para as questões que afetam a cada um seu registro na cultura. O reconhecimento da cidadania do usuário do serviço de Saúde só se dá quando o tratamos verdadeiramente em pé de igualdade. (LOBOSQUE; SOUZA, 2006, p. 49).

Apesar dessa preocupação quanto à cidadania do usuário, a forma de condução na prática cotidiana desses novos dispositivos, nem sempre viabilizam uma participação maior do usuário em seu próprio tratamento. Generoso (2014) explica que na maioria das vezes este usuário se encontra a margem, “geralmente ele fica à margem dessa construção político-

social, uma vez que a loucura coloca limites frente a essa noção de cidadania como base de inclusão social” (GENEROSO, 2014, p. 22). Estando então fadado, a não implicação do usuário em seu próprio tratamento.

Esse contexto do louco estar à margem da sua própria construção político-social, nos remete a um modelo de inclusão e não de inserção social, uma vez que aqueles que estavam restritos a um único espaço dentro da cidade, têm agora a possibilidade sair e ocupar outros espaços, mas sendo sua participação por vezes restrita. Generoso (2014) ressalta que a “inclusão social refere-se a um conjunto de ações e interações sociais, econômicas e políticas que visam a combater a exclusão social” (GENEROSO, 2014, p. 21), que acontece por meio de oportunidade de direitos concedidos a indivíduos ou grupos segregados, oportunizando acesso a serviços e bens.

Porém, oportunizar não significa apropriação e implicação do excluído nesta nova realidade. Sendo assim, seguindo a orientação de Generoso (2014), usaremos a concepção de inserção social que se difere de inclusão social, sendo que a inserção social leva em consideração a apropriação e implicação do sujeito. A vertente psicanalítica possibilita o estabelecimento de laço social, viabilizando ao sujeito apropriação de sua inclusão e dos dispositivos, podendo chegar a fazer “um uso subjetivado das ofertas” (GENEROSO, 2014, p.22).

3 DISCURSOS E FAZERES NO TRATAMENTO DO LOUCO: UMA ABORDAGEM PSICANALÍTICA

Como explicitado, o louco enclausurado agora ganha as ruas da cidade, advindo de uma luta e preocupação constantes da reforma psiquiátrica. Com isso, estes loucos nos apresentam uma forma particular de habitar o mundo, de lidar com os direitos humanos, que escapam às normas sociais, implicando a atual saúde mental a considerar novas formas de intervenção, que fogem às tão conhecidas intervenções dos hospitais psiquiátricos. É neste contexto que a abordagem psicanalítica é chamada a trabalhar, uma vez que este novo cenário requer um manejo não mais padronizado, mas um manejo que leve em consideração a singularidade de cada sujeito, sendo esta singularidade o que poderá evitar o enquadramento e controle da loucura (GENEROSO, 2014).

Assim se faz necessário conhecer os laços sociais, uma vez que, o discurso é sem dúvida o engendrar de toda a trama social em que estes indivíduos encontraram a possibilidade de inserção, de conexão ou de um lugar no Outro social.

Segundo Tizio (2007), comentando sobre a teoria lacaniana dos discursos, os laços Sociais são as relações sociais sustentadas pela via do discurso, que é tecido e estruturado por meio da linguagem, portanto os laços sociais são denominados discursos.

Sendo os discursos engendrados de toda a trama social e a loucura parte integrante de toda essa trama (apesar de por séculos tentarem a excluir), como pensar o laço social na psicose? Uma vez que, a princípio o laço social está fadado a existir a partir da inscrição do Nome-do-Pai, já que não ocorrendo há inscrição do Nome-do-Pai o sujeito não habita a linguagem não se inscrevendo no simbólico, sendo assim, o laço com o Outro encontra-se comprometido. Então, psicose se encontraria fora-do-discurso, fora dos laços sociais?

