

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



Rochelle Gabbay

**Oficina Palavrear: dos rastros da palavra
à emergência do sujeito**

Tese de Doutorado

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da PUC-Rio como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Junia de Vilhena

Rio de Janeiro
Fevereiro de 2008



Rochelle Gabbay

**Oficina Palavrear: dos rastros da palavra
à emergência do sujeito**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof^a. Junia de Vilhena
Orientadora

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof^a. Maria Helena Rodrigues Navas Zamora
Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof^a. Maria Tavares Cavalcanti
Instituto de Psiquiatria - UFRJ

Prof^o. Sérgio Aguiar de Medeiros
Sem Vínculo

Prof^o. Henrique Figueiredo Carneiro
Departamento de Psicologia - UNIFOR

Prof. Paulo Fernando Carneiro de Andrade
Coordenador Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, ___/___/___

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da autora, da orientadora e da universidade.

Rochelle Gabbay

Rochelle Gabbay é psicanalista e membro fundador da Escola Brasileira de Psicanálise Movimento Freudiano. Graduada em serviço social pela UFRJ, foi responsável pela implantação do serviço social em empresas como a Bloch Editores e a Casa da Moeda. No campo da saúde, trabalhou em hospitais como Ipanema e Lagoa, além de fazer supervisão de equipes de saúde na Superintendência do extinto INAMPS/MS. Lecionou na UERJ e na UFRJ. Participa da equipe de serviço social do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Concluiu o Mestrado em serviço social na PUC-RJ, em 1997, e o Doutorado em psicologia clínica na PUC-RJ, em 2008. Participou de várias publicações, sendo co-autora de *Dimensões do envelhecer* (Revinter), *Psicanálise com idosos e suas interseções* (EBPMF) e *Oficinas terapêuticas* (IPUB-UFRJ). Atualmente desenvolve duas linhas de pesquisa cujos eixos temáticos são: loucura, sujeito e laço social; feminilidade e envelhecimento.

Ficha Catalográfica

Gabbay, Rochelle

Oficina palavrear: dos rastros da palavra à emergência do sujeito / Rochelle Gabbay; orientadora: Junia de Vilhena. – 2008.

190 f.; 30 cm

Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Psiquiatria. 3. Psicanálise. 4. Sujeito. 5. Transferência. 6. Laço social. 7. Cidadania. I. Vilhena, Junia de. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Ao Zé, companheiro de todas as horas, com quem fiz dessa tese um ato de amor.

Agradecimentos

A Junia Vilhena, por ter acreditado no projeto desde o início, pelo incentivo e orientação segura durante o percurso e pelo carinho e amizade.

Aos meus pais, Brana e Issac Gabbay, que já não estão comigo nesse trecho da viagem, e cuja lembrança fazem presente as palavras de Goethe: “aquilo que herdaste de teus pais, conquista-o para fazê-lo teu”.

Aos filhos Graziella, Fabio, Pedro e Antônio pelas lições de garra e determinação.

À Elza de Souza Lima, que do alto dos seus 80 anos, faz de cada dia uma ocasião de celebração da vida.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia, pelos ensinamentos obtidos.

Aos colegas do curso pelas discussões e contribuições.

Às professoras e amigas, Philomena Gebran, Maria T. Cavalcanti, Anna Campos, Lourdes P. Oberg, Maria da Glória Rocha Maron e Andréa dos Santos pelas contribuições que enriqueceram este trabalho.

Aos colegas do Instituto de Psiquiatria, especialmente à equipe do serviço social, pela ajuda, incentivo e paciência.

À equipe da biblioteca do Instituto de Psiquiatria, especialmente a Cátia Maria Mathias, Waleska Ferraz Costa e Vera Lucia Marques dos Santos Nery indispensáveis na incansável busca das referências.

À Escola Brasileira de Psicanálise Movimento Freudiano pela transmissão da psicanálise.

À amiga Lucia Mac Dowell, pela revisão dos originais.

À Marcia Guerra pela digitação e organização dentro do modelo da PUC.

À Bianca, bibliotecária da Letra Freudiana, pela atenção e disponibilidade.

À Severina Pedro de Moraes e Nair de Souza, que mantiveram a minha casa em ordem e, nos momentos de sufoco, não deixaram que eu me esquecesse de mim.

Ao André Luís Amaral pela assessoria no misterioso campo da informática.

À Regina Ramos, Poly Siclier, Neusa Santos Souza, Paulo Ramos, Maria Cristina Mascarenhas, Sílvia Goldenstein, Carmem Tourinho, pela amizade e incentivo.

Aos alunos e estagiários do Instituto de Psiquiatria, pelo desafio sempre renovado do estudo e da pesquisa.

Aos pacientes, cuja palavra foi sempre um fio condutor.

Resumo

Gabbay, Rochelle; Vilhena, Junia de (Orientadora). **Oficina Palavrear: dos rastros da palavra à emergência do sujeito**. Rio de Janeiro, 2008. 190p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Esse trabalho parte de uma questão: existe sujeito na loucura? Em realidade, não é uma questão propriamente nova uma vez que atravessou boa parte da história da loucura. De fato, os termos sujeito e loucura têm uma história comum cujo recorte inicial foi buscar no século das Luzes, herdeiro do sujeito cartesiano definido pela razão e pela consciência. No século do Iluminismo, a loucura perde sua marca trágica e passa a ser definida como desrazão. Constituída a loucura como objeto do saber médico, o louco deixa de fazer parte da vida da *pólis* para ser internado no manicômio. A psiquiatria se identificou inteiramente com o ideário do confinamento e a loucura era percebida como pura negatividade. O manicômio erige-se como instituição-símbolo desse cenário regido pela lógica da segregação e de limitados recursos terapêuticos. A reforma psiquiátrica surge na esteira dos movimentos de contestação asilar com o propósito de questionar o aparato psiquiátrico e resgatar a cidadania do louco, criando novos espaços de inserção social. A contribuição da psicanálise segue sendo fundamental ao reconhecer a positividade subjetiva na experiência da loucura. A oficina Palavrear, dispositivo clínico apresentado nesse trabalho, confirma a aposta inicial de que cada um é portador de uma verdade e sujeito de sua própria experiência. A prática do inconsciente na oficina implicou em afirmar a existência de um lugar de analista a partir do qual o trabalho é conduzido. Para sustentar esse lugar, o conceito de transferência constituiu a mola propulsora e a palavra o fio condutor. Contudo algo mais fundamental se constitui como condição para essa sustentação: o desejo do analista. As atas da oficina, escritas pelos próprios pacientes, com suas seqüências narrativas, recortes de histórias, descontinuidades, incoerências e rabiscos, passos e tropeços enfim, revelaram uma trama discursiva complexa na qual emerge sempre um sujeito. A oficina Palavrear é uma tentativa de devolver a palavra ao louco, personagem a quem frequentemente é negado o estatuto e a dignidade de sujeito.

Palavras-chave

Psiquiatria, Psicanálise, Sujeito, Transferência, Laço social, Cidadania.

Abstract

Gabbay, Rochelle; Vilhena, Junia de (Advisor). **The Wording Workshop: from vestiges of the word to the emergence of the subject.** Rio de Janeiro, 2008. 190p. PhD Thesis – Departamento de Psicologia, Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This article discusses the question as to whether there is a subject in madness. This is not exactly a new question, since it has been present during much of the history of madness itself. The terms "subject" and "madness" have a common history that began during the 18th century: they are heirs of the Cartesian subject defined by reason and consciousness. During that century of the Enlightenment, madness lost its central characterization and was thereafter referred to as unreason. Once madness had been established as a topic of medical knowledge, the insane ceased to be part of the life of the *polis*, and were dispatched off to mental hospitals. Psychiatry fully identified with this solution of confinement, insanity being perceived as pure negativity. The mental hospital thus emerged as an institution to symbolize this context governed by the logic of segregation and limited therapeutic resources. Later, the psychiatric reform followed in the wake of movements that questioned the psychiatric system in vogue and reaffirmed the citizenship of the insane, thus creating new spaces for social inclusion. The contribution of psychoanalysis continues an essential factor for recognizing subjective positivity in the experience of insanity. The workshop known as *Palavrear* ["The Wording Workshop"], which is the clinical instrument described in this article, confirms the basic tenet which holds that each one bears a truth and is the subject of his or her own experience. The practice of the unconscious in the workshop means asserting the existence of a place of the analyst, on which the workshop activities are based. To sustain this place, the concept of transference acts as the mainspring, and the word serves as the basic connector. However, there is an even more essential condition for this support: the analyst's desire. The minutes of the workshop, written by the patients themselves, with their accounts, stories, lapses, inconsistencies, scribbles, advances and confusion, showed a complex discursive interplay where a subject always emerged. The "Wording Workshop" is an attempt to return the word to the insane, individuals who are often denied the dignity of being subjects.

Keywords

Psychiatry, Psychoanalysis, Subject, Transference, Social tie, Citizenship.

Sumário

1. Introdução	9
2. Da loucura à doença mental: uma ruptura	17
2.1. O século dos manicômios	18
2.2. O louco como sujeito moral	20
2.3. Pintel: um novo paradigma	34
3. A revolução freudiana	48
3.1. A invenção da psicanálise: um novo campo de saber	51
3.2. O sujeito do inconsciente	53
3.3. Édipo, alienação e separação	64
3.4. Enunciado/enunciação, dito, dizer	73
3.5. Determinação/causalidade, <i>tique/autômaton</i>	77
3.6. A clínica sob transferência	80
3.7. Psiquiatria e psicanálise	97
4. A Reforma psiquiátrica	103
4.1. Antecedentes: a contestação ao modelo asilar	103
4.2. A reforma no Brasil	107
4.3. Dimensões da cidadania	118
4.4. Cidadania e loucura: um paradoxo?	123
5. A oficina Palavrear: apresentando o campo	132
5.1. No campo: um desejo, uma aposta	134
5.2. A magia dos movimentos: da literatura ao palavrear	136
5.3. O lugar	146
5.4. Passos e tropeços	150
5.5. Sujeito, responsabilidade, laço social	157
5.6. Aporias do desejo	162
5.7. Uma existência escritural	167
6. Considerações Finais	174
7. Referências bibliográficas	181

1

Introdução

Trata-se, pois, de uma experiência, mas de uma experiência que vai mudar a face da terra. A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente.

O Alienista, Machado de Assis.

Esse trabalho parte de uma questão: existe sujeito na loucura? Em realidade, não é uma questão propriamente nova uma vez que, como veremos, atravessou boa parte da história da loucura. Mas a pergunta inicial, percebi depois, era apenas um mote que se transfigurou numa aposta: existe um sujeito na loucura!

Os termos envolvidos nesta questão _ minha questão! _ têm uma longa história e trabalhar com eles exige uma reflexão e um esforço de depuração para que não adotemos versões suas degradadas pelo uso cotidiano, banal e nem sempre respeitoso com suas peculiaridades históricas. Os conceitos e as palavras têm uma história e, no dizer de Wittgenstein, contemplam-nos quando os usamos. Para não adotar uma perspectiva ingênua, a-histórica, procurei resgatar esses termos da tradição na qual eles nasceram e adquiriram significado e pertinência até chegar aos nossos dias, quando, certamente, sofrerão leituras cujo referencial tem relação com valores como autonomia, liberdade e direitos, e terão guarida em sistemas teóricos diversos, seja no campo das ciências sociais, seja no campo das teorias da clínica.

De fato, os termos sujeito e loucura têm uma história comum, um casamento conflituoso cujo recorte inicial fui buscar na Era Clássica, no século das Luzes, berço do sujeito cartesiano definido pela razão e pela consciência. Justamente no século do Iluminismo, quando o sujeito da razão emerge para a modernidade, a loucura perde a sua marca trágica e passa a ser definida como desrazão. A razão é alçada à condição de atributo definidor de uma fronteira até então inexistente entre os homens, mas também justificadora dos modos de exclusão que a imagem fulgurante do manicômio irá representar.

Se a loucura até a Era Clássica fazia parte da paisagem da *pólis*, se o louco era um personagem, trágico, é certo, da vida social, desde então, privado do que definiria o homem moderno _ a razão e a consciência _, o louco se vê privado igualmente de seus traços de humanidade. Junto com outros personagens incapazes de fazerem parte do contrato social rousseauiano, marginais de uma sociedade que se estrutura sob a hegemonia da ideologia burguesa, na qual os valores do trabalho e suas exigências de submissão, ordem e disciplina se impõem, os loucos são reduzidos ao silêncio daqueles que nada têm a dizer. A loucura é lançada numa zona de obscuridade, castrada de seu poder de revelação, fonte de uma verdade a ser enunciada. A rígida racionalidade burguesa se afirma então ao preço da segregação das sensibilidades desviantes.

Esse silenciamento paradoxalmente ocorrido na era das Luzes, quando a loucura deixa de fazer parte da vida da *pólis* para ser internada no manicômio, só será formalmente quebrado com Philippe Pinel, no contexto da Revolução Francesa e seus ideais de liberdade, igualdade e fraternidade. A loucura _ e as condições concretas da existência do louco _ volta a ser tematizada, mas no âmbito do discurso médico como uma das espécies do vasto jardim das doenças.

A passagem de um registro a outro, a redução da loucura ao registro da doença e suas conseqüências são o tema do segundo capítulo *Da loucura à doença mental: uma ruptura*. Um discurso (médico) sobre a loucura é construído, mas não é propriamente a voz do louco que se faz ouvir. Direi que se trata de um discurso **sobre** e não **da** loucura o que se decanta do gesto mítico de Pinel e das elaborações teóricas de seus discípulos.

Para que o silêncio fosse verdadeiramente quebrado e a voz do louco se fizesse ouvir foi necessário esperar o final do século XIX, quando Freud retoma uma tradição já esquecida, atribuindo legitimidade e valor de verdade à palavra do louco. Esse é o tema do terceiro capítulo *A revolução freudiana*.

A invenção da psicanálise opera um corte epistemológico no pequeno recorte histórico que fiz. Se Pinel enquadra a loucura nas classificações das doenças segundo o modelo da História Natural de Buffon, Freud opera um corte no saber ao supor uma verdade no discurso do louco, a partir da qual emerge um novo sujeito, não mais definido pela consciência e pela razão, mas estruturalmente dividido (*Spaltung*) pela sua inscrição no mundo simbólico. O inconsciente é enunciado como sendo um registro psíquico que se encontra além da consciência,

continente de uma outra realidade, a psíquica, ancorada em uma outra materialidade, lugar de um saber não sabido, barrado pelo recalque e que se manifesta nos sonhos, nos sintomas, nos *lapsus*, enfim, nas chamadas formações do inconsciente.

Freud constitui um novo campo de saber_ a psicanálise _ e rompe com a medicina e a psiquiatria ao conceder à loucura um estatuto de verdade, portadora de um sentido, resgatando a humanidade do louco perdida na tradição psiquiátrica.

Falar em sujeito desde Freud exige a devida e necessária ressalva, pois não se trata do sujeito cartesiano e sim do sujeito dividido, fundado pela palavra e pela linguagem, articulado ao campo do Outro. Assim é que a *Spaltung* é o termo último da escrita freudiana, por onde o sujeito se articula ao *logos*.

O sujeito do inconsciente em psicanálise é marcado essencialmente pelo conflito, que é inarredável e é constitutivo da condição subjetiva. Em torno da problemática do conflito, o discurso freudiano construiu o saber psicanalítico, desde os seus primórdios no final do século XIX até as suas produções teóricas finais. Nesse contexto teórico, a psicanálise enuncia o que existe de trágico na condição humana. O mal-estar se impõe como estrutural onde as oposições e os impasses entre a pulsão e a cultura atingem seu cume. Com isso, Freud pôde destacar o estado de desamparo (*Hilflosigkeit*) no psiquismo, de precariedade que não se resolverá com uma pretensa maturação por vir. É nesse desamparo do sujeito que reside o fundamento do que, na psicanálise, foi explorado como o trauma psíquico.

Essas considerações sobre uma espécie de genealogia de um novo sujeito _ sujeito do inconsciente _ têm repercussões não só no agora chamado campo das doenças mentais, mas também na própria cultura. A literatura, o teatro e as artes em geral expressaram essa revolução ao fazerem da loucura força de criação e fonte reveladora de uma verdade incômoda e desprezada pelos homens.

No campo do Direito, o resgate da humanidade do louco operado pela psicanálise, teve repercussão na temática dos direitos e nos questionamentos sobre o estatuto atribuído ao louco: louco-cidadão? Louco titular de direitos? Sujeito do direito? Sujeito responsável?

