

Entrevista com Francisco Paes Barreto¹

Almanaque: Você vê como pertinente a inserção da psicanálise nas instituições públicas e nos serviços de saúde mental, regidos pelo ideal da inclusão social e do bem-estar?

Francisco Paes Barreto: O ideal da inclusão social e do bem-estar não é específico das instituições públicas e dos serviços de saúde mental: é algo que se respira em toda nossa cultura globalizada. Além do mais, a presentificação da psicanálise em qualquer instituição é sempre um problema. Foram citados os serviços de saúde mental; deve-se acrescentar, entretanto, os hospitais, as universidades, os órgãos judiciários, a polícia, os serviços militares, etc. Há lugar para a psicanálise nessas instituições? Há lugar para a psicanálise no mundo globalizado? É uma pergunta. A resposta, também aqui, não é toda. Ela se constrói no caso a caso. Há exemplos de trabalhos magníficos em todas as instituições mencionadas. A questão é ampla e desenvolverei apenas alguns pontos que podem servir de balizamento.

Miller, a propósito do instituto, diz-nos que, ali, o analista deve servir a dois senhores: ao discurso analítico e ao discurso universitário. É uma boa indicação. Numa instituição, o analista serve de alguma maneira a dois ou mais senhores. O importante é que não “esqueça” o discurso analítico. O risco é grande. Darei dois exemplos. Houve época em que a psicanálise foi engolfada pelo discurso psiquiátrico, numa aventura que se denominou psiquiatria dinâmica. Outro exemplo, contemporâneo e bastante freqüente, é a fagocitose do discurso analítico pelo discurso universitário, mediante a qual o primeiro é transformado num saber como qualquer outro.

Não abrir mão do discurso analítico, diante de outros discursos, é sustentar uma posição necessariamente tensa. Ou seja, a presença da psicanálise na instituição se faz sob tensão. E não há outra possibilidade. Não há como a psicanálise estar ali sem problematizar. A sua contribuição tem essa característica. Que às vezes é bem-vinda, outras vezes, não. E mesmo quando é bem-vinda, cabe a pergunta: por quanto tempo?

Na minha experiência, o termômetro das possibilidades tem sido, uma vez mais, a transferência. Quando existe transferência à causa analítica, e/ou a um analista em questão, a aproximação é oportuna. Mesmo com a transferência negativa, existe a chance de saber o que fazer com ela. Quando não há transferência, porém, não é bom ousar uma aproximação.

Almanaque: No seu livro², você traça o percurso da psiquiatria, desde a psiquiatria clássica, passando pelas grandes escolas, até a classificação internacional. Você escreve que, na perspectiva dos laboratórios, só existem dois tipos de pessoas: as que precisam

de psicofármacos e as que ainda não sabem disso. Essa perspectiva tenderia a se agravar com o DSM V?

Francisco Paes Barreto: É claro que sim. Com uma diferença. Se, antes, cada um era merecedor de pelo menos um psicofármaco, doravante, com o DSM V, cada um será digno de um coquetel. Ironia à parte, denuncio o esquema que está em jogo, no que tange à questão abordada. Os mais familiarizados com o contexto poderão acompanhá-lo passo a passo. (1) Identifica-se um sintoma, ou no máximo, uma síndrome (um grupo de sintomas). (2) Dá-se a esse sintoma, ou a essa síndrome, um nome. (3) Transpõe-se esse nome para uma sigla. (4) Postula-se, para o transtorno assim isolado, um substrato neurobiológico. (5) Atribui-se a ele uma etiologia genética. (6) Associa-se a ele um tratamento medicamentoso específico. Na prática, tal esquema, travestido de cientificidade, tem funcionado às mil maravilhas, do ponto de vista mercadológico.

O que faz a DSM V? Aumenta, consideravelmente, o número de "transtornos". A pulverização dos diagnósticos é cada vez maior. A consequência óbvia é a multiplicação das "co-morbidades". Dito em outros termos: cada um terá mais diagnósticos e receberá, em seguida, mais remédios. O diagnóstico múltiplo como senha da "polifarmácia".

O que dificulta ainda mais as coisas é que, hoje, não é raro o paciente já chegar com o diagnóstico e com o tratamento definidos por ele mesmo! A ideologia "neurobiologista" inunda a mídia, encharca a Internet. Boa parte do meu tempo tem sido gasto em desconstruir diagnósticos e demandas medicamentosas. Mais do que nunca, a demanda analítica depende de construção.

Almanaque: Gostaríamos que você comentasse o desafio lançado por Laurent, em seu texto *Delírio de normalidade*³, sobre o que se transmitirá para as novas gerações que chegam à psicanálise: explicaremos o "saber fazer" pelo qual o sintoma vai entrar no laço social, ou vamos nos conformar em mostrar como o sintoma faz obstáculo ao laço social?