O termo foraclusão diz respeito ao modo operante da psicose: a não inclusão do Nome-do-pai, que se equivale a não entrada na norma fálica edipiana (COSTA; POLI, 2010). Quinet (2009) afirma que, a tradução exata de *forclusion* (prescrição) remete à ideia de que, o foracluído dentro é incluído fora, por meio de alucinações e delírios. “O excluído está incluído do lado de fora, daí foracluído” (QUINET, 2009, p. 47). Assim o que importa clinicamente é a expressão desse sujeito na realidade, ou seja, o que importa é o retorno do foracluído. Tal retorno acontece por meio de projeções de criações inconscientes, em um outro, seja ele, família, vizinho, conhecidos, em casa, no trabalho, na rua, etc (QUINET, 2009). Assim em momentos de determinações/injunções e da conseqüente formação de sintomas elementares o psicótico recorre às construções delirantes para construir o saber que faltou no simbólico. Tais projeções são “desestruturadas” e lançadas em uma sociedade previamente “ordenada/estruturada”, o que ocasiona o desarranjo e desestruturação de costumes, práticas, regras e rotinas da ordem social (QUINET, 2009). Essa desorganização provocada pelo louco causa incômodo nos ditos “normais”, que os encarceram varrendo-os para fora da cidade.

É neste panorama de exclusão que se constitui o movimento reformista psiquiátrico, contra a prática do louco varrido, na tentativa de uma inserção social do sujeito foracluído, ou seja, inseri os que estão excluídos estruturalmente, por não terem sido inscritos na norma.

Por se tratar de um sujeito foracluído e, portanto, fora-do-discurso como denomina Lacan (1972), essa inclusão proposta pela reforma psiquiátrica, não poderia se dar de qualquer maneira ou pautada/estruturada puramente no discurso o mestre e/ou capitalista. Uma vez que, se assim acontecesse, esse sujeito seria duplamente excluído. Duplamente porque, estruturalmente já é foracluído, e o seria novamente se sua tentativa de inserção social se desse por meio do discurso do mestre ou do capitalista, que a saber, são laços que não incluem o sujeito.

Configura-se, portanto uma empreitada nada fácil, para a reforma e seus objetivos, visto que o discurso contemporâneo imperante é o discurso capitalista. Discurso no qual o

valor está no saber instituído e não no saber do sujeito. Ou melhor, o discurso capitalista também foraclui o sujeito, já que foraclui a castração.

A psiquiatria (saber dogmático, dominante no que se refere a loucura) sempre foi marcada por paradoxos devido ao seu próprio objeto de estudo (INFANTE, 2011). Seu conhecimento como ressalta Infante (2011), perpassou e perpassa por campos que vão de um extremo a outro, desde práticas baseadas no saber nosográfico, até antipsiquiatria que pregava a emancipação, liberdade e valorização do sujeito como responsável por sua própria história. E ainda, ao que temos hoje, regresso imperante da classificação médica, acrescido da medicalização exacerbada (INFANTE, 2011).

A psiquiatria vigente é um saber organizado pelo discurso do mestre e do discurso capitalista, que envolve modos de organização social entre pessoas, práticas e instituições. Infante (2011) afirma, “trata-se de uma clínica dogmaticamente reducionista que se transforma cada vez mais em uma neurobiologia” (INFANTE, 2011, p.64). Fala-se de uma ciência que sirva ao mundo globalizado, de uma psiquiatria globalizante, que disponha de diagnósticos e procedimentos cada vez mais universais e homogêneos. E como consequência dessa prática universalizante, tem-se a exclusão da subjetividade e eliminação do sujeito. Corroborando Quinet (2009) ao afirmar,

Os manuais de diagnóstico atuais parecem tomados pela preocupação de se constituir uma língua comum entre psiquiatras de todo o mundo, como esperando que pudesse terminar com o mal-entendido próprio à comunicação. (QUINET, 2009, p. 11).

Assim, desaparece da psiquiatria contemporânea a noção de sujeito e subjetividade, confirmando um “tratamento” via discurso do mestre e discurso do capitalista.

Pode-se afirmar que o discurso psiquiátrico predominante, sobre a loucura e a saúde mental é fundamentalmente baseado em saberes empíricos e fundamentáveis. A legitimação dessas ciências se dá em alguma medida por meio de sistemas nosográficos, a partir dos quais surge uma classificação psicopatológica totalmente descritiva e sintomatológica (INFANTE, 2011). Os manuais diagnósticos psiquiátricos assumem essa tendência totalmente nosográfica, classificatória com a pretensão de fins científicos, na tentativa de suprir a defasagem no estabelecimento de etiologias.