O debate teórico da cidadania, inaugurado por Marshall, chega ao campo das doenças mentais e é incorporado ao discurso psiquiátrico no contexto do

movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil. Embora o tema dos direitos e da liberdade apareça nos movimentos que constituem antecedentes da reforma, como as comunidades terapêuticas, o projeto comunitário-preventivista e até na anti-psiquiatria, é no seio da reforma, como parte orgânica de seu ideário que o repto da cidadania dos loucos se converte num dos objetivos fundamentais. Os temas da reforma e da cidadania se articulam organicamente, ultrapassam o âmbito restrito da psiquiatria e se convertem definitivamente em questão política.

A reforma psiquiátrica no Brasil, tema do quarto capítulo, é prima-irmã da psiquiatria democrática italiana, ambas marcadas pelo pensamento humanista de Franco Basaglia e sua luta antimanicomial, origem das propostas de uma série de dispositivos alternativos para o tratamento dos doentes mentais. O manicômio, acusado de segregador e iatrogênico, é substituído no discurso reformista pelas alternativas não asilares, abertas, como centros ou núcleos de atenção psicossocial, hospitais-dia, residências terapêuticas etc. Prega-se que a internação, quando necessária, seja feita em hospitais gerais e sempre pelo menor tempo possível.

A pecha do estigma, a designação de louco, doente, incapaz, demente e outros tantos significantes que a cultura consagrou, e que faz de pinel um substantivo-símbolo da negatividade com que a experiência moderna da loucura é apreendida, tornou a psiquiatria e, mais especificamente seu símbolo material mais visível, o manicômio, essa instituição total de Goffman, o alvo preferencial da luta dos movimentos pelos direitos do doente mental. O significativo cidadania é incorporado ao debate e ao léxico da reforma, e passa a ser quase onipresente em textos de diferentes abordagens e filiações teóricas. Procurei captar sucintamente as linhas gerais desse debate e suas repercussões na parte final do quarto capítulo.

Em contraposição ao tratamento manicomial, fechado, a ideologia reformista privilegiou as formas abertas, que não isolam nem retiram o louco do convívio social. No que restou dos antigos hospícios, propõe-se uma abertura, com o incremento de um antigo dispositivo agora renovado: as oficinas terapêuticas.

Tematizado por Simon na década de 1920, ao trabalho foi atribuído virtudes terapêuticas imanentes e uma potencialidade de ressocialização que fizeram das chamadas colônias de alienados uma opção assistencial dominante na

primeira metade do século XX. Todavia, esse pretenso potencial de ressocialização nunca se revelou de fato e as colônias, também denominadas agrícolas, se converteram em centros de exclusão cuidadosamente afastados da cidade.

As oficinas terapêuticas são herdeiras dessa tradição e atualizam a idéia de que o trabalho é terapêutico, agora dentro do discurso da reinserção social e do resgate da cidadania do louco.

Apresento no quinto capítulo, *A oficina Palavrear: apresentado o campo*, um dispositivo clínico criado por mim que aposta no poder de revelação da palavra do louco, sem preocupação apriorística de seleção ou exclusão fundada em classificações diagnósticas, e menos ainda comprometida com qualquer projeto de normalização ou adequação social. Ao contrário das oficinas da tradição psiquiátrica, cujo número se multiplica nos hospitais e centros de atenção de hoje, a oficina Palavrear não tem nenhum objetivo de entretenimento, readaptação ou ressocialização pelo trabalho, ou ainda de reinserção social mediante aquisição de uma habilidade profissional; minha proposta é a de oferecer uma escuta para a palavra do louco, na crença de que ele é portador de uma verdade e sujeito de sua própria experiência.

Apresento uma oficina peculiar, cujo objeto, ao contrário de tantas outras, não é uma atividade laborativa, uma tarefa, mas a própria palavra do louco. Se se pode falar de trabalho aqui, esse conceito deve ser entendido no sentido preciso do *arbeit* freudiano, trabalho psíquico, expressado em textos como *Luto e melancolia* (trabalho de luto) ou *A Interpretação dos sonhos* (trabalho de condensação e de deslocamento), nos quais o significante trabalho comparece no sentido de exigência de elaboração do aparelho psíquico.

Reconhecer sentido na experiência da loucura implica conferir à palavra do louco direito de existência e poder de manifestação. Esse reconhecimento e a escuta que lhe é decorrente são os fundamentos de um esforço de construção, no sentido da restauração da verdade histórica e o restabelecimento da continuidade da temporalidade subjetiva.

Não me escapa o caráter paradoxal do terreno que estou percorrendo. Desde o gesto mítico de Pinel e o nascimento da psiquiatria como ciência positiva, estabeleceu-se esse paradoxo de uma disciplina que se representa como um saber sobre a loucura e suas formas de tratamento e, ao mesmo tempo, produz na cultura

o efeito de conferir à doença o sentido do desvio e ao doente um status que o exclui. Esse status é possibilitado pela transferência da figura do louco para a psiquiatria do saber sobre a experiência da loucura. Esta, despojada de sua linguagem, não pode mais dar conta de si.

A oficina Palavrear, afirmo cautelosa e preliminarmente, como uma hipótese de trabalho, se insere no campo de interseção da psiquiatria com a psicanálise, como um afazer clínico que faz da palavra meio e da transferência mola propulsora do trabalho. Trata-se de um dispositivo de psicanálise em extensão, entendida esta como a presentificação da psicanálise no mundo. Ela é fruto de um trabalho desenvolvido há 13 anos no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Contudo, desde meus primeiros passos profissionais como assistente social, o trabalho com o paciente psiquiátrico e seus familiares foi alvo de desafios, indagações e perplexidades, fazendo-me ver a insuficiência dos quadros referenciais de que dispúnhamos para dar conta de um objeto tão complexo. Essa compreensão me levou a buscar novos saberes nos campos da psiquiatria e da psicanálise para fundamentar e ampliar novas possibilidades de intervenção.

Em realidade, tão ou mais importante que essa busca foi a fortuna de me submeter à insubstituível disciplina de uma análise pessoal. Estar avisado da determinação inconsciente exige, mais do que uma formação psicanalítica, o reconhecimento de nossos próprios sintomas, fantasias e limites. Manter essa abertura para o inconsciente só é possível se, ao longo dos anos, o analista tiver sabido conservar o contato com a criança e a loucura que o habitam.

Minha monografia para obtenção do título de graduação em Serviço Social, em 1969, foi *O serviço social face ao diagnóstico global - COI*, Clínica de Orientação da Infância, UFRJ, em que se podia verificar, mediante um trabalho de equipe interdisciplinar então pioneiro, a marca da influência psicanalítica. Os conceitos freudianos nos eram trazidos pelos colegas mais experientes, que haviam realizado parte de sua formação na Inglaterra, onde o trabalho da *Tavistock Clinic* pontificava como modelo de uma prática renovada.

Em 1973, no Instituto Fernandes Figueira, da Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), estagiei no Centro de Orientação Infanto-Juvenil, em trabalho com famílias, sob supervisão clínica de orientação psicanalítica.

No ano seguinte, ao lado das colegas Jovita Madeira Martins de Araújo, Maria Augusta de Aguiar Ferraz Temponni, Cecília Maria Botti Schrader, Carmem Maria Tourinho, Maria Angélica Arcoverde, Sonia Beatriz Sodré Teixeira e outras, participei da construção do primeiro curso de especialização em Serviço Social Psiquiátrico no Brasil, na UFRJ. Nesse curso já se percebia a influência das idéias freudianas, sobretudo na abordagem do chamado *casework*.

A articulação da psicanálise ao serviço social foi integrada à minha formação permanente: por um lado, como resultado da prática profissional, tanto no atendimento direto a pacientes, quanto no trabalho de supervisão com alunos; por outro, como resultado de participação na Sociedade de Psicoterapia de Base Analítica Com Grupo do Rio de Janeiro (SPAG) e, posteriormente, como membro da Escola Brasileira de Psicanálise Movimento Freudiano (EBPMF).

Assim sendo, minha experiência foi sendo elaborada, reelaborada e refletida numa trajetória de constante revisão de saberes conhecidos e na busca de novas articulações que alargassem os horizontes do pensamento e revitalizassem o campo da prática.

Sem dúvida, a introdução do trabalho em equipes interdisciplinares, então uma novidade no início dos anos 1970, com psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais, contribuiu não só para uma leitura mais ampla e integrada do paciente e de sua problemática, em diversos níveis, como também permitiu a constituição de um intercâmbio profícuo.

Em que pese a experiência obtida pela passagem por outras instituições, como os Hospitais de Ipanema e Lagoa, no Rio de Janeiro, ou Hadassah, em Jerusalém, ou ainda como participante da equipe de Serviço Social do antigo INAMPS, foi no Instituto de Psiquiatria, através da colaboração nos programas de assistência, ensino e pesquisa que fui construindo um lugar: do serviço social à psicanálise _alusão proposital a Winnicott_, talvez fosse um título que mais fielmente retratasse o meu percurso ao longo desses quase 40 anos de vida profissional.

O objetivo da tese que ora apresento é o de confirmar a aposta de início: há sujeito na loucura. Procuo lançar um pouco de luz sobre uma zona de penumbra ou de exclusão: a zona da loucura. Se há uma figura que representa o excluído, ninguém se presta melhor a isso do que o louco. Nisto não estou dizendo nenhuma novidade. O fato, contudo, é que o louco ainda tem pouca escuta no manicômio.

Trata-se aqui de uma espécie de anulação simbólica, uma minoridade jurídica, que lhe nega os mais elementares direitos, a começar pelo direito à palavra.

A oficina Palavrear é uma modesta tentativa de resposta a isso. Seu desafio é devolver a palavra a esse personagem a quem frequentemente é negado o estatuto e a dignidade de sujeito.

2

Da loucura à doença mental: uma ruptura

Num tempo e num meio que parecem desprezar a memória histórica e que manifestam frequentemente a pretensão de reivindicar o início, a descoberta ou a fundação das coisas, não deixa de ser ilustrativo recorrer à história para reconhecer o trabalho de velhas gerações, dar crédito a quem de direito e surpreender a relatividade dos conceitos. Um jovem do século XXI, pouco dado a essas coisas da História, pode contemplar o mundo e ter a ilusão de que ele sempre foi tal como ele o vê. De certa forma, essa recusa em aceitar a passagem do tempo e a transitoriedade não é efeito apenas de uma cegueira histórica, mas um mecanismo psicológico identificado por Freud no artigo “Sobre a transitoriedade” (1916).

A ilusão referida está justamente na constatação oferecida pela reflexão histórica de que o mundo e as mentalidades¹ mudam de acordo com as transformações políticas, econômicas e sociais de cada época. Nesse sentido é bastante consistente o estudo que faz Canguilhem no seu *O normal e o patológico* (1978) sobre a relatividade desses conceitos e as condições de possibilidade de criação de uma norma aplicada ao campo dos comportamentos e condutas humanas.

Um jovem psicólogo ou médico, ao folhear a DSM IV², pode pensar que essa classificação representa fielmente a realidade ou até que é a própria realidade, ignorando que se trata de uma tentativa de aproximação de um real que nos escapa. Talvez ignore que essa tentativa é apenas a mais recente de uma longa

¹ A noção de mentalidade adquiriu autonomia e estatuto de objeto de análise para a corrente historiográfica fundada por Lucien Lefbvre e Marc Bloch é denominada História das Mentalidades. Essa corrente apresenta uma ruptura epistemológica com a grande história, a história centrada em grandes eventos, personalidades e seus grandes feitos. Ela privilegia os costumes, o cotidiano, os comportamentos, a história do que se repete, e não as rupturas, a expressão involuntária do agir humano e não mais das decisões conscientes, coloca a luz sobre as populações e não sobre os governantes. Enfim, os historiadores dessa corrente empreendem uma história do que parece não ter história.

² DSM (Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais) é a classificação elaborada pela American Psychiatry Association visando à unificação de critérios descritivos com fins de diagnóstico e estatística dos transtornos mentais. Faço referência ao DSM IV (1994).

série, cujos primórdios parecem remeter à antiga Grécia, mas que teve vários desenhos e significados ao longo dos séculos.

A datação dos conceitos, isto é, a sua referência e pertinência a uma determinada sociedade e época é truísmo para o estudioso de qualquer campo. No campo psiquiátrico essa relatividade dos conceitos está expressa na própria nomeação do objeto de estudo: loucura, psicose ou doença mental?

A introdução do significante doença marca uma ruptura na história da loucura. Se o fenômeno era conhecido desde a mais remota Antiguidade, a doença mental é um conceito relativamente recente: seu aparecimento decorre de uma complexa determinação histórica e é fruto de uma mudança da sensibilidade e de toda uma época. Mais ainda, a interpretação da loucura como doença tem como correlato a inauguração de um aparato institucional para tratamento dessa novidade nosológica, desse recém-chegado ao “jardim das espécies” (Foucault, 1987).

A dominância desse aparato institucional para tratamento da loucura do século XIX permitiu a Pessotti (1996), fazendo-lhe justiça, denominá-lo_ *O século dos manicômios*.

2.1

O século dos manicômios

A criação do conceito de doença mental implica a captura de um fenômeno social, a loucura, nas malhas do corpo conceitual da medicina científica emergente na virada do século XVIII para o século XIX. Essa criação, longe de ser desprovida de sentido, de ser algo *ex-nihilo*, é resultado das profundas transformações desse período histórico e guarda sintonia com as mudanças do pensamento filosófico, além de inscrever-se no seio da fundação da medicina científica e da reorganização da prática médica. Surge no contexto de um novo modo de olhar, de uma nova sensibilidade e de uma outra forma de organização dos signos do mundo.

Um personagem desponta nesse cenário, capta e sintetiza todas essas mudanças e passa a personificar o herói fundador de um novo tempo: Philippe Pinel.

Político, administrador, médico e homem de ciências, Pinel reinscreve a loucura como verdade médica e reinventa o velho asilo como manicômio, não mais apenas um lugar em que se enclausura a loucura, mas um “instrumento de cura”³.

Um antes e um depois, uma verdadeira divisão de águas, a contribuição de Pinel significou a submissão do fenômeno da loucura a uma nova racionalidade, à racionalidade médica, inaugurando uma nova percepção e fundando uma nova especialidade: a psiquiatria ou medicina mental. Marcado na História como um filantropo pelo ato de cortar as correntes que prendiam os loucos para lhes dar tratamento, sua contribuição, para além do mito, se afirma num terreno construído sobre a crítica contundente do antes, de um passado que a nova medicina mental não reconhecerá como seu. Ao inaugurar um novo campo e instituir novas práticas sobre a loucura, o passado das práticas será acusado de pertencer a uma era de credices e superstições, fundadas na mais absoluta irracionalidade. Enfim, uma ciência da observação dos fatos contra as discussões metafísicas e as divagações do ideologismo.⁴

Pinel e seus seguidores fazem a crítica do passado para enaltecer as luzes do presente, fazendo o elogio da ciência finalmente triunfante, chegada à idade da razão. A questão que irá demarcar esse corte é a seguinte: como teria sido possível, na negra noite anterior ao nascimento das Luzes, terem sido confundidos tipos tão diversos como o louco, o vagabundo, o desempregado, o libertino e o agitador social para os quais eram exigidas abordagens diversas? Como puderam ser misturados e confundidos numa mesma realidade?

A anatematização do passado, o estabelecimento de contrastes entre as novas concepções e as velhas idéias, o desprezo pelas práticas até então vigentes foram recursos de que lançaram mão Pinel e seus discípulos para postular o início de uma nova era, sob as luzes da ciência e mais conforme à nova ordem política estabelecida na França, pós-revolucionária.

Pinel é um legítimo representante dessa corrente de pensamento e buscará aplicar no campo mental “o espírito de ordem e investigação que reinam em todas

³ “un hôpital d’aliénés est un instrument de guérison”. (Esquirol E, [1838] 1989, tomo II, p.133).

⁴ *Veut-on se rendre raison des phénomènes observés, on a à craindre un autre écueil, celui de mêler des discussions métaphysiques et certaines divagations de l’idéologisme à une science des faits.* (Pinel, P, [1809], 1976, pp. vij-viiij).

as partes da história natural ⁵, seu *Traité* é uma tentativa de aplicação da racionalidade botânica ao jardim das espécies da alienação mental; uma nova concepção teórica e terapêutica da loucura. Para uma melhor compreensão de suas contribuições, é preciso retroceder, localizar as idéias e práticas com as quais se queria romper para, em perspectiva, alcançar a magnitude das transformações desse período.

2.2

O louco como sujeito moral

Qual a percepção sobre a loucura que a época clássica entregou à Pinel? A resposta a essa questão pode nos indicar a trama das inter-relações que determinaram a mudança de percepção, sensibilidade e significado da existência da loucura e da presença do louco. No seu extraordinário *História da loucura*, Foucault (1997) demonstra que o classicismo rompe com a sensibilidade que atribui à loucura alguma forma de transcendência imaginária, prevalente na Idade Média e na Renascença. A loucura passa a ser percebida ou perscrutada dentro de cada homem, como uma possibilidade, como uma força viva, mas oculta, dominada pela razão. Ela deixa de ser fruto de influências espirituais ou de qualquer forma de influência exterior, mas é causada por razões deste mundo. O louco torna-se um personagem da vida social, onde é encarado como um sujeito que não realiza sua integração na rede de relações sociais, reguladas por normas morais.