Francisco Paes Barreto: A alternativa apresentada é falsa. Para o analista, só existe o primeiro caminho, quer se trate de psicanálise pura, quer se trate de psicanálise aplicada. O que é que Laurent chama de "delírio de normalidade"? Nada mais, nada menos do que a própria saúde mental, na medida em que ela procura desconhecer a singularidade do sintoma. Para a saúde mental, o único caminho para o laço social é o "somos todos iguais". É nesses termos que o sintoma faz obstáculo ao laço social, mas, para constatar isso, não é preciso a psicanálise. A própria saúde mental sabe disso muito bem.

A saúde mental "odeia" o sintoma. Lacan, por seu turno, recomenda: ame o seu sintoma. Oposição que, nos dias atuais, está radicalizada. Num momento anterior, Beneti e eu propusemos o nome Instituto de Psicanálise e Saúde Mental. Hoje, tal pertinência

caducou. Há bem pouco tempo cunhei a expressão “*antissaúde mental*”, que, por si só, revela a minha posição.

Não estou, com isso, pregando o isolamento do analista, o analista-eremita. No seu artigo, Laurent traz-nos uma fórmula feliz: “a psicanálise aplicada é um diálogo com o discurso do mestre”. Um diálogo para o qual estamos, nesse momento, em condição de nítida desvantagem. Daí a necessidade de não abirmos mão de nossos termos e, muito menos ainda, de nossos princípios. Houve época em que a psicanálise se associou à saúde mental contra a velha psiquiatria. Acordem! Tal momento já passou. E estamos sem aliados à vista. Só nos resta apostar num campo novo.

A presentificação da psicanálise no mundo atual e o diálogo com o discurso do mestre têm que ser mantidos a partir do eixo central da experiência analítica. Vamos abrir mão dos anéis, mas, jamais, dos dedos. O que quer dizer isso, no que concerne ao sintoma? Voltamos ao ponto de partida: no núcleo central da experiência analítica, está o *savoir-faire* do analista com o sintoma.

No caso da psicanálise pura, isso é por demais conhecido. “Ame o seu sintoma” é tributário da identificação com o seu sintoma, uma definição do final de análise. No caso da psicanálise aplicada, as coisas não são diferentes, no essencial. Ainda que não haja uma identificação com o sintoma, pode haver uma mutação do sintoma, inextricavelmente ligada a algum grau de mutação subjetiva. Concluindo: o analista opta por manter o irreduzível do sintoma como laço social verdadeiro. Trata-se nada mais do que uma aposta, a ser demonstrada no caso a caso. Será uma boa aposta, nos tempos da Coca-Cola, do McDonald’s, do Viagra?

Almanaque: Considerando sua experiência de supervisão, quais são suas opiniões sobre os serviços de tratamento especializados — por exemplo, em toxicomania, nos transtornos alimentares, etc.?

Francisco Paes Barreto: Sou a favor de serviços de tratamento especializados, embora não seja nada favorável à epidemia deles que se instalou na época contemporânea. Darei exemplos. Está mais do que comprovada a inadequação do tratamento de drogados com psicóticos e outros casos clínicos da saúde mental. Eles perturbam inteiramente os recursos que são adequados aos psicóticos, mas não a eles. Da mesma forma, um serviço que se propõe a atender anoréxicos deve contar com boa infraestrutura de clínica médica para não assistir a mortes frequentes e desnecessárias.

Tentarei formalizar melhor o que foi dito. Concordo com Miller quando ele diz que a psicanálise estará indicada sempre que houver demanda, e que estará contraindicada sempre que não houver demanda. Concordo, sim, mas com uma ressalva, ou com um adendo. Não se devem tratar certos casos exclusivamente com o discurso analítico. Exemplificarei. A grande maioria dos psicóticos desencadeados requer a participação do

discurso psiquiátrico. E os anoréxicos requerem a participação do discurso médico. Não fazê-lo é submeter-se a um risco despropositado.

Vamos admitir que, assim, fiquem justificados alguns serviços de tratamento especializados. O psicanalista deve ou não trabalhar num deles? Ora, estamos de volta à primeira pergunta. A resposta não é toda. Os casos devem ser considerados um a um.

Quer dizer que o psicanalista vai ser especializado? Especialista em toxicomania, especialista em anorexia? Claro que não! Pelo simples fato de que cada toxicômano é diferente do outro, pelo simples fato de que cada anoréxico é diferente do outro. O serviço é especializado, mas o psicanalista não! Nada mais elementar.

¹ Médico psiquiatra, AME, membro da EBP / AMP, autor dos livros **Reforma Psiquiátrica e Movimento Lacaniano** (Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 1999) e **Ensaio de Psicanálise e Saúde Mental** (Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2010).

² **Ensaio de psicanálise e saúde mental**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2010.

³ Texto publicado em **Virtualia**, n.19 e estabelecido a partir da conferência ministrada por É. Laurent no XVII Encontro Brasileiro do Campo freudiano, ocorrido no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.