É nesse sentido que o “tratamento” despendido na psiquiatria atual, objetifica o sujeito, anulando a subjetividade, localizando-o em determinado transtorno. Aquele que chegou ao consultório médico, sendo um sujeito, portador de um nome, de uma idade, de uma história de

vida; retorna para sua realidade, agora portador apenas de um número que o classifica. O sujeito de quem o corpo é resumido ao biológico, não só padece de determinada patologia, mas passa a ser essa determinada patologia.

Assim, o saber válido não é mais o saber do sujeito sobre seu sofrimento, mas sim, o saber instituído da psiquiatria sobre os sintomas do seu sofrimento.

Portanto, pode-se afirmar que este modo psiquiátrico de “tratar” está baseado no discurso do mestre. Visto que este discurso é marcado pelo discurso do governo, pela lei absoluta, representada pelo Outro. No qual dita uma verdade para o outro (S_2), neste caso o louco, que mesmo portando um saber, saber singular, fica à disposição do *mestre*, ocupando posição de escravo. Esse outro (S_2) está no lugar de quem recebe toda lei arremetida de um saber soberano, inquestionável, sendo, portanto, objetalizado pelo mestre (S_1). Deste modo, o *mestre* ocupa o lugar daquele que detém o saber total, se dirigindo ao S^2 (louco), para a reprodução desse saber. Assim, o mestre dita regras ao outro e o petrifica num significante, colocando-o no lugar de objeto.

Como afirmou Lacan em 1974, no seminário 17, o discurso capitalista é o laço social dominante na sociedade contemporânea. Sua principal característica é a forclusão da castração, possibilitada pela falsa permissividade do gozo. A dinâmica mercadológica apresenta o objeto *a* como suscetível de acesso, alienando o sujeito de sua realidade de sujeito falso/castrado. Este panorama social alcança o tratamento psiquiátrico, já que a indústria farmacêutica é a grande fomentadora de pesquisas empiristas que estimulam a criação e relançamento de drogas paliativas que seguem o ritmo do mercado de consumo (INFANTE, 2011).

Infante assegura (2011) que temos subjetividades funcionando sob um imperativo de gozo ligado ao consumo, criando a impossibilidade ou a desnecessidade da implicação do sujeito no seu mal-estar. Uma vez que esta interrogação do sujeito é substituída por paliativos que esvaziam o sofrimento e desviam a implicação do sujeito para soluções imediatistas embasadas no imperativo de gozo (INFANTE, 2011).

Algo ainda a se pensar, é que a reforma psiquiátrica propõe a inserção do louco para uma vivência em sociedade. Porém, se depara com outro grande desafio, uma vez que, o discurso capitalista a qual esta sociedade se estrutura, é um discurso que não promove laço com o outro, ou seja, é um discurso que enaltece o individualismo. Como afirmam Marino e Prizkulnik (2011), “neste discurso, as relações humanas passaram a ser marcadas por uma lógica em que se privilegia o individualismo e o acesso aos objetos de consumo” (MARIANO, PRISZKULNIK, 2011, p. 68).

Essa multidão de solitários como fala Infante (2011), nomeia uma crescente massa de incapacitados de transmissores de saber. É a perda, continua a autora, “da capacidade de ser mensageiro para o outro. [...] Os indivíduos hoje são consumidores, não mensageiro refugiado na vivência imediata única portadora de sentido” (INFANTE, 2011, p. 69). Tal fato caracteriza-se, sobretudo por um cepticismo em relação aos laços sociais, sob esta incredulidade os sujeitos se fecham, se isolam, se distanciam do outro e se fundem aos objetos de consumo (INFANTE, 2011).

O lugar que o louco irá ocupar nesse panorama de isolamento e reclusão é ainda mais complicado, uma vez que, a ele nunca foi concedido ocupar o lugar de pertencimento social. E a ele jamais, foi reconhecido o potencial de transmissor de conhecimento, posto que, suas experiências e verdades “desorganizadas” não são de certo modo aceitas, como parte de uma verdade estruturada e legitimada de uma sociedade empirista.