Essa mudança pode ser deduzida dos exemplos artísticos e literários onde a loucura é referida e onde tem um lugar. Entre os costumes do Renascimento, a *Narrenschiff* (século XV), a Nau dos loucos, composição literária com base em uma real existência, deslizava pelos rios da Renânia e pelos canais flamengos, metáfora da água que purifica, encarrega-se de livrar a cidade da presença desse incômodo e estranho passageiro. Escorraçados das cidades, confiados a grupos de mercadores e peregrinos, esses barcos levavam sua carga de insanos o mais distante possível. Pode-se imaginar que essa composição literária retrata um

⁵ “... et surtout l’esprit d’ordre et de recherche qui règne dans toutes les parties de l’Histoire Naturel...” (op. cit., p. xxxij).

costume da época, quando as cidades ordenavam o expurgo dos loucos, vagabundos e abandonados. Eles eram corridos de cidade em cidade numa peregrinação sem fim, numa eterna viagem a lugar nenhum, prisioneiros da própria errância: “É o passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem” (Foucault, op. cit., 12).

Na época clássica, loucura e razão passam a constituir as duas faces de uma mesma moeda_ uma se colocando na razão inversa da outra, mas ambas definindo seus limites ao se encontrarem. Para esse movimento de internalização da loucura, essa passagem de uma causalidade externa ou transcendente para uma causalidade interna, faz-se necessário acompanhar as transformações políticas, sociais, econômicas e culturais que a determinam.

- **A consolidação da ordem capitalista burguesa**

As questões de política social e de saúde guardam estreita relação com as necessidades de reprodução do capitalismo mercantil e industrial dos séculos XVI e XVII. Assuntos como a autonomia, a auto-suficiência, a política populacional, a produtividade e a assistência pública passam a ser capítulos de uma política de Estado. Tratava-se de garantir as condições indispensáveis para o desenvolvimento mercantil e industrial, daí resultando uma consciência teórica e prática a respeito da relação entre os problemas de saúde e as condições sociais.

No século XVI, entre as idéias mercantilistas, estão os conceitos de autonomia e auto-suficiência como pilares desse modo de produção. Ser dependente de estrangeiros era motivo de grande preocupação. Uma maior produtividade era condição para se alcançar a independência. Mas a produção de riquezas, e a defesa nacional também, requeriam uma população numerosa e crescente. O aumento da população, todavia, só seria proveitoso se fosse acompanhado de aumento da produção, ou seja, se o máximo de pessoas estivessem produzindo. A idéia é que todos aqueles que fossem capazes de trabalhar deviam contribuir para a riqueza e o poder do Estado. Aqueles que, por doença ou incapacidade, estivessem impedidos, deveriam receber assistência, inclusive atenção médica.

Representativo dessa ideologia é o *Dissertation sur la nature des richesses...*, publicado por Boisguillebert (apud Rosen, 1980, p.248), no começo

do século XVIII, em que enfatiza que o homem é um ser social que deve trabalhar para viver; sendo o trabalho uma condição necessária à existência da sociedade, conclui-se que cada trabalhador deve ter todos os produtos necessários à vida.

Também são representativas da ideologia dominante no período as notas que o abade Claude Fleury, tutor dos netos de Luís XIV, preparou para a orientação de seus alunos: “É o número de homens e não a extensão da terra que determina a força do Estado... A função mais essencial do Governo: preservar a saúde e a moral, aumentar a população, prevenir doenças, litígios e crimes” (Ibid., p.249).

Montesquieu, em seu famoso livro *De l' esprit de lois*, 1748, assinalou que “dar esmolas a um homem nu que está na rua não esgota as obrigações do Estado, que deve a todos os seus cidadãos uma existência segura, comida, vestuário adequado e um modo de vida compatível com a saúde” (Ibid. p.250) .

Essas idéias e propostas, dominantes no panorama intelectual do século XVIII, são reunidas nos volumes da *Encyclopédie*, a manifestação ideológica mais completa produzida na França pelo Iluminismo. Diversos artigos da *Encyclopédie* abordam as relações sociais da saúde e da doença. Assim Diderot, em seu verbete sobre o Homem (apud Swain, 1977), preocupado com a necessidade de crescimento da população, recomendava uma série de medidas para reduzir a mortalidade infantil. Em outro verbete intitulado o Hospital, o mesmo autor esboça um plano de assistência pública incluindo seguro de velhice e assistência médica em Paris.

De modo geral, os artigos da *Encyclopédie* voltados para essa temática defendiam a assistência social às famílias, melhoria dos hospitais e um sistema fiscal mais justo como formas de prevenir a pobreza ou atenuar seus efeitos.

O ideário do Iluminismo era funcional à ordem capitalista. As propostas continham elementos utópicos. O clima intelectual era de um otimismo sustentado na idéia de progresso, sendo a história da humanidade considerada uma linha ascendente e contínua que ia da barbárie à civilização. O progresso seria inevitável e o desenvolvimento humano deveria se basear na moralidade social e em uma forma de vida racional.

É de se notar que, para o capitalismo mercantil e a incipiente industrialização, contar com uma força populacional numerosa e saudável era uma condição *sine qua non* para o desenvolvimento. A doença, as epidemias, a

ociosidade eram ameaças para o poder do Estado, para a expansão econômica e para a segurança nacional. Nesse sentido escreveu Chamousset (Ibid., p. 260) que: “Os homens são o bem mais valioso de um Estado e a saúde é o bem mais valioso que possuem”. Na mesma linha de idéias, Chamousset alerta para os efeitos da doença e a “conseqüente perda de tempo de trabalho”.

- **A consolidação dos Estados Nacionais**

A formação de exércitos nacionais foi um dos elementos centrais na formação, consolidação e expansão dos Estados europeus nos séculos XVI, XVII e XVIII. Para esse *desideratum* era mister contar com uma juventude numerosa, saudável e apta a enfrentar as penosas campanhas militares. Mesmo num período de paz, um exército suficientemente grande atuava como elemento de dissuasão dos inimigos externos.

Como já assinalai, o século XVII testemunha o aparecimento do Estado moderno. Impõem-se os conceitos de Estado, governo, povo e nação. A idéia de que a riqueza principal de uma nação é o seu povo, aliada à realidade de que o poder político é o poder dos exércitos, torna necessário quantificar o povo e o exército, ou seja, o Estado. A eficácia do poder ordenador do Estado, o povo como elemento produtivo, o exército como fator dissuasório, precisam não apenas de número, mas também de disciplina e de saúde.

Durante o século XVII, ocorrem diferentes tipos de intervenção estatal sobre a questão da saúde das populações. Na Inglaterra, o “movimento hospitalista” e o assistencialismo antecedem uma medicina da força de trabalho já parcialmente sustentada pelo Estado em áreas urbanas. Na França, com a Revolução de 1789, implanta-se uma “medicina urbana” com o objetivo de sanear as grandes cidades, arejando as ruas e construções públicas, isolando áreas “miasmáticas” e disciplinando a localização de cemitérios e hospitais. Na Alemanha, institui-se uma política médica baseada na compulsoriedade das medidas de controle e vigilância das doenças, acrescida da imposição de regras de higiene individual para o povo.

A Revolução Industrial e sua economia política gestam o conceito e a realidade da força de trabalho. A formação de um proletariado urbano, submetido

a intensos níveis de exploração, se expressa como luta política sob a forma de diferentes socialismos, inicialmente denominados utópicos.⁶ O desgaste da força de trabalho, isto é, da classe trabalhadora, afeta profundamente as suas condições de saúde. Um dos socialismos passa a interpretar a política como medicina da sociedade e a medicina como prática política. Desde então, a saúde das populações ou a saúde pública é assumida pelo Estado como fator fundamental tanto do ponto de vista econômico, quanto do ponto de vista político. É claro que o viés assumido por essa política inicialmente não considera a população como um todo indistintamente, mas visa sobretudo à classe trabalhadora, a da força de trabalho, pensada como fator de produção. Face às necessidades requeridas pelo processo de industrialização, a medicina passa a funcionar como um poder de intervenção no espaço social, tornando-se progressivamente higiene pública e medicina social.

A medicina mental não fica alheia a esse processo de urbanização e industrialização crescentes. Se o espaço urbano é objeto de um esquadramento e controle, um novo problema exigia uma intervenção de outro tipo. A formação de grandes aglomerados humanos necessários à constituição de centros industriais trazia como corolário, segundo se acreditava, a degradação dos costumes e dos meios de vida. Isso se torna uma temática médica a partir do final do século XVIII e início do século XIX. Desde então, a imoralidade e o artificialismo da existência são tomados como causas da alienação mental. O discurso da nascente psiquiatria empresta-lhes uma significação etiológica. Em 1819, Esquirol lhes confere um lugar na etiologia da alienação mental:

A depravação dos espíritos e dos costumes, que se perpetua pelos vícios de nossa educação, pelo desdém com as crenças religiosas e pela ausência de moral pública, exerce sua influência sobre todas as classes da sociedade (p, 27)⁷.

Esse raciocínio sobre a causalidade se aplica a todos os tipos de alienação mental, comparecendo inclusive na leitura que ele faz sobre o suicídio:

⁶ O socialismo utópico designa as propostas políticas de um grupo heterogêneo de pensadores do século XVIII que defendiam a igualdade social. A designação tem origem no livro do inglês Thomas Morus, *Utopia*, de 1516, que descreve uma sociedade ideal, com igualdade e justiça para todos.

⁷ *La dépravation des esprits et des mœurs, qui si perpétue par le vices de notre éducation, par le dédain pour les croyances religieuses et par le défaut de morale publique, exerce son influence sur toutes les classes de la société.* (Esquirol [1838], 1989, p. 27).

Mais o cérebro é excitado, mais a susceptibilidade é ativa, mais as necessidades aumentam, mais os desejos são imperiosos, mais as causas de desgosto se multiplicam, mais as alienações mentais são freqüentes, mais devem existir suicídios. (p. 289)⁸.

- **A consolidação da ordem social**

A doença não se distinguia da mendicância, da ociosidade, do desemprego ou da libertinagem como fatores de desordem e de contestação ao poder do Estado. Com o capitalismo, a ética religiosa, a ética das transcendências, é substituída pela ética do trabalho. Os valores do trabalho passam a reger todos os aspectos da vida social. A ociosidade é maldita, condenada, é uma contestação a um imperativo ao qual todos devem se submeter. Daí Foucault (1987) indicar que a lei do trabalho se revestirá de uma transcendência ética. Se, na Idade Média, o grande pecado, *radix malorum omnium*, foi a soberba e, na Renascença a avareza, no século XVII é a preguiça o grande mal.

No século XVII, os hospitais adquirem uma importância crescente no controle da pobreza, da mendicidade, do desemprego e, por fim, da doença. O significado e as funções dessa instituição diferem em muito do que representam na vida moderna. Para compreender isso basta analisar os termos do édito do rei da França, datado de 27 de abril de 1656, que cria o Hospital Geral de Paris. A instituição teria a tarefa de impedir “a mendicância e a ociosidade bem como as fontes de todas as desordens”. O édito visa genericamente a uma população bastante heterogênea, espaço de recolhimento e de controle, nada tendo a ver com o objetivo de cura. Para Foucault, o Hospital Geral é “(...) uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa, que ao lado dos poderes já constituído, e além dos tribunais, decide, julga e executa” (Foucault, op. cit., p. 50).

O hospital funcionava assim, como uma das estruturas do que se convencionou chamar de polícia médica, poder entre a polícia e a justiça, aparelho de repressão e de manutenção da ordem. Com essa mesma estrutura e função,

⁸ ...plus le cerveau est excité, plus la susceptibilité est active, plus les besoins augmentent, plus les desirs sont impérieux, plus les causes de chagrin se multiplient, plus les aliénations mentales sont fréquentes, plus il doit y avoir de suicide. (Ibid., p. 289).

novo édito real estabelece, em 1676, a criação de um Hospital Geral em cada cidade da França, estendendo a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria.

- **Uma nova sensibilidade**

A organização de uma política social dirigida para os pobres, sobretudo a criação e expansão de casas de recolhimento, albergues, orfanatos e hospitais gerais, no século XVII, representa a articulação entre o poder real e a burguesia, articulação essa da qual a Igreja não fica ausente. Foucault fala mesmo de uma relação de cumplicidade para se referir ao amálgama de interesses em jogo. A Igreja, tal como as demais instituições sociais, passa por um *aggionamento*, tanto no plano das idéias quanto no plano das práticas.

No plano das idéias, trata-se de um longo processo, cujo início se encontra na Renascença e cujo significado é de um progressivo despojamento da miséria de sua positividade mística. Se até a Renascença a miséria ostenta a aura de representar um desígnio de Deus, o que faz com que cada andrajo esconda uma personificação do Cristo redivivo, a partir deste período a pobreza e a caridade começam a perder, o valor social e religioso que tinham. A miséria, o sofrimento ou a infelicidade deixam de falar por si sós, de terem um valor absoluto e de serem signos de uma especial benevolência de Deus. Ao contrário, começam a testemunhar por Deus nada mais nada menos que a riqueza e a felicidade. Se Deus está tão presente, ao se dirigir ao pobre, não lhe fala mais de glórias e sim de predestinação.

Porém, é o ideário da Reforma protestante o fator fundamental, mesmo nos países em que o catolicismo permaneceu hegemônico, para moldar um novo imaginário e uma nova sensibilidade acerca das relações sociais, da pobreza, do trabalho e da espiritualidade. É assim que a pobreza, que antes revelava uma deferência divina, passa a indicar a cólera de Deus, testemunha a ira do Senhor. Ao fim de um longo processo de mudança, há uma inversão dos signos e a pobreza, antes exaltada, passa a designar castigo:

É por ordem sua que o céu se endurece, que as frutas são comidas e consumidas pelas chuvas e outras corrupções; e todas as vezes que as vinhas, os campos e os prados forem batidos pelas geadas e tempestades, também isso seja testemunho de alguma punição especial que ele exerce (Ibid., pp. 56-7).

Perdida sua aura abençoada, a pobreza não pode mais reclamar a caridade que faz da mão do próximo uma extensão da misericórdia de Deus. A esmola não santifica o doador, não conduz à salvação, não garante o Reino dos Céus. Daí a recusa de Lutero em reconhecer as obras de caridade como condição para a salvação. A miséria saiu da dialética da humilhação e da glória e entra numa certa relação entre a ordem e a desordem; perde sua aura de santidade e entra no campo da culpabilidade. O terreno moral e sua sensibilidade é o local de surgimento desse sujeito moral. O miserável, o louco e o vagabundo só podem ser tratados como sujeito moral ao mesmo tempo em que deixam de ser representantes de Deus. A medida que o Estado organiza um sistema de assistência social, Jesus Cristo não assumirá mais a figura de um pobre. A pobreza ou a loucura não mais remeterão, nem longinquamente, à milagrosa manifestação de Deus.

É nesse círculo fechado do imaginário e da sensibilidade das Luzes que a loucura e o conjunto da marginalidade social vão ser encarcerados. O internamento, de que fala Foucault na *História da loucura*, designa uma nova reação à miséria. Inimigos da boa ordem, agitadores, desempregados, devassos, mentirosos e loucos constituem uma massa indistinta que irá habitar o espaço deixado pelos antigos leprosários da Idade Média. O internamento é um dos pilares fundamentais da chamada polícia médica. A sensibilidade religiosa é substituída pela moral, a glória pela culpa, a caridade pela punição e o vasto mundo da liberdade pelo reformatório social.

No plano das obras, a intervenção da Igreja se adequou e contribuiu para sedimentar a nova ordem, constituindo o terceiro vértice da nova geometria do poder político e social: a nobreza, a burguesia e o clero. A Igreja cria novas congregações com finalidades análogas às dos hospitais gerais e reforma e reorganiza suas velhas instituições.

Conquanto parte dessas instituições fossem mantidas por associações leigas, elas imitavam, nos seus regulamentos, vida e costumes das ordens religiosas, reproduzindo um modelo disciplinar da vida monástica. Assim a *Salpêtrière*, antes da reforma pineliana, prescrevia o ritmo da vida de seus

internos: “Faz-se a oração em comum de manhã e à noite nos dormitórios; e em diferentes momentos do dia, fazem-se exercícios pios, orações e leituras espirituais” (Ibid., p. 52).

Assistência e repressão, asilo e reformatório social, socorro e detenção, os hospitais gerais, as *Petites Maisons*, toda uma série de instituições religiosas, leigas ou do Estado, na França e em toda Europa, representam esse amálgama de interesses cujas significações são, a um só tempo, políticas, sociais, econômicas, religiosas e morais.

- **A naturalização da doença**

Um longo processo em curso nos séculos XVII e XVIII, resultado de uma rearticulação no campo dos saberes, da filosofia, da religião e da vida social, é o que leva à naturalização da doença. A doença deixa de representar a influência do sobrenatural, como se acreditou durante tantos séculos, sobretudo na Idade Média, quando as teorias demonológicas estiveram tão em voga, e passa a ser efeito de alterações ao nível dos corpos ou das mentes. A explicação metafísica cede lugar a uma relação de causalidade fundada na física dos corpos, na materialidade dos organismos ou do pensamento e nos sentimentos dos homens. Mais do que uma intervenção externa, inefável, cuja determinação seria da ordem do místico, a doença tem como solo os homens e seu mundo.

Esse processo, verdadeira elaboração de uma nova linguagem e abandono de velhos signos, terá no campo do método a chave para a compreensão do alcance da revolução por vir. A psicopatologia e a prática psiquiátrica do século XIX são tributárias desse processo de acumulação de novos saberes, da influência dos novos horizontes que se abrem no campo filosófico e na eleição do método empírico como paradigma do campo científico.

Até o século XVIII, o conhecimento médico sobre a loucura não aparece senão muito secundariamente como apêndice ou verbete de enciclopédias de medicina. A importância secundária do tema nos compêndios significa que a loucura ainda não gozava de reputação na nosografia e não havia conquistado o seu lugar na frondosa árvore das doenças do homem. É um período de transição entre a autoridade do teólogo ou do inquisidor e o saber do médico, entre o

conhecimento construído pela observação da natureza e dos homens e os dogmas e as formulações metafísicas. Como já se disse anteriormente, o asilo não é um produto do século XIX. Nos séculos anteriores existiam instituições de recolhimento e caridade por toda a Europa, mas não se praticava um tratamento da alienação. O asilo enquanto manicômio resulta da intervenção de Pinel.

Uma das manifestações mais discutidas do século XVIII eram as ocorrências de alienações coletivas. Eram experiências e êxtases coletivos, resquícios da teoria demonológica da Idade Média que passaram a ser interpretadas como uma espécie de contaminação coletiva, um contágio mental, transmutando-se para esse campo o conceito médico de contágio. Sintoma de uma época de mudança, de transição entre o campo religioso e o campo médico, foi a divisão provocada no meio científico por dois tipos de atitudes, contra ou a favor das interpretações fantasiosas dos contágios mentais. Embora seja uma questão cujos ecos ressoam até os dias de hoje, pode-se depreender quão momentosa foi a polêmica entre patologia e fenômeno religioso. Uma bula papal, *De Servorum Dei Beatificatione et Beatorum Canonizatione*, publicada entre 1734 e 1738, em Pádua, foi dedicada à questão: as convulsões, êxtases ou curas pertenciam à esfera do milagre, eram um sinal de Deus ou produtos da fantasia dos videntes ou extáticos? Tanto quanto hoje, tratava-se de estabelecer uma linha divisória entre os fenômenos mentais, psíquicos ou emocionais e as manifestações do poder de Deus.

O grande número de fenômenos dessa natureza impunha uma necessidade de delimitação de territórios: a Deus o que é de Deus; aos médicos ou a ciência os poderes da doença. Pessotti (1996), por exemplo, faz referência, a uma obra de 1745, *Della forza della fantasia*, em que o autor *Muratori*, inspirado na bula papal, interpreta o delírio e a loucura como efeitos de uma imaginação especialmente sensível e nega qualquer intervenção sobrenatural.

Outra teoria em voga no século XVIII era a do magnetismo animal de Franz Anton Mesmer, médico austríaco formado pela Faculdade de Viena. Mesmer popularizou a doutrina do magnetismo animal que daria origem ao hipnotismo e ao processo de sugestão. Defendia que as doenças nervosas resultavam de um desequilíbrio na distribuição de um fluido universal que circulava no organismo humano e animal. Com uma jovem de vinte e nove anos,

que sofria de distúrbios histéricos, experimentou pela primeira vez um tratamento dito magnético.

Mesmer conferiu um conteúdo racional à teoria fluídica. Afirmava que o fluido universal se assemelhava ao ímã, do qual já se serviam alguns médicos com a intenção de extirpar do corpo, por imantação, o mal psíquico. Para Mesmer, o poder curativo não provinha dos ímãs utilizados na cura; seria a pessoa do médico o verdadeiro agente curativo. O médico, por meio de seu próprio fluido magnético, presente, por exemplo, no brilho de seus olhos, restabeleceria o equilíbrio da circulação fluídica. Com o enorme sucesso da teoria do magnetismo, ele se tornou uma espécie de mago e formou inúmeros discípulos. Apesar desse sucesso, suas idéias nunca deixaram de provocar polêmica e ele sofreu ataques e acusações de mistificação.

Em 1784, uma comissão científica da qual faziam parte Benjamin Franklin e Antoine de Lavoisier, entre outros, condenou o mesmerismo e declarou que os efeitos terapêuticos alcançados se deviam ao poder da imaginação humana (Roudinesco & Plon, 1998, p.509). Freud, no entanto, reconheceu o caráter precursor das idéias de Mesmer. Em 1931, ao ler a obra que Stefan Zweig dedicou a Mesmer e à história da “cura pelo espírito”, escreveu-lhe que a verdadeira causa dos efeitos do mesmerismo era a sugestão (Freud–Zweig, *Correspondance*, 1973). Mesmer fica então na História como uma espécie de precursor do hipnotismo e das técnicas de sugestão que se desenvolveriam no século XIX.

Talvez não fosse exagero dizer que, no acanhado ambiente científico do século XVIII, os médicos introduzem duas idéias precursoras para a futura psicopatologia: a de sugestão e a de contágio mental, às quais Freud deu um significado e uma relevância novas desde os inaugurais *Estudos sobre a histeria* (1895) até a *Psicologia de grupo* (1921).

Sobre o conceito de contágio mental, duas observações se fazem necessárias: a primeira diz respeito à idéia de contágio, imitação, identificação ou fenômenos de massa, cadeia de significantes cujo desdobramento, significado e inserção no esquema causal da psicopatologia do século XIX antecederão mesmo o nascimento da psicanálise; a segunda refere-se ao aparecimento do significativo mental, o qual indica que a medicina se abria para a análise de fenômenos sem substrato orgânico ou cerebral.

Quando se tenta redesenhar o panorama filosófico do século XVIII e sua influência sobre a ciência emergente, duas obras seminais do que se convencionou chamar “filosofia das Luzes”, não podem deixar de ser lembradas: o *Essay* de Locke, de 1690, e o *Traité des sensations* de Condillac, de 1754, as quais tiveram grande influência sobre todos os grandes autores da época.

Para Locke, são as sensações e as reflexões que instituem as funções da mente e é delas que se originam as idéias. Ao contrário do que indicava Descartes, para quem as idéias presidiam à aquisição do conhecimento pelas vias sensoriais, a explicação de Locke vai à direção contrária, descartando qualquer inatismo das idéias e propondo a importância da experiência pessoal e da educação. Assim, o pensamento normal ou desviante teria sua origem na experiência singular dos homens. A decorrência lógica dessa proposição é que, ainda que desviante ou patológico, o pensamento poderia ser corrigido a partir de experiências retificadoras, corretivas, ou seja, experiências que engendassem um pensamento organizado em sintonia com a realidade. Mesmo um pensamento louco ou delirante, porque sustentado em princípios falsos, poderia se tornar racional dependendo da rearticulação das idéias, o que Locke assim expressa:

Pois não me parece que os loucos hajam perdido a capacidade de raciocinar; mas que, tendo juntado inadequadamente certas idéias, eles as tomam como verdades e se enganam exatamente como os que raciocinam sobre falsos princípios. Após haver convertido suas próprias fantasias em realidades, graças à força da imaginação, eles deduzem delas combinações muito racionais [*raisonables*] (Pessotti, 1996, pp. 124-25).

Percebe-se aí uma das sementes da psicopatologia que Pinel, Esquirol e outros fundarão no século seguinte.

No *Traité des sensations*, Condillac desenvolve a teoria segundo a qual todos os processos mentais, normais ou patológicos, são resultados das sensações. A metáfora que seu *Traité* tornou famosa é a que imagina o nascimento e a evolução do conhecimento a partir de uma percepção sensorial inaugural, e de sensações que lhe seguem até se articularem em relações cada vez mais complexas, num edifício cujos andares superiores instituem funções ou processos elaborados, tais como a memória, o pensamento, o juízo, a imaginação etc. Essa metáfora ou “mito da estátua”, como se tornou conhecida, trouxe uma idéia nova para a psicopatologia: as sensações, conteúdo primário, é que instituíam as

categorias da razão. Desde então, um novo modelo de inteligibilidade das funções ou faculdades mentais aparece. A desorganização do pensamento ou da fala ou da memória não podia ser explicada como resultado de distúrbios de funções isoladas e sim da combinação entre sensações ou informações sensoriais. No limite, por exemplo, o pensamento seria a aceitação ou a rejeição de uma combinação de sensações.

Nessa linha de desenvolvimento da teoria da Condillac, a loucura seria o resultado do domínio da imaginação sobre o pensamento e se manifestaria por desarranjos na associação de idéias descoladas da realidade ou sem alicerce nas impressões sensoriais. O domínio da imaginação poderia atingir uma magnitude tal que distorceria até a percepção de objetos reais.

O impacto das idéias de Condillac sobre o pensamento iluminista foi extraordinário, pois, se um homem constrói as suas idéias e seu juízo a partir da sua experiência pessoal e de sua sensibilidade no mundo, estavam criadas as bases para um projeto de libertação do saber, doravante desacorrentado de qualquer autoridade que não fosse a da razão cujo fundamento seria sempre a experiência sensível.

Se a era clássica comemorou o triunfo da razão e o distanciamento das teorias demonológicas da loucura, havia ainda outro passo a ser dado para que esse movimento se completasse. Esse passo foi precipitado pela hegemonia do método empírico que, ao colocar a observação e a experiência como requisitos básicos da postura científica, acarretarão um desprestígio crescente das diversas doutrinas ou dogmas prevalentes no campo médico. Esses modelos dogmáticos, alguns bastante engenhosos, estavam eivados de preconceitos medievais ou até mais remotos, épocas em que atmosfera religiosa e a sacralização do corpo tornavam-no um tabu para os estudos médicos. Daí que os estudos realizados nessa época ou as doutrinas então elaboradas careciam de uma comprovação real, portanto expressavam mais os preconceitos de uma época do que algo que se pudesse chamar ciência.

No campo da loucura, desde as proposições de Plater, em 1625, o delírio é colocado como fenômeno central da loucura. Assim, não haveria delírio sem loucura, nem loucura sem delírio (Pessotti, 1996). Encontrar a explicação do delírio seria chegar à causa da loucura. No século XVII e XVIII, os modelos explicativos mais importantes foram os seguintes: o iatroquímico, o pneumático e

o iatromecânico. Resumidamente, podemos caracterizar cada um deles da seguinte maneira:

- 1) a iatroquímica é uma atitude científica que Paracelso (século XVI) desenvolveu contra a origem sobrenatural ou demoníaca das doenças. Essas seriam produtos de alteração nos sais do corpo. Na teoria de Jacob Sylvius, segundo o mesmo modelo, a loucura resultaria de alteração na química, não dos sais, mas dos humores;
- 2) a doutrina pneumática (século XVIII) nasce da fisiologia de Descartes e de seus “espíritos animais”. Esses espíritos, na acepção latina de sopro, hálito ou emanção, subiriam em grande abundância desde o coração até o cérebro e depois se propagariam para os nervos e músculos. Os “espíritos animais” da fisiologia cartesiana nada têm de transcendente nem guarda qualquer relação com o significado cristão de espírito; ele é antes um elemento material, seja enquanto *pneuma* (como no *Discours...*), seja enquanto partículas do sangue, com propriedades físicas especiais cuja ação patológica se produziria no cérebro (Ibid., pp. 34-5).
- 3) a iatromecânica, criada por Alfonso Borelli (século XVII), explica a patologia como resultado de processos hidráulicos e mecânicos da superfície medular do encéfalo. Uma desarmonia ou desequilíbrio na tensão das fibras, localizado ou geral, explicaria a amplitude e o tipo de delírio. Se todas as fibras ou grande número delas estão submetidos a uma tensão exagerada, o delírio é universal; se, ao contrário, apenas poucas fibras estão descontroladas, então o delírio é particular.

A importância desses modelos ou doutrinas na história da loucura está na rejeição da explicação sobrenatural e na procura de fundamentos materiais causais. Nesse trabalho, o sentido dessa resenha é o de esboçar o estado da arte que Pinel e seus discípulos vão encontrar.

2.3

Pinel: um novo paradigma

Philippe Pinel entrou para história da loucura como fundador da clínica psiquiátrica e, ao romper as correntes dos loucos, e libertá-los de seus calabouços, integrou-os ao campo médico, ao reconhecê-los como doentes. A importância de Pinel pode ser situada em três planos diversos, mas indissolivelmente articulados: o plano do método, o plano conceitual e o institucional.

Embora seja discutível a validade de seus conceitos ou o caráter inovador de suas propostas institucionais, num plano, pelo menos, todos os autores concordam quanto ao alcance do corte efetuado por Pinel: o do método, por meio do qual inscreve definitivamente o campo do mental na medicina moderna. É também por meio dele que funda uma tradição, a da clínica, de forma ordenada e sistemática. Pinel rompe com a tradição anterior que fazia com que se interpenstrassem sem limites claros a forma mórbida e o conceito que a explicava. Dessa maneira estabelece uma distância metodológica entre a observação dos fenômenos e o esboço de uma explicação sobre eles, operando uma ruptura que deu nascimento à clínica.

Pinel é um legítimo representante, no campo médico, do pensamento renovador que marcou a ciência do século XVIII. Comparte com a corrente dos Ideólogos os princípios metodológicos que fundamentam o trabalho científico. Segundo eles, o conhecimento é um processo cuja base é a observação empírica dos fenômenos que constituem a realidade. O cientista recolhe esses fenômenos, observa-os, agrupa-os segundo suas semelhanças e diferenças e constitui classes, gêneros e espécies, cuidando de não tisonar a objetividade da observação com aspectos de sua subjetividade.

A História Natural é a disciplina que serve de modelo para essa construção teórica, balizando a postura do médico-cientista em relação ao seu objeto, liberando-o dos dogmas, dos sistemas filosóficos e dos preconceitos vigentes, abrindo seu espírito para perceber a multiplicidade da vida. Ressalta nesta disciplina a obra de Buffon como o paradigma da investigação científica (Foucault, 1994). Pinel é um legítimo representante dessa corrente de pensamento e sua inovação é o esforço de aplicação da racionalidade botânica ao jardim das espécies da alienação mental. E ao romper com os sistemas de pensamento

fechado ou dogmas ultrapassados, que não se submetiam à freqüentação da realidade, Pinel funda as bases “de um tratamento médico estabelecido unicamente na observação e na experiência”.⁹

Um aforisma de Condillac resume a contento a concepção de ciência emergente no século XVIII: “a ciência não é mais que uma língua bem feita” (Bercherie, 1986, p. 32). Segundo os Ideólogos, as categorias obtidas pela observação e pela experiência receberão o nome que lhes dá existência na ciência. De fato, uma língua que funcionasse corretamente nomearia o real e produziria o verdadeiro conhecimento. No campo médico, os pensadores do século XVIII têm em Sydenham um dos precursores do empirismo. Ele inaugura um retorno a Hipócrates que marcaria todo o século XVIII, isto é, a observação empírica e clínica. Pinel herda tanto a confiança de Condillac, Sydenham, Locke e outros na observação quanto a desconfiança de dogmas teóricos. Esta corrente de pensamento, a que aderiu, terá talvez sua máxima expressão no positivismo de Auguste Comte (século XIX), para quem o homem pode confiar em suas faculdades de observação e de análise, e para quem os fenômenos são apenas uma expressão aproximada da realidade, a qual, em última análise, só Deus conhece verdadeiramente. O homem conhece apenas o que se lhe apresenta como manifestação ou fenômeno de um real que lhe escapa, mas pode obter mesmo assim um conhecimento pragmaticamente eficaz.

Ao modelo da História Natural, Pinel recomendava acrescentar a prática das matemáticas, pois dizia que uma observação simplesmente empírica segue sendo intuitiva, não adquire estatuto de ciência e não é cumulativa. A observação e a descrição dos fenômenos devem passar à linguagem e adquirir uma estrutura enunciável. A clínica deve criar uma linguagem de sentido preciso que, diferentemente das palavras imprecisas da língua vulgar, evoca imediatamente os fenômenos observados. O saber assim constituído será cada vez mais preciso, ainda que sempre limitado ao campo dos fenômenos. Ele abre a exploração sistemática de um campo e procede ao ordenamento dos fenômenos que o constituem. Este é o caminho sobre o qual se funda o saber positivo da psiquiatria.