Costa e Poli (2010), a respeito da inserção e da homogeneização discorrem que, a exigência por autonomia demandada pela busca da cidadania, pode ser entendida como ditadura da homogeneização do psicótico, no qual a diferença desses sujeitos, “tende a ser tomada como um erro, como um desrazão a ser corrigida” (COSTA; POLI, 2010, p. 415).

Desrazão seria eliminar a forma do psicótico de lidar com saber que faltou no simbólico, eliminar sua tentativa de cura, “da radical exclusão do discurso como laço social” (QUINET, 2009, p. 55), para enquadrá-lo na norma de ser e estar dos ditos normais. Uma vez que, como afirma Quinet (2009), às manifestações consideradas patológicas dos psicóticos, são na verdade formas de tentar restabelecer o vínculo com os outros, (QUINET, 2009).

Ao que parece os sintomas psicóticos podem ter vias de interpretação distintas, dependendo de qual discurso o interpreta. Se a interpretação for via discurso do mestre e/ou capitalista teremos os sintomas como desrazões a serem corrigidas e anuladas, em contrapartida se a interpretação partir do discurso do analista teremos os sintomas como tentativas de cura e tentativas de estabelecimento de laço como outro. Como ressalta Quinet (2009),

O outro passo que devemos dar é considerar todos os fenômenos dos pacientes como tentativas de estabelecimento de algum vínculo com o outro. Nesse sentido, são tentativas de fazer laço social: o delírio pode até inventar um outro do amor, pelo qual o sujeito se apaixona. Os delirantes não apenas amam seus delírios como a si mesmos, mas são apaixonados pelo Outro, e são os amados do Outro. (QUINET, 2009, p.54)

Em um primeiro momento parece impossível conceber a ideia de Quinet, de que o psicótico pode de certo modo, estabelecer vínculo/laço com o outro. Uma vez que, Lacan (1972)

em o Aturdito faz referência ao fora-do-discurso no psicótico, trata da aparente impossibilidade deste em fazer laço, pois estruturalmente lhe seria impossível.

Generoso (2008), afirma que ao analisar elaborações teóricas de vários leitores das obras lacanianas, tem-se a seguinte prerrogativa: “o psicótico está dentro da linguagem, mas fora do discurso” (GENEROSO, 2008, p. 5-6). Isso porque, como ressalta a autora, os discursos fazem referência à falta, uma vez que a linguagem é estruturadora de todos os discursos e a própria linguagem aponta para o que resta, para o que falta, para o que sobra na cadeia de significantes. “Isso leva a pensar que o laço social entre os seres humanos, [...] só é possível de ser instituído a partir da subjetivação da perda através do simbólico, havendo com isso uma barreira de acesso ao simbólico” (GENEROSO, 2008, p. 4). Sendo assim, estruturalmente o psicótico estaria fadado a existir fora do discurso, pois a falta não lhe foi instituída. Por tanto, não sendo possível a ele estabelecer laço.

Porém, Generoso (2008), ressalta que, ao se analisar as obras lacanianas em que o autor faz referência a linguagem, o mesmo afirma que, os loucos falam a mesma língua que os ditos normais, fazendo uma diferenciação entre o discurso comum e o discurso delirante,

Pois, seguramente, esses doentes falam a mesma língua que nós. Se não houvesse esse elemento não saberíamos absolutamente nada sobre eles. É, portanto, a economia do discurso, a relação da significação com a significação, a relação do seu discurso com o ornamento comum do discurso, que nos permite distinguir que se trata do delírio. (LACAN apud GENEROSO, 2008, p. 7).

Nesta passagem Lacan aponta para o estabelecimento, inserção do louco na linguagem, porém feito de maneira diferente do uso convencionalmente partilhado.

Veras (2009) recorrendo aos escritos de Lacan dos anos 50 ressalta que, “o inconsciente é o discurso do Outro” (p. 144), uma vez que, a estruturação do sujeito depende do que se desenvolve no campo do Outro.

Presentifica-se então a dificuldade do louco de se estabelecer em um discurso, visto sua impossibilidade de subjetivação e de estabelecimento de uma relação com o Outro para além da exterioridade. Veras (2009), afirma que o inconsciente escapa ao pensamento formal lógico, por isso, válido a todo ser falante incluindo os loucos. Sendo esta característica do inconsciente um aspecto que oferece uma alternativa para se pensar o laço social na psicose para além das fronteiras estruturais.