⁹ *d'un traitement médical établi uniquement sur l'observation et l'expérience.* (Pinel, op. cit., p. xxxij).

Compreende-se, nessa perspectiva, o passo dado pelo médico e cirurgião francês Bichat no século XIX (Foucault, 1994), que, ao abrir cadáveres, articulou a clínica à anatomia, estabelecendo um novo método, anátomo-clínico, fundando a chamada medicina científica. A lesão explicaria o quadro clínico, e este não faz mais que manifestá-la no exterior. Trata-se de estabelecer uma relação de causa e efeito entre o sintoma ou as manifestações exteriores da patologia e a disfunção ou a lesão interna que a causou. Nesse sentido, a patologia teria sempre uma causa material, localizável, anatomicamente evidente ou presumível.

Historicamente, é na França pós-Revolucionária que floresce a medicina do Iluminismo, cujo paradigma é a clínica médica e cujo método é o anátomo-clínico de Bichat. Daí nascem os novos códigos do saber reguladores das relações entre a doença e o sujeito doente. Este último torna-se um “caso” no qual se inscreve o universal da doença, enquanto o sintoma passa a ser um elemento significativo que permite a construção de árvores nosológicas. A saúde não é mais considerada um estado antagônico ao da doença, e ambos os termos passam a perder espaço no discurso médico em prol de uma representação do sujeito, do corpo e da sociedade centrada na alternância entre norma e patologia.

Embora a clínica de Pinel e seu maior discípulo, Esquirol, seja superada por clínicos como Falret, Morel, Kalbaum, Bayle e outros, é sobre a base por ela construída que se pôde realizar a revolução da segunda metade do século XIX.

- **A gestação de um novo saber**

Ao fazer da observação e da experiência seu método de trabalho, Pinel afasta-se da atitude médica dominante na época, quando as classificações expressavam mais a filiação doutrinária ou filosófica de seus autores do que as diferenças ou semelhanças reais entre as patologias. O critério clínico, chave para se compreender a revolução pineliana, estava centrado no interesse pela observação, descrição e classificação de sinais e sintomas. Não é por outra razão que os estudiosos¹⁰ concordavam em que, até o *Traité* de Pinel, não se encontrava uma classificação verdadeiramente rigorosa da loucura.

¹⁰ Refiro-me a Foucault, Pessotti, Bercherie, já citados anteriormente.

Sua rejeição a todas as doutrinas, dogmas ou tudo que fosse tachado como pura especulação era tão firme que chegava a criticar obras de autores consagrados na época, como Erasmus Darwin (século XIX) e John Brown (século XVIII) como exemplos de aberração e delírio. Para Pinel, era um exercício inútil perder-se em discussões nebulosas sobre a sede do intelecto ou a natureza das lesões. Os sintomas deveriam ser observados com atenção e empenho constante, identificados e classificados com base na referência à faculdade (intelecto, vontade, afetividade etc.) comprometida, sem que o médico se perdesse pelas variegadas formas de manifestação da loucura. Buscava-se, por meio da judiciosa aplicação dos rigores do método, corrigir a desordem identificada no campo mental. Ordem e desordem, observação e especulação, tais são os pólos opostos a partir dos quais se sustenta toda a portentosa produção teórica e a intervenção prática de Pinel.

A inovação teórica consiste na idéia de que a essência da loucura reside no desarranjo das funções psíquicas ou mentais, ainda que eventualmente causado por fatores orgânicos. Pinel desenvolve essa idéia, que às vezes figurava apenas secundariamente nos estudos de outros contemporâneos e a apresenta como teoria médica. É a partir do *Traité* que o termo psicopatologia adquire o significado de teoria da loucura. E essa teoria afirmava a origem passional ou moral da alienação. Com essa teoria, ele se afastava radicalmente das concepções então dominantes, nas quais o excesso de tensão das fibras cerebrais, o excesso ou a falta de certos sais, a alteração dos humores ou o deslocamento dos espíritos animais pontificavam como a explicação mais aceitável da loucura.¹¹

Tomando o cuidado de não fazer a equivalência entre o significado dos termos de Pinel com o significado que eles têm hoje, resumi abaixo a classificação proposta pelo autor para as diversas espécies de alienação: mania ou delírio geral; melancolia ou delírio exclusivo; demência ou abolição do pensamento; e idiotismo ou obliteração das faculdades intelectuais e afetivas. Conquanto cada um desses grupos tenha características próprias, sobre as quais Pinel discorre no *Traité*, mas cuja análise foge ao interesse imediato desse trabalho, existem características comuns, gerais, tanto físicas quanto morais das diversas espécies de

¹¹ *Le médecin peut-il rester étranger à l'histoire des passions humaines les plus vives, puisque ce sont là les causes les fréquentes de l'aliénation de l'esprit?* (Pinel, op. cit., p. x).

alienação: lesões da sensibilidade física; do pensamento; da percepção; da memória e da associação de idéias; do julgamento; das emoções e afetos morais; da imaginação e do caráter moral.

Decorre dessa caracterização que a essência da loucura é a lesão das funções ou faculdades mentais. Essa concepção amplia o conceito de Willian Cullen (século XVIII), precursor da identidade mental da loucura, mas sem limitar a essência da alienação a uma faculdade específica, como a imaginação ou a memória. Para Pinel, os erros da percepção ou da imaginação são caracteres entre muitos outros e, portanto, não seriam determinantes do delírio. Existiria mesmo uma forma de loucura lúcida, sem lesão do juízo, sem delírio (Pessotti, 1994).

Apesar de listar as causas físicas no seu esquema causal, Pinel concebe a loucura essencialmente no plano moral, dos excessos, das paixões, aí entendidas no sentido amplo de sofrimentos, vícios, discórdias conjugais e vicissitudes da vida. Esse destaque concedido à imoralidade, na acepção de excesso ou exagero, como causa última da loucura, levou a terapia proposta a ser denominada tratamento moral. Entre as causas conhecidas da alienação, Pinel apresenta um elenco amplo, donde se destacam: alienação originária ou hereditária; influência de uma educação corrompida; excessos na maneira de viver; paixões debilitantes ou opressivas; paixões expansivas; constituição melancólica; e, por fim, as causas físicas.

De sua doutrina depreende-se que o louco não é essencialmente diverso do homem sadio, pois qualquer um pode ser indiferente à razão ou ao bom senso. A loucura é vista então como uma possibilidade humana, de qualquer ser racional. Ao contrário de Descartes, que percebia uma incompatibilidade radical entre a razão e loucura, alijando o louco da espécie dos racionais, para Pinel a loucura é uma contradição no interior da própria razão. Ela se manifesta como um desequilíbrio na razão ou nos afetos, preservando o louco a sua identidade humana, a sua reserva de razão. Essa visão, cuja afinidade com o ideário consagrado pela Revolução Francesa é evidente, implica uma afirmação do valor superior da figura humana e inscreve Pinel no panteão dos grandes nomes do Humanismo Iluminista.

Se o louco tem alguma razão ou, de outra maneira, se há alguma reserva de razão na loucura, o tratamento será possível e consistirá em fazer valer a razão que ainda existe no fundo de cada sujeito. O que Hegel afirmará, poucos anos

depois da primeira edição do *Traité*, diz muito do impacto das idéias de Pinel sobre o pensamento ocidental: “A loucura – diz ele – não é em nada a perda abstrata da razão, nem sob o aspecto da inteligência, nem sob aquele da vontade e de sua responsabilidade....”¹² O que Pinel havia revelado à clínica, Hegel enuncia à maneira do filósofo: A loucura é “... um simples desarranjo, uma simples contradição no interior da razão, a qual se encontra ainda presente.....”¹³ O louco não escapa para um além onde ele encontraria na sua regra subjetiva o pleno acordo com ele próprio. Ele não se afasta da esfera do pensamento comum. Não é por acaso que a primeira edição do *Traité* teve grande repercussão; ela esgotou-se em pouco tempo e experimentou traduções imediatas para publicação em outros países.

Pinel estabelece o acesso, ao alienado mental, à possibilidade da comunicação. A loucura pode, então, ser tratada não como uma pura perda ou déficit da razão, mas como uma maneira de ser humano, como parte da frondosa árvore da diversidade humana. Constitui-se assim um marco a partir do qual a compreensão da loucura se dará não mais além da fronteira cinzenta da exclusão, mas nos limites luminosos da cidade.

Depreende-se das formulações de Pinel que se deve buscar a reserva de razão sempre presente no campo da insensatez; o tratamento não pode desconhecer que há um sujeito de razão ao qual se faz um apelo. Há, pois, um “elemento de comunicação” com um “ser de razão” por meio do qual se estabelecerá a relação terapêutica. O médico deverá exercer todo o seu poder em influenciar o seu paciente, interferindo na luta interior da qual ele é palco. O poder do médico não é absoluto; ele encontra seu limite no poder próprio do alienado. Para ganhar o terreno da alienação, para franquear o muro que demarca um território de estranheza e exclusão no íntimo do próprio sujeito, para conquistar esse “império irresistível”, o médico estabelece com o alienado um jogo no qual é o paciente quem detém a carta principal. Revela-se aqui a origem da idéia que ganharia foros de novidade um século depois de uma aliança terapêutica com o paciente. A ação terapêutica não é definida como uma simples ação de poder

¹² “*La folie n’est pas une perte abstraite de la raison, ni sous l’aspect de l’intelligence, ni sous celui de vouloir et de sa responsabilité...*” (Hegel, [1830] 1970, p. 377).

¹³ “*(...) un simple dérangement, une simple contradiction a l’intérieur de la raison, laquelle se trouve encore présente ...*” (Ibid., p. 377).

sobre um ser passivo, mas, ao contrário, depende essencialmente da participação e do engajamento do paciente. Há uma razão a ser restabelecida, razão esta detida por outro que, com seu exemplo, sua retidão e justiça levará o alienado à cura.

As idéias de Pinel encontram terreno fértil nos horizontes da revolução burguesa na França. A nova ordem exigia um homem dotado de vontade e razão: um homem que livremente pudesse responder por seus atos e que fosse capaz de contrair contratos; enfim, um homem responsável. Os reclamos da ordem burguesa, consagrados na *Declaração dos Direitos do Homem* (1789), guardam coerência com a inspiração iluminista de Pinel. Resgatar o louco do território da exclusão e trazê-lo para a ordem da cidade é uma operação que supõe a existência de um “ser de razão” capaz de se submeter aos valores e ideais burgueses. Da mesma forma que o louco não se reduz à sua loucura, esta não se apossa inteiramente daquele que a porta. Há um espaço de contradição, de alteridade e de conflito entre o louco e sua loucura. Esse passo é decisivo na fundamentação de uma terapêutica da loucura.

Apesar de reconhecer o importante passo dado por Pinel no sentido de postular “um resto de razão na loucura”, esse passo não se confunde, como veremos mais adiante, com a revolução feita por Freud na constituição do sujeito moderno. Não é o conceito de inconsciente que vigora aqui, nem mesmo a afirmação de uma positividade na loucura. Se Freud buscará encontrar uma razão na loucura, em Pinel temos “um resto de razão” apesar da loucura. O médico faz desse resto seu aríete contra a muralha da loucura.

A reforma institucional: o manicômio

Os asilos, hospícios ou manicômios não são figuras nascidas no século XIX, ou a partir de Pinel: há notícias de hospícios no Oriente, já no século VII, possivelmente em Fez; no século XII, em Bagdá; e no século XIII, no Cairo. Com a ocupação árabe da Espanha surgiram os primeiros hospícios europeus no século XV, contando-se o de Valencia, Saragoça, Sevilha, Valladolid e Barcelona, entre os primeiros. Também na Itália, na Inglaterra e na França hospícios foram erguidos para abrigar especificamente os loucos ou não. No entanto, não havia ainda um projeto psiquiátrico e, em geral, eram instituições de recolhimento de uma população variada de marginalizados sociais.

Para se entender o sentido da reforma de Pinel há que se levar em conta:

- 1) a idéia de curabilidade da loucura;
- 2) a concepção de causas morais na etiologia;
- 3) a proposta do tratamento entendido como correção do desvio, moderação dos excessos, repressão, disciplina e apelo à razão residual existente em cada alienado;
- 4) a medicalização das velhas instituições então transformadas em manicômios, concebidos como uma espécie de aparato de cura;
- 5) a submissão do interno à disciplina e aos valores do trabalho.

A idéia que preside o movimento reformista de Pinel decorre da confiança na maleabilidade e capacidade de aperfeiçoamento da mente humana, crença comum ao grupo dos Ideólogos. Na trilha aberta por Locke e Condillac, os conteúdos da mente seriam formados a partir de percepções e sensações; modificadas estas últimas, os primeiros também seriam alterados. Logo, o meio social passa a desempenhar um papel inteiramente novo tanto na determinação quanto na cura da alienação. A proposta de Pinel é retirar o enfermo do seu meio habitual e encerrá-lo numa instituição onde suas condições de vida pudessem ser controladas. Essa instituição seria adredemente preparada desde a sua arquitetura, passando pelo seu regulamento interno até a relação com o médico. Os objetivos da instituição seriam: isolar o louco da sociedade e das causas que supostamente geraram suas percepções e sensações patológicas; organizar o espaço interno, possibilitando uma distribuição regular e ordenada dos doentes; vigiar os loucos em todos os momentos e em todos os lugares através de uma “pirâmide de olhares” composta por médicos, enfermeiros, serventes, guardas e outros; e distribuir seu tempo, submetendo-os à realidade do trabalho como principal norma terapêutica.

A lei médica é introduzida num mundo doravante submetido a uma disciplina severa e paternal. Pinel dedica toda uma seção do seu *Traité* sugestivamente intitulada “*Police intérieure, et règles à suivre dans les Établissements consacrés aux aliénés*”, na qual discorre sobre o método empregado para o tratamento, expõe o regime disciplinar, propõe o “trabalho

mecânico” como lei fundamental e consagra a figura central de um diretor esclarecido como garantidor da ordem. O objetivo desse aparato é “subjugar e domar” o alienado, exercendo sobre ele um poder irresistível para mudar o círculo vicioso de suas idéias. O manicômio é, com Pinel, reinventado como um centro de reeducação modelo, uma espécie de reformatório social, o que evoca o panóptico de Bentham, referido por Foucault em *Vigiar e punir* (Foucault, 1977).

Paradoxalmente, ao montar o aparato de observação, classificação e recuperação, Pinel inclui o louco e sua loucura no discurso da medicina moderna, aproxima o louco do seu médico e estabelece a possibilidade de uma relação até então inexistente. “O tratamento... vem de certa forma, responder a um apelo vindo do fundo do estado de alienação. (...) É sempre à necessidade surgida do sofrimento que responde a intervenção do terapeuta”¹⁴.

Assim, a postulação de uma reserva de razão na loucura faz nascer à idéia de que seria possível separar o louco da sua loucura, isto é, de que há um sujeito na loucura que o tratamento irá resgatar.

Nessa perspectiva a questão adquire um caráter bem mais complexo e paradoxal do que acentuei anteriormente. Não é inusitado que seja assim, pois a realidade é sempre mais complexa do que nosso aparato conceitual para apreendê-la, ou do que nossos instrumentos de intervenção. A mão que castiga é a mesma que afaga, os muros que separam são os mesmos que protegem; a instituição que segrega é a mesma que acolhe; enfim, a psiquiatria emergente e suas instituições permitem várias leituras e nenhuma delas parece esgotar a questão. Não é demais evocar Comte (1983), quando adverte sobre a limitação humana em conhecer a realidade última das coisas, detendo-se antes nas suas manifestações.

Em relação à psiquiatria podem-se fazer também diversas leituras desde que se esteja avisado sobre a precariedade ou parcialidade de cada uma delas e não as tome como “a” leitura ou “a” verdade, única interpretação possível. Na vertente da grande tradição humanista que consagrou Pinel como o libertador dos loucos pode-se recorrer à autoridade de Hegel para ressaltar o papel histórico e a

¹⁴ “le traitement... vient en quelque façon répondre à un appel venant du tréfonds même de l'état d'aliénation (...) est-ce toujours à un besoin surgi de la souffrance que répond l'intervention d'un thérapeute.”(Swain, 1977, pp. 99-100).

necessidade social médica e humanitária da psiquiatria. Nas palavras de Hegel:¹⁵

Ter descoberto este resto de razão nos alienados e maníacos, o ter descoberto como contendo o princípio de sua cura e ter dirigido seu tratamento por este princípio, é um título que pertence a Pinel, cujo escrito sobre este assunto deve ser considerado o melhor que possuímos.

Acolher a demanda do alienado e apostar na cura é o que me aproxima da perspectiva aberta pela interpretação de Swain do ato fundador de Pinel. A entrada do louco no discurso médico, mesmo que as prerrogativas do sujeito doente com direito a uma assistência tenham demorado a ser reconhecidas, abriu as portas para a relação médico-paciente, para o reconhecimento da humanidade no outro, para uma atitude nova em relação à loucura.

Essa atitude nova, cujo amadurecimento é resultado de um longo processo histórico, não permitirá reduzir o louco à sua doença nem tomar a loucura apenas na dimensão da perda, seja esta da razão, seja da inteligência, seja da vontade, seja da responsabilidade.

Todavia, o paradoxo parece ser um significativo inarredável no balizamento do lugar social da loucura. Apreendido no conceito médico de doença mental, o louco é reconhecido como cidadão, mas cidadão especial na medida em que se nega a ele a razão, isto é, a faculdade de responder pelos atos da vida social e civil. O louco faz sua entrada na cidade, mas para encontrar na internação uma outra espécie de exclusão, uma exclusão dentro da ordem.

- **A escola organicista e a escola psicológica**

Pinel privilegia as causas morais em detrimento de causas orgânicas na determinação das doenças mentais. Embora aponte causas lesionais em alguns tipos de alienação, como, por exemplo, na idiotia, na alienação ou loucura

¹⁵ “Avoir découvert ce reste de raison dans les aliénés et les maniaques, l’y avoir découvert comme contenant le principe de leur guérison, et avoir dirigé leur traitement d’après ce principe, c’est là un titre qui appartient surtout à Pinel, dont l’écrit sur cette matière doit être considéré comme le meilleur qu’on possède; aliénés; considéré; dont; Freud après” (Hegel, op. cit., p. 377).

propriamente dita não haveria nenhum dano de estrutura cerebral. Em parte, essa posição é responsável pela idéia de curabilidade: se não há dano cerebral, há apenas um desarranjo das funções ou faculdades mentais e o potencial de cura é elevado pela ação corretiva sobre o doente exercido pelo tratamento moral. Vale dizer que, prudentemente, Pinel não descarta a concomitância de causas orgânicas, mas preservando sempre um caráter secundário.

O maior discípulo e continuador da obra de Pinel foi Jean-Étienne Dominique Esquirol, cujo legado foi o de desenvolver a classificação e a teoria clínica do mestre. Esquirol manteve a concepção dualista das alterações mentais, polêmica que atravessou os séculos e chega com novas roupagens até os nossos dias. Nesse dualismo, concedia maior valor às causas morais, às paixões, as quais deveriam ser instrumentalizadas pelo médico para a realização da cura. O próprio título da tese de doutoramento em medicina de Esquirol é bastante revelador de suas concepções: *Dissertation sur les passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale* (1805).

Na história da psiquiatria, Esquirol ficou marcado como aquele que desenvolveu a dimensão clínica do trabalho inaugurado por Pinel. Swain (1977), ao defender a identidade das concepções do mestre e seu discípulo, denuncia a mitificação ideológica que tenta, por um lado, fazer de Pinel o político reformador das instituições e, de outro, fazer de Esquirol o inovador teórico. Em realidade, essa autora defende a idéia de que não existe nenhuma diferença fundamental nem de método, nem de concepção teórica entre eles.

A contribuição pessoal de Esquirol foi o aprofundamento clínico, a estruturação mais rigorosa do campo da alienação a partir de uma diferenciação das diversas espécies patológicas. Não há, segundo Swain, uma oposição teórica entre mestre e discípulo. Há desenvolvimento, organização e desdobramento do esquema classificatório do *Traité*. Como excelente observador, Esquirol fez descrições clínicas bem mais acuradas, embora mantendo os postulados teóricos do mestre.

Na concepção dualista de Esquirol, mantém-se o predomínio das causas morais sobre as causas físicas.¹⁶ Contudo, ele discutiu detalhadamente as causas

¹⁶ *Cette aliénation morale est si constante, qu'elle me paraît être le caractère propre de l'aliénation mentale.* (Esquirol [1838], 1989, p. 8).

físicas e, sobretudo, a hereditariedade, considerada a causa predisponente mais comum da loucura. Sua concepção de causa foi mais apurada e complexa do que a de Pinel. Ele inovou distinguindo as causas como: predisponentes e precipitantes.

Esquirol atribuiu grande importância ao relacionamento entre médico e paciente, destacando que o primeiro deveria, por interesse na cura, conquistar a afeição e a confiança do segundo. Tendo vivido num período anterior ao desenvolvimento da anatomia patológica, Esquirol afirmou que a loucura dependeria de uma modificação desconhecida do cérebro.

A proposta de Pinel sobre a importância da instituição no tratamento dos alienados é levada às últimas consequências por Esquirol. Ele chega a afirmar que “uma casa de alienados é um instrumento de cura; nas mãos de um médico hábil, é o agente terapêutico mais poderoso contra as doenças mentais”.¹⁷ O trabalho prescrito por Pinel é convertido por Esquirol na participação em ateliês escolhidos pelos doentes, de acordo com a habilidade de cada um. Deve-se estudar cada doente, a atenção deve ser particularizada. No entanto, compartilha com Pinel a idéia de que o isolamento tem um papel fundamental na cura.

O pioneirismo de Pinel e Esquirol foi amplamente reconhecido e eles receberam as maiores homenagens que sua época poderia dedicar a dois homens de ciência. Em discurso pronunciado por ocasião do sepultamento de Esquirol, em 1840, Falret assinalou:

Eles não se enganaram, estes benfeitores da humanidade, na direção que convinha seguir e imprimir a seus sucessores; eles começaram a obviar ao mal que, acima de todos os outros males, reclamava seu apoio tutelar; eles vingaram a dignidade humana ultrajada; eles relevaram o homem aos olhos do homem; eles renderam homenagem à nossa natureza moral; eles reencontraram e reivindicaram nossos direitos desconhecidos; eles cercaram o homem ferido de alienação mental das atenções devidas ao sofrimento e das condições higiênicas até então indignamente negligenciadas(apud Birman, 1978, p.3).

Não obstante o reconhecimento unânime que esses “benfeitores da humanidade” obtiveram de seus contemporâneos, suas concepções teóricas eram datadas e não resistiram ao entusiasmo que a aplicação do método

¹⁷ *Une maison d'aliénés est un instrument de guérison; entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales.*(Esquirol, [1838]1989, p. 133).

anatomopatológico trouxe à psiquiatria na segunda metade do século XIX. Com o progresso científico e o desenvolvimento da microscopia e de outras técnicas de pesquisa, muitas doenças somáticas tiveram sua sede localizada ou seu agente causal (microorganismo) identificado. Esse progresso gerou no campo mental a expectativa de que o mesmo método, se aplicado ao estudo do cérebro, descortinaria um horizonte promissor de descobertas. De fato, um avanço se verificou com as descobertas a respeito da idiotia, da epilepsia e da paralisia geral progressiva.

Com referência a essa última, cabe uma observação mais extensa, pois sua descoberta teve um papel fundamental na história da psiquiatria. Essa enfermidade foi descoberta por Bayle¹⁸, em 1822, e foi recebida com entusiasmo pelos adeptos da corrente organicista, pois se tratava da anatomopatologia de uma das espécies de loucura. Foi a primeira vez na história em que se estabeleceu uma relação causal entre as duas ordens de alterações: lesão cerebral e alienação mental. Construiu-se assim a primeira enfermidade mental de acordo com a racionalidade médica. Essa entidade mórbida se apresenta como um processo seqüencial, desenvolvendo ao longo do tempo, quadros clínicos sucessivos, desde a doença inicial (infecção sífilítica causada pelo *treponema pallidum*) até as lesões no sistema nervoso central, conjugando sinais psíquicos e físicos e levando a uma deteriorização mental (demência irreversível). A natureza mórbida dessa entidade tinha fundamento comprovado pela anatomia patológica, à qual tantos progressos a medicina ficou devendo.

O entusiasmo gerado por essa descoberta foi o de criar uma expectativa de que, mais cedo ou mais tarde, com o progresso dos meios técnicos, dos laboratórios etc, se conseguiria estabelecer a causalidade orgânica de todas as formas de doença mental. Os grandes sistematizadores da psiquiatria da segunda metade do século XIX seriam marcados por essas idéias e contaminados por esse entusiasmo. O achado de um substrato orgânico parecia ser uma fatalidade histórica, uma questão de tempo para que se impusesse o triunfo da crença e uma apreensão definitiva e insofismável da loucura no território da ciência médica. Isso pode ser verificado, por exemplo, em Kraepelin, o grande sistematizador do final do século XIX, que atribuía a loucura, em suas várias formas, a desarranjos

¹⁸ Sobre esse tema consultar Bercherie, 1989, p. 83 e seg.

orgânicos. Para ele, as alterações comportamentais ou mentais seriam meras manifestações, epifenômenos de desordens orgânicas. Eventos passionais ou afetivos não teriam senão eficácia causal secundária, desde que ativassem fatores determinantes orgânicos. A contribuição de uma condição orgânica seria indispensável (Pessoti, 1999).

Sabemos hoje que o entusiasmo precoce não encontrou correspondência na realidade e a loucura, com suas produções bizarras, seus comportamentos não convencionais e sua lógica indecifrável continuaram a desafiar os estudiosos através dos tempos.

3

A revolução freudiana

A normalidade é uma ficção ideal.
Freud, 1937a.

Já vimos que a aplicação dos métodos da História Natural ao estudo da loucura permitiu um avanço do conhecimento ao longo de todo o século XIX. Pinel teve a primazia e com isso realizou a passagem da loucura à doença mental.

O manicômio foi estruturado como um aparelho de observação, classificação e cura das diversas espécies da doença mental. Embora reconhecendo a causalidade orgânica, Pinel privilegiava as causas morais como determinante na etiologia, razão pela qual o tratamento dito moral assumiu o caráter de um processo de reeducação. A instituição manicomial assumiria o papel de uma espécie de reformatório social.

Os seguidores de Pinel poderiam ser agrupados, grosso modo, em dois grandes grupos: primeiro, a corrente organicista, com os adeptos de uma causalidade orgânica para as doenças mentais; segundo, a corrente psicológica, com os adeptos de uma causalidade moral, ou espiritual, ou psicológica.

A descoberta do treponema da sífilis como agente etiológico da paralisia geral progressiva deu um grande alento à corrente organicista. Parecia ser o anúncio da vitória desse grupo, acreditou-se que prenunciava uma inexorável marcha de descobertas que, graças à anatomia patológica, a microscopia e outros meios técnicos levariam à completa elucidação dos mistérios da loucura.

Jean-Martin Charcot, médico francês, neurologista, mestre de Freud, conhecido como o César da *Salpêtrière*, viveu e desenvolveu seu trabalho na segunda metade do século XIX. Herdeiro da grande clínica de Pinel e Esquirol, seguidor dos princípios da anatomopatologia de Bichat, Claude Bernard e de todos os grandes empiristas dos séculos XVIII e XIX, que privilegiavam a observação e o achado clínico em detrimento de concepções dogmáticas, Charcot destacou-se como um extraordinário neurologista. Com profundo conhecimento de anatomia e de fisiologia, descreveu com rigor inúmeros quadros neurológicos. Foi mesmo o primeiro a descrever a esclerose lateral amiotrófica.

A partir de 1870, o interesse de Charcot se volta para a loucura histérica. Ele abandona a neurologia e passa a estudar as diferentes formas de perturbação da sensibilidade e dos órgãos do sentido, os quais estuda por intermédio tanto das paralisias, contraturas, parestesias e anestésias, quanto das zonas histerógenas, dos pontos do corpo susceptíveis de desencadear ataques e distúrbios dos campos visual e motor _ a cegueira histérica e os ataques epiletiformes.

Charcot aborda a histeria da mesma forma que as doenças neurológicas: descreve os sintomas e classifica os diferentes quadros procurando agrupá-los em entidades clínicas diversas. Seu modelo é o da doença neurológica com suas leis e regras; seu determinismo é o da lesão material. Denominou essa meticulosa observação clínica, autêntica ascese do olhar, de “método nosológico”, o qual apontava a constituição do chamado “tipo”, forma completa da enfermidade na qual agrupava todos os elementos sintomáticos identificados. Era a versão canônica do quadro patológico em relação a qual a série de casos mal definidos, incompletos, as *formes frustes* podiam ser destacadas, reconhecidas, e referidas ao “tipo”. Freud (1914 a) lembrou a aversão do mestre às tendências especulativas e o conselho não esquecido: “olhar as mesmas coisas repetidas vezes até que elas comecem a falar por si mesmas” (p. 33).

Não obstante essa profissão de fé no método experimental e a busca de um substrato material para a histeria, Charcot, com o seu rigor e a sua honestidade intelectual, parece encerrar nele próprio, isto é, na sua trajetória de pesquisador, os dilemas e os conflitos em disputa no campo da loucura. Começou com o estudo das afecções neurológicas com claro determinismo orgânico, e termina sua carreira especializando-se no estudo da histeria, típico exemplar de uma afecção de causalidade psicológica sem substrato anatômico.

No mundo da histeria, os estudos de Charcot foram inovadores. Não era um teórico, mas sim, como ele próprio designava, um “visual” que cultivava a nosologia para introduzir certa ordem onde reinava a confusão. Freud o compara a Pínel, ressaltando que seu gesto libertador conferiu dignidade à histeria, pois seus estudos comprovaram a autenticidade e a objetividade dos fenômenos, afastando a suposição de que eram mera simulação. Até Charcot, os histéricos eram rotulados

como “doentes detestáveis”¹⁹, e a histeria era uma espécie de *bête noire*²⁰ da medicina, ecos de um período histórico onde esses fenômenos eram atribuídos a imposturas do demônio.

Em 1885, Freud vai a Paris assistir ao curso de Charcot. Esse encontro marca profundamente o espírito do criador da psicanálise. No elogio póstumo, que ele fez, dias depois de sua morte, Freud fala de suas contribuições à neurologia, sua capacidade de trabalho, sua curiosidade científica e sua generosidade com os alunos. A Freud, estudante impregnado pela fisiologia da escola alemã, impressiona sobretudo o privilégio que o mestre concedia à prática clínica. Para Charcot, a clínica era soberana. Confrontado entre sua prática e as teorias de modelos fisiológicos, ele não vacilava em ficar com a primeira. Tratava as observações clínicas como fatos e delas extraíam conjecturas neurológicas, ao contrário dos clínicos alemães, que se baseavam numa teoria fisiológica para explicar os estados mórbidos.

Freud conta um episódio revelador não só da personalidade de Charcot, mas principalmente do que dele vem a marcá-lo em definitivo. Certa vez, numa reunião clínica, os estudantes estrangeiros, influenciados pelas teorias e modelos da fisiologia alemã, irritavam o mestre, questionando a validade de suas explicações. Sua experiência clínica contradizia a teoria consagrada de Young-Helmholtz, mestres da fisiologia. Charcot, interpelado, responde de uma forma que Freud não mais se esquece: “Se a teoria não concorda com a experiência clínica, tanto pior para a teoria. Os fatos clínicos têm primazia...” E acrescentou: “Teoria é bom, mas não impede de existir”.²¹ Essa posição de desafio, de abertura para o novo, de não submissão a idéias já estabelecidas e consagradas foi essencial na formação de Freud.

¹⁹ Expressão atribuída a Wilhelm Griesinger (1817-1868) por Ilza Veith. Ver: Bercherie, 1983, p. 66.

²⁰ Freud, S. 1888, p. 79.

²¹ “*La théorie, c’est bon, mais ça n’empêche pas d’exister.*” Freud, S. 1893, p. 23.

3.1

A invenção da psicanálise: um novo campo de saber

Para se avaliar o passo dado por Freud, seu significado na história da filosofia e da ciência, faz-se necessário perguntar por suas linhas de filiação, de um lado e, por outro, pelo que ele inaugura.

Um bom ponto de partida talvez possa ser tomado emprestado nas reflexões do próprio Freud (1917b) ao comentar a ruptura produzida pela psicanálise no pensamento ocidental. Ele a compara com dois eventos caracterizados como feridas narcísicas da humanidade. O primeiro é atribuído a Nicolau Copérnico, que formula no século XVI a teoria do descentramento da terra, ou seja, destrói a crença vigente até então de que o universo girava em torno da terra e esta seria o centro de todo o sistema. Freud chama esta ruptura de “golpe cosmológico” ao amor próprio do homem. O segundo evento é aquele criado por Charles Darwin ao romper com a idéia de um homem soberano sobre todas as outras espécies que habitam o planeta. Freud escreve:

O homem não é um ser diferente dos animais, ou superior a eles; ele próprio tem ascendência animal, relacionando-se mais estreitamente com algumas espécies, e mais distanciadamente com outras. As conquistas que realizou posteriormente não conseguiram apagar as evidências, tanto na sua estrutura física quanto nas suas aptidões mentais, da analogia do homem com os animais. Foi este o segundo, o golpe *biológico* no narcisismo do homem (p. 175).