A intersubjetividade até então compreendida como “intrínseca” à linguagem, dá espaço a exterioridade em relação ao discurso. O laço social até então entendido a partir e exclusivamente pelo discurso, abre possibilidade de incluir mais que significações, inclui como pon-

tua Veras (2009), a maneira como estas significações se apresentam no corpo, sendo instrumento de gozo desse corpo e não de reconhecimento do Outro.

A possibilidade do laço social para o louco presentifica-se neste momento, quando o psicótico busca igualmente, a localização do gozo, de maneira que lhes são próprias, “permitindo uma localização do gozo no corpo, como um órgão, ou no Outro, como delírio” (VERAS, 2009, p. 104).

Portanto, ao se analisar de perto e com mais cuidado a relação do psicótico com a linguagem, torna-se possível conceber a ideia de que o louco pode sim fazer laço social, mesmo que este seja feito de maneira singular. Não se pode negar que o louco se comunica, circulando entre os vários discursos, mas que o faz de forma peculiar distanciando-se das formas tradicionais e convencionais de laço social.

Sendo o laço social uma possibilidade de base para o psicótico, Generoso (2008) afirma que é possível conjecturar a circulação ou inserção do louco em algum discurso, onde ele possa de certa forma estabelecer a regulação do gozo, “surgindo com isso a possibilidade de construção de alguma forma de laço social” (GENEROSO, 2008, p.8).

A partir dessa premissa de que o louco apresenta a possibilidade de fazer laço, o modo de tratá-lo ganha novas nuances e possibilidades. Pois, aquele que era simples objeto, escravo de um mestre que ditava suas possibilidades, pode agora ser reconhecido como sujeito portador de saber subjetivo sobre seu sofrimento. Este sujeito tem algo a dizer sobre o que sente sobre o que vivencia, não precisando mais, ficar a mercê dos saberes e leis do mestre soberano.

Normal e patológico, diferente e igual partem de uma lógica dicotômica fundada na lógica do universal e do “para todos”, como afirma Marcos (2014), a universalidade denota a ideia de que encontra em cada subgrupo aquilo que falta no outro (MARCOS, 2014). “Uma dualidade estrita [...] é assim estabelecida e divide o mundo entre normal e patológico”. (MARCOS, 2014, p. 6).

Assim o universal enquanto conceito ou afirmativa pretende encaixar o que é um em uma verdade que é para todos. Este universal porta, como esclarece Marcos (2014), uma verdade que cabe a cada um e que vale para todos, fazendo o singular se tornar plural. Deste modo, se determinado sujeito apresenta sintomas X's, passa a ser enquadrado em determinada patologia Y, presente nos DSM's, passando então a fazer parte de um universal independente das particularidades sejam, elas quais forem, sexo, cultura, etnia, histórico de vida e familiar etc. O que está em jogo no conceito universal é a dicotomia, a separação dos dois lados de uma mesma moeda.

Marcos (20014) ainda ressalta que, Lacan com as proposições da sexuação e a formulação do não-todo, pretende fazer com que o universal hesite, fraqueje “como se pretendesse dizer que há algo que resiste a se inscrever sob o universal, ele funda um novo universal sobre a exceção que lhe faz objeção” (MARCOS, 2014, p. 13). A partir das formulas de sexuação e do não-todo, torna-se possível uma unificação, um tratar não dicotômico do que separa o universal. A sexuação e o não-todo modificam a relação das particulares com a universal. Marcos (2014) explica que,

As fórmulas da sexuação e a noção do não-todo tornam possível não tratar separadamente estes dois aspectos da mesma questão, trabalhando com o universal de modo a desconstruir o casal da oposição sexual, que o traço presente à esquerda que funda o todo e a ausência do traço à direita que obriga o não-todo não dividem nenhum espaço já circunscrito. (MARCOS, 2014, p.6-7).

A teoria psicanalítica diferente de teorias universalizantes leva em consideração o singular. O caso clínico é levado em conta na medida em que considera o singular, distanciando-se, desta maneira, de proposições universalistas e de classificações identificatórias. Sobre isso ressalta Miller (2003), que na clínica psicanalítica, devemos sempre priorizar o singular em detrimento do universal.

No entanto a dicotomia do universal ainda se faz bem presente, e parece utópico pensar no seu fim em âmbito geral. A bipartição entre patológico e normal vem se arrastando a séculos, apresentando algumas modificações e novas nuances, mas nunca desaparecendo e a saúde mental é por vezes marcada por esta lógica.

É notório que a forma de tratar o louco vem passando por grandes mudanças. O louco que antes estava enclausurado em manicômios, afastado do contato social e seu “tratamento” acontecia em instituições “exclusivas para seus problemas”, agora é tratado em um sistema único e comum para todos, sua liberdade parece que está sendo garantida, podendo ele, circular livremente pelos espaços da cidade.

A universalidade como característica de todo ser falante, não é exclusividade apenas dos ditos normais, os loucos não escapam a esta prerrogativa e seu tratamento está por vezes imerso na ideia do universal. Sobre a universalidade Mafra (1999) explica, “desta forma, podemos tomar esses termos entre a linguagem e a fala, levando adiante que se o humano é constituído pela linguagem, estabelece-se aí o termo da universalidade” (MAFRA, 1999).

Se antes o universal no tratamento era marcado pela psicopatologia, hoje seu tratamento ainda é marcado pela universalidade da psicopatologia, (que separa/segrega indivíduos em caixinhas de CID e DSM) acrescido de um sistema de saúde que se intitula como único e

“para todos”, que unifica/burocratiza, mesmo que segregando seus pacientes por meio da patologização. O louco volta ao mundo e encontra um mundo que separa e ao mesmo tempo quer iguais, na verdade separa/segrega os “diferentes” porque vivemos uma ditadura de iguais. Como já apontado, Marcos (2014), ressalta que a bipartição presente na lógica do universal, divide o mundo entre normal e patológico.

Versa-se assim, mais uma vez o desafio à reforma psiquiátrica e suas mudanças; como inserir a diferença (loucura) em um sistema que requer iguais?

Parece então, concebível a ideia de que, por mais que a universalidade seja uma imposição haverá sempre algo que escapa, que foge e faz existir o singular, mesmo diante de uma ditadura de iguais. A esse respeito Miller versa que, o universal seja ele de qual classe for, nunca estará totalmente presente em um indivíduo.

O universal da classe, seja ela qual for, nunca está completamente presente num indivíduo. Como indivíduo real, pode ser exemplar de uma classe, mas é sempre um exemplar com uma lacuna. Há um déficit da instância da classe num indivíduo e é justamente por causa desse traço que o indivíduo pode ser sujeito, por nunca poder ser exemplar perfeito. (MILLER, 2003, p. 7).

Miller (2003) ainda alerta, para a necessidade de reforçamento e não esquecimento da ideia de sujeito, quando se usa as categorias classificatórias. Pois, segundo o autor, só se é sujeito quando o ser escapa ou se afasta da espécie, do geral e do universal. Lembrar-se da situação de sujeito, para Miller não é descartar as categorias classificatórias, mas utiliza-las sem tamponar o sujeito, tendo sempre noção do caráter pragmático dessas classificações identificatórias.

Do nosso ponto de vista, há sujeito toda vez que o indivíduo se afasta seja da espécie, do gênero, do geral ou do universal. É algo que é preciso recordar na clínica quando utilizamos nossas categorias e classes – não para descartá-las, mas para manejá-las tendo ciência do seu caráter pragmático e artificial. Trata-se de não esmagar o sujeito com as classes que utilizamos. (MILLER, 2003, p. 7)

Parece ser esta a resposta para o questionamento de outrora. O sujeito sempre deve existir em detrimento do universal, do que já está instituído. Deve-se sempre dar espaço para que o singular, para que o sujeito surja. Miller (2003) irá dizer que não é o universal, o conceito que resolve, mas é o singular, a prática que dará resposta a cada caso, assim ele resalta “logo, entre o universal e o particular, é sempre necessário inserir o ato de julgar, sendo que esse ato não é universalizável” (MILLER, 2003, p. 9).