Para Freud, a psicanálise vai causar a terceira ferida narcísica, a mais sensível, de natureza psicológica, isto é, a idéia de um inconsciente, de um descentramento do próprio sujeito, onde o eu não é dono nem senhor em sua própria casa, idéia por meio da qual se vislumbra o que está por vir. Depreende-se, porém, das reflexões acima seu distanciamento em relação a Descartes, com quem se inaugura, no século XVII, a questão da subjetividade enquanto problema do pensamento filosófico. Diante da incerteza quanto à realidade do mundo objetivo, Descartes afirma a certeza do *cogito*²². Mas se ele nos diz o que é o

²² René Descartes (1596- 1650), que se atormentava com o problema dos acasos, sonhou com um homem livre do tempo e das contingências e, por esse sonho, foi um dos pioneiros das utopias modernas. Em sua origem, o método dedutivo de Descartes estava à procura de um ponto fixo em torno do qual giraria o conhecimento, que seria traduzido na idéia do *cogito*. Fazendo a distinção entre sujeito e objeto, e identificando a causalidade com a verdade, Descartes estabeleceu as bases para a construção do método científico.

pensamento, não nos responde o que é o eu. Para ele, o eu é a consciência, é uma substância pensante que, junto com a *res extensa* e a *res infinita*, conformam o domínio do real. A subjetividade seria dotada de idéias e princípios inatos.

O axioma cartesiano *cogito ergo sum* assinala a emergência da subjetividade mas, paradoxalmente, não do sujeito. Se o *cogito* é o fundamento reflexivo do pensamento sobre o homem, este só está presente como gênero ou como espécie. O eu não tem nenhuma concretude individual, pois não é do homem concreto que Descartes fala, mas sim de uma natureza humana, de um universal. Não afirma a singularidade do sujeito, mas a universalidade da consciência. O *logos* individual é uma manifestação do *logos* universal.

Em Descartes, o *cogito* é ameaçado pelo eu. A subjetividade, se ligada apenas a um sujeito individual, seria ameaçada pelo solipsismo. Nesse ponto, Deus é invocado como garantia para o nós, para a intersubjetividade, e a razão é a grande mediadora entre as várias intersubjetividades. A prova da Veracidade Divina exerce essa função e, ainda, valida a regra geral de verdade de que o entendimento finito do sujeito pensante não é capaz.

A identificação da subjetividade com a consciência parece ser um ponto inabalável não apenas do cartesianismo, mas de toda a filosofia moderna. A referência a regiões de opacidade da subjetividade não contradiz a afirmação anterior, mas é tomada como um estágio no desenvolvimento da consciência. A consciência é o absoluto. Nada pode ameaçar a certeza absoluta do *cogito*. E quase três séculos depois de Descartes, ainda é em torno dessa certeza que gira o pensamento filosófico.²³

Descartes e a filosofia moderna, embora trazendo novas problemáticas à reflexão filosófica, permanecem ligados às mesmas exigências e aos mesmos objetivos do discurso platônico. Seu ideal continua sendo a da *episteme* platônica, isto é, o da constituição da ciência, verdadeiro conhecimento e o conhecimento da verdade. Mantém-se inalterada a crença na universalidade da verdade. No *Teeteto* de Platão já encontramos a afirmação de que a ciência (*episteme*) consiste na posse da verdade e que esta nada mais é do que a revelação do ser. Essa definição de ciência coincide com a definição de razão (*logos*), sendo que na língua grega a

²³ Esclareço que neste e nos parágrafos seguintes tomei como referência o volume sobre Descartes da coleção *Os Pensadores*, 1999.

mesma palavra_ *logos*_ significa razão e discurso. Daí a definição platônica de ciência como revelação do ser pelo discurso.

Platão distingue a *doxa*, a opinião, o que é da ordem dos dizeres e o que é da ordem do discurso filosófico, discurso legitimado, cujo estatuto de universalidade é fundado no princípio da não-contradição. O discurso filosófico, ao contrário da *doxa*, apresenta-se como neutro, não contaminado pelo desejo singular, como pura realização da razão. Pode-se concluir que, se a ciência é a revelação do ser pelo discurso, então há uma correspondência necessária entre o ser e o pensamento (discurso). Nisto consistiria a verdade.

É dessa tradição do pensamento filosófico ocidental que Freud vai se fazer herdeiro. Mas, ao dela se apropriar vai provocar uma ruptura fundamental ao postular o descentramento do sujeito, a disjunção entre saber, verdade e razão desde outra cena_ o inconsciente.

3.2

O sujeito do inconsciente

Um dos aspectos mais interessantes das concepções de Freud é a ausência de uma teoria ou de um conceito de normalidade. Não há um funcionamento psíquico ou estado normal que se possa contrapor a um estado patológico. As estruturas freudianas são neurose, perversão e psicose, e todo e qualquer sujeito é pensado desde uma delas. O próprio Freud, durante sua juventude, julgava-se um neurastênico e sofria de muitas perturbações que hoje chamaríamos imprecisamente de psicossomáticas. Mais tarde, depois de seu estágio com Charcot, ele passou a se considerar paciente de si mesmo (auto-análise) e se qualificou como histérico (*A correspondência Freud/Fliess*, 1887-1904).

A questão é que a demarcação deixa de ser entre normal e patológico, loucura e razão e passa a ser entre as três formas citadas de constituição do sujeito. Freud vai contra o pensamento vigente que jogava a loucura exclusivamente sobre o doente, e aprisionava o médico em sua razão impotente ao fazer dele guardião do confinamento asilar tradicional. Insurgindo-se contra essa

natureza outra da loucura, Freud encontrou em si próprio, ou naqueles ditos normais, os mesmos mecanismos psíquicos identificados nos loucos.²⁴

É sabido que, depois de um período inicial como neurologista, Freud se interessou justamente por aquelas afecções nas quais carecia um substrato anatomopatológico. Refez, a seu modo, o caminho percorrido por Charcot. No lugar das alterações funcionais, todavia, Freud situará a sexualidade. Substituirá o esquema de causalidade do mestre da *Salpêtrière*, isto é, a fórmula simples hereditariedade (a *famille névropathique*) mais causas incidentais ou traumáticas (os *agents provocateurs*) por um esquema causal bem mais sofisticado denominado “esquema das séries complementares”, no qual a manifestação da neurose é resultado de um somatório de fatores, sendo o evento traumático ou *provocateur* apenas o mais recente.²⁵ Embora desenhado para mostrar o mecanismo de formação de sintomas neuróticos, podemos lançar mão das séries complementares para explicar qualquer tipo de manifestação ou fenômeno psíquico, seja uma paralisia histérica, seja um episódio alucinatorio, seja um sonho ou um ato falho.

Nos *Estudos sobre a histeria* (1895a), Freud retoma a observação de Charcot sobre o trauma genital e lhe dá um sentido novo ao elaborar a teoria da sedução e, depois de renunciar a esta, ao inventar a noção de fantasia e situar a causa numa outra cena _ o inconsciente. Freud se lembrava da observação que, um dia, Charcot deixara escapar, nesses casos “... é sempre a coisa genital, sempre...”²⁶ Se a princípio pensou numa sedução real, depois Freud percebeu que existia ao lado da realidade material uma realidade psíquica igualmente importante em termos da história do sujeito.

Ao ouvir a célebre frase “isso não impede de existir”, referindo-se à histeria, Freud compreendeu que o imaginário poderia fazer o corpo adoecer. E, ao ver as histéricas hipnotizadas e livres de seus distúrbios, percebeu a força terapêutica da transferência. Era o início de uma longa história, que, a partir desse ponto comum, toma outro rumo. Freud descarta a hipnose, próxima demais de um “elemento místico”; as imposições das mãos e outras pressões sobre o crânio,

²⁴ Sugiro a leitura da obra _ prima da nossa literatura, *O Alienista*, de Machado de Assis, publicada pela primeira vez em 1882.

²⁵ Ver: *Conferências introdutórias sobre psicanálise* (1916-17), que trata da teoria geral das neuroses.

²⁶ “*c’est toujours la chose génitale, toujours...*,” Freud, S. 1914 a, p. 24.

ligadas às manipulações das feiticeiras; e também o face-a-face, por ser muito perturbador. Resta o dispositivo nu, a posição do paciente deitado sobre um divã e a escuta de um analista, a aposta na força das palavras. É o nascimento de algo que marcaria profundamente a cultura na modernidade. Pode-se surpreender esse momento, *in statu nascendi*, nas palavras de Freud:

Nem sempre fui psicoterapeuta. Como outros neuropatologistas, fui preparado para empregar diagnósticos locais e eletroprognose, e ainda me surpreende que os históricos de casos que escrevo pareçam contos e que, como se poderia dizer, eles se ressintam do ar de seriedade da ciência. Devo consolar-me com a reflexão de que a natureza do assunto é evidentemente a responsável por isso, antes do que qualquer preferência minha. O fato é que o diagnóstico local e as reações elétricas não levam a parte alguma no estudo da histeria, ao passo que uma descrição pormenorizada dos processos mentais, como os que estamos acostumados a encontrar nas obras de autores imaginosos, me permite, com o emprego de algumas fórmulas psicológicas, obter pelo menos certa compreensão (insight) do curso da afecção (1895a, pp. 209-10).

Abolidos os jogos de mão, as bolas de vidência, o olhar direto: impõe-se uma simples escuta. Surge um novo campo epistemológico.

O abandono da teoria da sedução e a decifração dos sonhos lhe permitiram colocar o conflito psíquico inconsciente como a causa principal da histeria. Os sintomas histéricos seriam determinados não por lembranças ou reminiscências, mas por fantasias (1908). O sintoma, tanto quanto o sonho, o ato falho ou qualquer formação do inconsciente deve ser encarado como um modo de realização do desejo. Mas com a publicação de *A Interpretação dos sonhos* (1900), a psicanálise deixa de ser apenas o estudo da histeria, ou das neuroses, e torna-se a teoria do funcionamento psíquico em geral.

Dizer que a análise dos sonhos se tornaria a via régia do inconsciente pode ser tomado em vários sentidos. Primeiro, é o melhor meio para se chegar ao conhecimento dos pensamentos inconscientes; segundo, é o melhor meio para elaborar um conhecimento teórico do inconsciente; terceiro, é o caminho mais fácil para levar os leitores a admitir a existência do inconsciente. Esses três sentidos, que se reduzem a apenas um, assinalam o passo dado por Freud com a publicação da interpretação dos sonhos: a psicanálise deixa de estar confinada à patologia. Os mecanismos que Freud elucida no inconsciente estão presentes em qualquer sujeito. O mecanismo que está na base da alienação e do sofrimento

humano_ a imputação a outro daquilo que o sujeito rechaça_ é colocado em evidência no interior de cada um.

A continuidade entre o sonho, essa espécie de fenômeno “patológico” normal, e os fenômenos e os sintomas neuróticos foi ressaltada por Freud no prefácio da primeira edição dos *Sonhos*:

... o sonho é o primeiro membro de uma classe de fenômenos psíquicos anormais dos quais outros membros, tais como fobias histéricas, obsessões e delírios, estão fadados, por motivos práticos, a constituir assunto de preocupação para os médicos. (...) Quem quer tenha falhado em explicar a origem das imagens oníricas quase que não pode esperar compreender as fobias, obsessões ou delírios, ou fazer com que uma influência terapêutica se faça sentir sobre elas. (p. xxxi).

É claro que o termo inconsciente já fora empregado antes de Freud, mas de uma maneira puramente adjetiva para designar simplesmente o que não era consciente. Com Freud, o inconsciente designa um sistema psíquico específico, diferente dos demais e caracterizado por leis de funcionamento próprias, adquirindo uma importância fundamental para a compreensão da subjetividade. É nesse sentido que se pode dizer que o inconsciente foi inaugurado por Freud na *Interpretação dos sonhos*, obra considerada por muitos como marco inaugural da psicanálise.

Definido como um sistema, o inconsciente freudiano se afasta das concepções antigas que o associavam a um lugar de mistério, do inefável, das divindades da noite, ou daquilo que se encontra “abaixo” da consciência. O inconsciente remete a outra cena, um sistema psíquico, que nada tem de caótico ou arbitrário. Todos os acontecimentos psíquicos são determinados. O inconsciente possui, portanto, uma ordem, uma sintaxe. Ele é estruturado. Nesse sentido, veremos adiante como, para Lacan, as descobertas de Freud encontram seu fundamento na idéia de que o inconsciente está estruturado como uma linguagem.

O texto dos *Sonhos* foi comparado por Freud a um texto a traduzir:

“Os pensamentos oníricos e o conteúdo onírico nos são apresentados como duas versões do mesmo assunto, em duas linguagens diferentes” (1900, p. 295).

Para esse trabalho de tradução há que descobrir a sintaxe do inconsciente. Freud definiu dois mecanismos básicos de funcionamento: a condensação e o deslocamento.

A condensação (*Verdichtung*) significa que uma única representação pode traduzir diversas cadeias de pensamentos latentes. Embora seja um mecanismo essencial do chiste, do lapso, do esquecimento de palavras ou do sintoma neurótico, foi no sonho que melhor foi posto em evidência. É um processo econômico, na medida em que energias ligadas a várias cadeias associativas se adicionam a uma ou a poucas representações. A condensação pode ser lida como um compromisso entre o que aliena o sujeito e o que o barra ao mesmo tempo de sua alienação. Freud constata que há uma enorme diferença entre o conteúdo manifesto do sonho e os pensamentos latentes, no sentido de que o primeiro parece ser uma tradução sintética, abreviada, do segundo. Isso se deveria ao trabalho de condensação no qual uma representação pode se compor de elementos diversos que se vale de um único pensamento. O caráter lacônico do sonho tem aí uma de suas causas.

O deslocamento (*Verschiebung*), tal como a condensação, é obra da censura dos sonhos. É definido como um mecanismo pelo qual uma representação anódina ou insignificante aparece no lugar de outra particularmente significativa. Isso se deve à faculdade que tem o inconsciente, regido pelo processo primário, de deslocar energia de uma representação para outra, com o que dota de maior interesse ou esmaece uma representação ou cadeia associativa, dependendo de sua maior ou menor aceitação pela censura. Por esse meio, o interesse ou a ênfase de uma representação é susceptível de se deslocar dela para outra representação pouco intensa ao longo de uma cadeia associativa. Com seu humor peculiar, Freud (1916-7) conta uma anedota a título de ilustração desse mecanismo de deslocamento:

Numa aldeia havia um ferreiro que cometera um crime capital. O júri decidiu que o crime deveria se punido; porém, como o ferreiro era o único na aldeia e era indispensável, e como, por outro lado, lá viviam três alfaiates, um *destes* foi enforcado em seu lugar (pp. 208-9).

O lingüista Roman Jakobson (1989) relaciona os mecanismos inconscientes acima descritos, condensação e deslocamento, com as figuras

retóricas da metáfora e da metonímia, por ele consideradas como os dois pólos fundamentais da linguagem. Lacan retoma as indicações de Jakobson e assimila o deslocamento à metonímia e a condensação à metáfora. Desenvolve assim o aspecto formal e dialético do inconsciente, realçando a diferença do inconsciente freudiano com o inconsciente pré-freudiano, isto é, a noção de uma determinação simbólica vis-à-vis à noção de um não-sabido.

A apropriação da lingüística permitiu a Lacan formalizar a descoberta freudiana do inconsciente. Foi um passo adiante na teoria que, com Freud, já havia superado a concepção biológica, isto é, a versão do inconsciente como um reservatório instintivo. O inconsciente aparece estruturado como uma linguagem, destacando-se nessa formalização a sua estrutura simbólica.

Além da influência da lingüística, a leitura psicanalítica do fenômeno psicótico forneceu a Lacan o instrumental necessário à sua formalização do inconsciente. Nesse aspecto, a experiência de Lacan com pacientes psicóticos foi decisiva, dela se destacando a idéia de automatismo mental enunciada por Clérambault.²⁷ Tal como o automatismo mental põe em evidência, o inconsciente leva o sujeito a produzir irresistivelmente uma sucessão de pensamentos, palavras e atos que se lhe escapam. O ser falante que somos, psicóticos ou não, é um ser falado: falado por um Outro presente em nós, que nos ultrapassa independentemente do nosso querer e do nosso saber conscientes. A formulação enigmática de Lacan a respeito da relação entre o sujeito e o Outro se esclarece aqui: “... é do Outro que o sujeito recebe a própria mensagem que emite” (1960a, p.821).