A prática não é a aplicação da teoria. Esta é a dimensão mais interessante da prática. Quando funciona apartada, necessita da teoria, mas existe uma dimensão onde a prá-

tica funciona lateralmente àquela. Isso o sabemos muito bem. É precisamente a prática que deve descobrir ou re-descobrir, em cada caso particular que se apresenta aqui e agora, os princípios que poderiam governar o caso. Trata-se de descobrir os princípios do caso em cada um deles. [...] Até agora me parece insuperável o que diz: é evidente que, entre a teoria e a prática, necessita-se de um intermediário que permita a conexão de uma com a outra, mesmo que a teoria seja completa, porque é sempre necessário - assim escreve - acrescentar, ao conceito que contém a regra, um ato de julgar que permitiria aos praticantes decidir se o caso cabe na regra ou na classe ou no universal. (MILLER, 2003, p. 9-10).

Assim sendo, acreditamos que para inserir e tratar o diferente em uma ditadura de iguais deve-se levar em consideração como afirma Tatit (2016), que o singular nega e faz existir o particular e o universal, não podendo se descartar estes dois. Ao que parece devemos colocar em prática o julgar de Miller que diz, sobre decidir se uma regra se aplica a determinado caso, e não simplesmente aplicar classificações universais em um caso particular. Miller (2003) ainda reforça que o único universal válido para um sujeito é um universal muito particular,

É um universal muito particular: é a ausência de uma regra. É isto o universal. É um universal negativo. É o universal que é ele, por si mesmo, um buraco. É uma fórmula não escrita, fórmula que não se inscreve. [...] a ausência de um programa sexual. Lacan o chamou de "não relação sexual". É o único universal que vale para um sujeito, porém é um universal negativo que significa a ausência de uma regra, que permite a passagem ao limite o fato de que, diferentemente de outras espécies animais, o modo de relação entre os membros da espécie humana é especialmente aberto à variação. Aberto à verdade e à mentira. Aberto à variação, à contingência e à invenção. (MILLER, 2003, p. 9).

Por fim, podemos reiterar que, o que é patológico, o que para muitos deve ser eliminado (o sintoma), aparece em Miller (2003) como invenção ou reinvenção a regra que falta, “o modo de relação inventado, particular, peculiar e sempre manco é o sintoma. O sintoma vem no lugar da programação natural que não existe” (MILLER, 2003, p. 9). Por mais que existam sintomas comuns, típicos, em cada sujeito este sintoma terá uma forma única e particular.

4 CONCLUSÃO

Como já mencionado, este trabalho é resultado do percurso acadêmico de graduação na Universidade Católica de Minas Gerais e da experiência de estágio não obrigatório realizado em um Serviço Residencial Terapêutico. Buscou-se dessa forma, por meio de revisão bibliográfica concernente à psicose, à reforma psiquiátrica e ao laço social, investigar a possibilidade de laço social na psicose, sua viabilidade e dificuldade e, assim, conjecturar sobre o novo lugar social do louco e a inserção social do mesmo.

Não se pode negar que mudanças significativas ocorreram e que grandes conquistas foram alcançadas. Tal consideração funda-se no estabelecimento de medidas sociais e governamentais sólidas como a redução dos manicômios e abertura de serviços substitutivos. Porém como ressalta Amarante (1994), a mera reestruturação do serviço se impõe como desafio a Reforma Psiquiátrica uma vez que, uma de suas pretensas é a reinserção social desses sujeitos e as mudanças espaciais ou geográficas, a reestruturação do serviço, não são suficientes para essa reinserção. Os laços sociais contemporâneos, marcados por uma lógica capitalista, também se apresentam como desafio a reinserção social do louco. Vivemos em uma sociedade marcadamente estruturada pelo discurso do mestre e do capitalista.

O fora-do-discurso na psicose também poder-se-ia apresentar como grande desafio às pretensas da reforma, como inserir socialmente aquele que estruturalmente está fadado a existir fora do discurso? Mas como pudemos comprovar, o psicótico pode sim estabelecer laço de forma singular, feito de maneira diferente do uso convencionalmente partilhado, “surgindo com isso a possibilidade de construção de alguma forma de laço social” (GENEROSO, 2008, p.8). Neste sentido a clínica psicanalítica se apresenta como possibilidade a reinserção do louco, pois apesar da teoria ser uma teoria universalizante, a psicanálise sempre leva em consideração a singularidade de cada sujeito, de cada caso, distanciando-se assim de proposições universalistas e de classificações identificatórias. Sendo assim podemos concluir que, a reforma psiquiátrica e os novos dispositivos podem possibilitar a reinserção social do louco e sua entrada no laço social, desde que leve em consideração a singularidade de cada sujeito. Faz-se assim necessário escutar a singularidade do psicótico para então circunscrever o gozo, identificando em sua fala a falha estrutural que, ao se presentificar no real provoca sofrimento. Assim, para além da reestruturação do sistema, do lugar geográfico e social do louco, deve-se reconhecer o “psicótico [como] criador de teoria e arte, [...] entre tantos outros, inventando uma maneira de ex-sistir fora da norma fálica” (QUINET, 2003, p. 57). Para então caminhar-mos rumo a uma real inserção.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BAUMAN, Zygmunt. **44 Cartas do mundo líquido moderno**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos de-

pois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 26 out. 2016.

COSTA, Ana Paula C.; POLI, Maria Cristina. Dos discursos no laço social: a construção de uma moradia possível na psicose. **Psicologia em Revista**: Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 409-427, ago. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v16n2/v16n2a11.pdf>. Acesso em: 05 de maio de 2017.

FOUCAULT, Michel. História da Loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 6.ed. 2000.

GENEROSO, Cláudia Maria. Considerações sobre psicose e laço social: o fora-do-discurso da psicose. **Clinicaps**: Belo horizonte, v.2, n.4, p 1-10, abr. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-60072008000100003. Acesso em: 05 de maio de 2017.

GENEROSO, C. Psicose, desinserção e laço social: um debate entre a psicanálise e o campo da saúde mental. 2014, 157 f. Tese (doutorado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2014.

INFANTE, Domingos Paulo. Psiquiatria para que e para quem? *In*: JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, Silvia. (Org.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera. 2011. 2. ed. p. 280.

LOBOSQUE, Ana Marta; SOUZA, Marta Elizabeth (org.). **Atenção em saúde mental**. Secretaria de Estado de saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2006.

MAFRA, Taciana de Melo. Psicanálise, Linguística e Singularidade. **Revista Antígona**, n.2, Nov. 1999. Disponível em:<<http://torodepsicanalise.com.br/site/wp-content/uploads/2017/05/psicanalise-singularidade.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

MARCOS, Cristina Moreira. O não-todo de Lacan e a lógica do caso clínico. **Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana**, Rio de Janeiro. v. 9, n. 18, p.4-16, 2014. Disponível em:<http://www.isepol.com/asephallus/numero_18/pdf/o_nao_todo.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

MARIANO, Adriana Simões; PRISZKULNIK, Léia. Nome-do-Pai e o discurso do capitalista: contribuições psicanalíticas a uma clínica com jovens autores de ato infracional. **Revista Bras. Adolescência e conflitualidade**. v.4, 2011, p. 68-80.

MILLER, Jacques Alain. **O rouxinol de Lacan**. São Paulo: Carta de São Paulo, v.10, n.5, p. 18-32. out.-nov. 2003. Disponível em: <http://ea.eol.org.ar/03/pt/textos/txt/pdf/el_ruisenor.pdf>. Acesso em: 27 de outubro de 2017.

PASSOS, Fernanda Paranhos; AIRES, Suely. Reinscrição social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, p. 13-31. 2013.

QUINET, Antônio. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

TATIT, Isabel. **A noção da singularidade na psicanálise lacaniana: aspectos teóricos, clínicos e sociais**. 2016. 226f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica)- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em:<file:///C:/Users/Ana/Downloads/tatit_corrigida%20(3).pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

TIZIO, Hebe. **Novas modalidades do laço social**. A sephallus: São Paulo, v. 2, n. 4, p.6, maio./out. 2007.

VERAS, Marcelo Frederico Augusto dos Santos. **A loucura entre nós: a teoria psicanalítica das psicoses e a saúde mental**. 2009. 288 f. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2009.