O sujeito ouve-se dizer suas próprias palavras como se viesse de fora, proferidas por alguém que falasse com ele. Um paciente, por exemplo, conta um sonho e, inesperadamente, em meio ao seu relato, deixa escapar uma palavra, um nome. É assim que fala o inconsciente: ele escapa ao sujeito, para voltar ao seu ouvido. No paciente alucinado, às voltas com vozes acusadoras, ele as ouve com a dupla certeza de que vêm de fora e só se dirigem a ele. Tanto para o psicótico quanto para o neurótico o movimento retroativo é o mesmo. O neurótico ouve a

²⁷ Gaëtan de Clérambault (1872- 1934), psiquiatra francês, reconhecido por Jacques Lacan como seu “único mestre em psiquiatria”, inventou a síndrome do automatismo mental. Esta síndrome coloca em evidência o caráter principalmente *anidéico* dos fenômenos que se manifestam na evolução da psicose, ou seja, não conforme a uma seqüência de idéias.

voz de seu inconsciente, o qual fala através dele; o psicótico tem a certeza de ser objeto de uma voz exterior que o avassala.

Em *O Seminário, livro 3*, Lacan (1955-56) nos dá numa fórmula a aproximação entre a psicose e o inconsciente: “... o psicótico é um mártir do inconsciente, dando ao termo mártir seu sentido, que é o de testemunhar” (p.153). A diferença é que o neurótico, em função do recalque, dá um testemunho encoberto, o qual é preciso decifrar, enquanto o psicótico dá um testemunho aberto. De todo modo, o psicótico atesta a força irredutível e devastadora do inconsciente.

A teorização da sexualidade infantil (Freud, 1905), entendida a sexualidade numa acepção diversa da genitalidade, levou Freud a localizar o complexo de Édipo como o conflito nuclear a partir do qual se constitui a estrutura de todo sujeito humano. A posição que o sujeito assume no complexo é que indicará a constituição de um neurótico (*Verdrangung* ou pelo mecanismo do recalque), de um perverso (*Verleugnung* ou pelo mecanismo da recusa) ou de um psicótico (*Verwerfung* ou pelo mecanismo da rejeição).

Com suas pacientes, Freud descobre um estado singular em que o sujeito sabe tudo sem o saber. De que sujeito se trata? Não é evidentemente o sujeito cartesiano, identificado com a consciência. Trata-se de algo inteiramente novo, uma espécie de *cogito* freudiano. Se o primeiro pode ser traduzido por “penso, logo existo”, o segundo encontra na proposta de Lacan uma de suas formulações mais instigantes: “penso onde não sou, logo sou onde não penso”. E acrescenta em seguida: “eu não sou lá onde sou juguete do meu pensamento; penso naquilo que sou lá onde não penso pensar” (1957, p. 521).

Se Descarte apresentava o eu como lugar da verdade, o *cogito* freudiano nos revela que ele é sobretudo o lugar do ocultamento, do engano ou da defesa. O eu é uma construção imaginária. Sua pretensa unidade e sua presunção de harmonia mal escondem que há sempre discordância ou conflito. Sua pretensão de síntese repousa no desconhecimento da contradição que habita, divide e desconcerta o sujeito. A constituição do eu, a partir de uma experiência de identificação fundamental com o semelhante, na qual a criança conquista a imagem de seu próprio corpo, mostra o caráter alienado que o marca desde a origem no estádio do espelho (Lacan, 1949).

O conceito do estágio do espelho foi apresentado pela primeira vez em 1936, no Congresso de Marienbad, considerado primeiro pivô da intervenção de Lacan na teoria psicanalítica.²⁸ Trata-se do momento de constituição do eu, que se situa entre seis e 18 meses, período caracterizado por uma imaturidade do sistema nervoso. Essa imaturidade específica do homem é comprovada pelas fantasias do corpo despedaçado que se encontra nos tratamentos psicanalíticos.

A criança deveria perceber sua imagem como despedaçada, se não fosse objeto de uma captação pelo reflexo especular, que a faz se antecipar à apreensão global de seu corpo. Ela não faria, por exemplo, nenhuma diferença entre seu corpo e o de sua mãe, entre ele e o mundo exterior.

O estágio do espelho é um conceito elaborado para dar conta do narcisismo primário, do primeiro esboço do eu constituído como uma identificação no momento em que a criança assume uma imagem. Essa imagem será capaz de um efeito formador, de dar à criança um esquema corporal, conformando um corpo como uma unidade antecipada.

Nesse jogo identificatório o sujeito se vê captado por uma imagem estranha e ao mesmo tempo sua. É essa imagem especular que dá à criança a forma intuitiva de seu corpo com a realidade que a cerca. Daí, o comportamento jubilatório que essa imagem provoca na criança. Mas a imagem não é suficiente para operar a constituição do eu. Faz-se necessário algo mais, que confirme e estabilize a imagem.

O essencial no triunfo da assunção da imagem do corpo no espelho está na entrada em cena do Outro, entendido aqui não como outro especular, mas a função simbólica cujo agente é a mãe ou aquele que ocupa a função materna. Ela tem a função de autenticar a descoberta da criança. É o reconhecimento de sua mãe que opera a constituição do eu: “tu és...” é assumido como “sou eu”.

O estágio do espelho é a aventura original pela qual o homem, pela primeira vez, realiza a experiência de que ele é um homem. E isso na imagem de um outro, o outro do espelho em que ele se reconhece. É nesse outro, o semelhante, em que ele se vê e se prova e se aliena.

²⁸ É esse trabalho modificado que foi objeto da comunicação de Lacan ao XVI Congresso Internacional de Psicanálise, em 1949, e que se encontra no volume dos *Escritos* (1998).

O eu é a imagem do espelho em sua estrutura invertida. O sujeito se confunde com a sua imagem e em suas relações com os semelhantes manifesta-se a mesma captação imaginária do duplo. Ele se aliena também na imagem que ele projeta de si. Contudo, o sujeito ignora sua alienação e isso encerra o desconhecimento crônico do eu. Lacan cita a reação das crianças nessa fase colocadas na presença de outras. Ela imita seus gestos, tenta seduzir ou dominar, tenta enfim se situar socialmente vis-à-vis ao semelhante. Há nisso um efeito de transitivismo, uma captação pela imagem do outro, que verificamos de uma maneira destacada em alguns quadros patológicos. Também a brincadeira da criança que ao tapar os próprios olhos julga que o outro não a vê indica a instância do imaginário, da relação dual, rivalitária, da confusão entre si e o outro, a ambivalência e a agressividade estrutural do ser humano. Nisto consiste o caráter ilusório ou o fundamento imaginário do eu.

Inaugura-se uma nova subjetividade. O inconsciente implica um “não sou”, pois ali o sujeito não se encontra. Há uma hiância entre pensar e ser. Ou pensar ou ser são os termos de uma alternativa irreduzível. Freud não pretende apontar uma nova dimensão da consciência, um território ignoto que a marcha da consciência iria conquistar. O inconsciente não é apenas a contraface da consciência. Com a sua descoberta anunciada pelas históricas e formalizada na *Interpretação dos sonhos*, a questão do sujeito sofre um turbilhonamento. Doravante não haverá mais como identificar a história do eu com a história do sujeito.

O sujeito do inconsciente é aquele que fala em nome de uma não universalidade ou de qualquer universal, que fala por meio ou a despeito do eu, que lhe impõe um dizer que aparece como estranho lacunar e sem sentido. Essas formações lacunares indicam o lugar do Outro onde, para Lacan, se situa a cadeia de significantes. Esse Outro é a ordem inconsciente, ordem simbólica, que se distingue do outro que é o semelhante, o outro sujeito. A ilusão de um sujeito concebido como transparência é subvertida pelo inconsciente. É do Outro que o sujeito se determina, e esse Outro, no seu desígnio, resta opaco ao saber. Dessa opacidade, que não é outra coisa senão seu ponto de falta, o desejo o divide, pois é como enigma que o Outro o interpela.

O desejo é uma relação do sujeito com a falta. Essa falta é estrutural na medida em que decorre da própria impossibilidade do Édipo. A interdição é a marca dessa impossibilidade gravada no neurótico, recusada no perverso e

rejeitada no psicótico. Seja como for, é o desejo que efetua a estruturação primitiva do mundo humano, o desejo como inconsciente.

Um dos mitos fundadores da psicanálise, o caso Anna O., relatado por Breuer e Freud nos *Estudos sobre a histeria*, marcou a invenção de um método de tratamento inédito baseado na catarse ou ab-reação, liberação dos afetos recalçados. Anna O. batizou o novo tratamento com o nome de *talking cure*, a cura pela palavra e empregou a expressão *chemney-sweeping* para designar uma forma de rememoração por “limpeza de chaminé.” Em outro caso dos *Estudos sobre a histeria*, a paciente Emmy von N. inventou o dispositivo analítico ao ordenar que Freud se afastasse e não a tocasse mais, abolindo a técnica de massagens então usada. Se Anna O. inventou o tratamento analítico, Emmy estabeleceu as proibições necessárias a uma nova técnica de tratamento fundamentada na retirada do olhar. Depois dela, a observação é substituída pela escuta. O médico cede lugar ao psicanalista.

Esses dois casos míticos da psicanálise são exemplares por várias razões e permitem mesmo muitas leituras, mas me interessa aqui assinalar um aspecto: a questão do saber. Pode-se dizer que Freud, em relação a sua paciente, inverteu a tradicional posição do médico. Era ela, e não ele, quem detinha um saber sobre seu sofrimento e sobre isso vinha falar. Nessa inversão e nesse reconhecimento de que havia ali um saber do qual o próprio sujeito não se dava conta, está o fundamento do método psicanalítico. Opera-se um corte em relação ao dispositivo de Charcot, que consiste em supor que o outro tem o saber e em deixar-lhe a iniciativa para ter acesso ao mesmo. Esse saber que não se sabe a si mesmo, saber não sabido, barrado pelo recalque, é o que Freud chama o inconsciente (Freud, 1895).

Há um movimento de deslocamento, de transferência de algo que Freud não sabia, mas que suportou não saber. Onde Breuer recuou assustado com o sintoma de seu próprio desejo, Freud avança não se intimidando em confrontar-se com “aquilo que, desconhecido ou despercebido dos homens, vagueia na noite através do labirinto do coração.”²⁹

Em uma carta a Jung (1906), Freud afirma que só o amor à verdade deve ser o motor da investigação analítica. Há aqui além do enunciado de uma posição

²⁹ Trata-se do discurso de Freud, na casa de Goethe em Frankfurt, em 1930.

ética, uma disjunção entre os termos saber e verdade. Deve-se dizer que a posição de Freud (1930a) é como ele próprio enuncia uma posição fáustica, aquele que não deixa dormir e, ao contrário, faz acordar os demônios que habitam a alma humana. Nesse sentido, a operação freudiana implica num despertar que desnuda um real que nada tem de amável e com o qual o sujeito é levado a se confrontar. A técnica freudiana consiste em colocar o sujeito neurótico entre a espada e a parede de seu desejo.

Na análise do *Homem dos Ratos* (1909), vemos Freud preocupado em estabelecer a história do sujeito, a seqüência dos acontecimentos, os incidentes, reduzirem a um esquema típico a complexidade dos fatos. Às vezes, parece sugerir ao paciente a coincidência de sua história com um esquema. Isso é claro na situação do matrimônio, na qual Freud recorre à hipótese de uma interdição paterna sobre as intenções do sujeito em relação a sua prima. Porém, o que se revela é que é a mãe e não o pai quem de fato cumpre esse papel. A reconstrução histórica empreendida no caso é materialmente inexata (Lacan, 1953). Tem-se aqui a reconstrução de uma verdade, que não é a verdade material, que não coincide com nenhuma realidade histórica, e que se poderia chamar de verdade do sujeito. Na psicanálise trata-se dessa verdade cuja função remete à Outra Cena (*eine andere Schauplatz*), o inconsciente, verdade psíquica a que Freud deu o direito à palavra.

É somente a partir do lugar do Outro, da ordem simbólica inconsciente, que se pode falar em sujeito e subjetividade em Freud. O sujeito é marcado por uma falta inaugural que remete a sua entrada no domínio do simbólico, no campo da linguagem. O Outro é concebido como um sistema de elementos significantes que permite ao sujeito falar ao outro pequeno (seu semelhante).

O sintoma é um corpo estranho, é algo que está no lugar da palavra e implica numa descontinuidade na história do sujeito. Ele representa uma falha no mecanismo de simbolização, preenche um vazio, é a presença de uma ausência. A interpretação do sintoma significa restabelecer o encadeamento significativo, religar os fios com os quais o sujeito pode tecer sua trama histórica. Como já assinaléi isso nada tem de exatidão ou realidade material, podendo mesmo revestir-se de uma dimensão mítica, reconstrução estruturante que apreendemos em casos diversos como no já citado *Homem dos Ratos* (1909a), em *Hans* (1909 b) e no *Homem dos Lobos* (1918).

Para o próprio complexo de Édipo, Freud buscou dar-lhe um fundamento histórico. Imaginou um mito, o mito da horda primitiva e o assassinato do pai primevo, ato do qual decorreu uma nova organização social fundada na culpa. A verdade objetiva dessa história foi implacavelmente contestada. Mas o próprio Freud admitiu que tal verdade fosse desnecessária, uma fantasia bastaria para produzir o mesmo efeito. É a transgressão original _ mítica ou não _ que as construções de *Totem e Tabu* (1913) vêm estabelecer. Apreendemos nesse mito de *Totem e Tabu* o que já havia registrado em relação aos casos clínicos: trata-se de efeitos de verdade, a verdade desprovida de qualquer essencialidade, mas como um lugar no qual um saber pode advir. O saber no lugar da verdade é o que define o discurso do psicanalista (Lacan, 1969-70).

3.3

Édipo, alienação e separação

Para introduzir os conceitos de alienação e separação escolhi um escritor que expressa com brilhantismo o que Lacan chama de alienação do homem na linguagem. Rousseau³⁰ glorifica e exalta as virtudes do homem primitivo e da vida antes da influência corruptora da linguagem. É um dos exercícios mais nostálgicos de que se tem notícias na história das idéias. Em tais visões nostálgicas, a linguagem é considerada a fonte de uma grande diversidade de males, as pessoas são tidas como naturalmente boas amorosas e generosas, sendo a linguagem o que permite a falsidade, a mentira, a traição e quase todos os outros defeitos atribuídos aos seres humanos. Assim a linguagem é percebida como um elemento estranho, impondo-se, de maneira inoportuna e corruptora, a uma natureza essencialmente saudável. Há uma crítica às sociedades civilizadas e, ao mesmo tempo, uma idealização do homem primitivo.

A civilização é vista como responsável pela degeneração das exigências morais mais profundas da natureza humana, essencialmente boa como acredita Rousseau e sua substituição pela cultura intelectual. A uniformidade artificial do comportamento, imposta pela sociedade às pessoas, leva-as a ignorarem os deveres humanos e as necessidades naturais. Da mesma forma que a polidez e as

³⁰ Para melhor compreensão das idéias de Rousseau, consultar os dois volumes de seus escritos na coleção *Os Pensadores*, 1999.

demais regras de etiqueta podem escolher o mais vil e impiedoso egoísmo, as ciências e as artes, com todas as suas luzes, frequentemente seriam somente máscaras da vaidade e do orgulho.

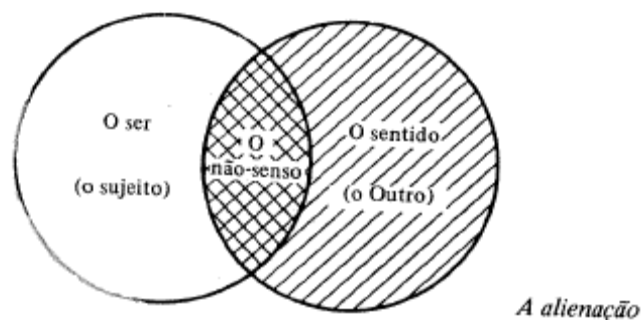
Lacan desmistifica a fantasia de uma pureza originária do homem. O homem primitivo de Rousseau, ainda não pervertido pela linguagem, não passa de um saudosismo estéril. Em troca, Lacan propõe outra formulação: o sujeito surge *in initio*, no campo do Outro.

Essa formulação subverte inteiramente a idéia de um evolucionismo, de uma concepção genética. O sujeito surge no campo do Outro porque o Outro pré-existe ao sujeito. Há uma anterioridade lógica.

Em Lacan (1964a), o termo alienação é articulado ao termo separação. Ambos dizem respeito ao processo de fundação do sujeito. É um processo no qual os dois termos acima referidos nomeiam as duas operações essenciais de fundação do sujeito: alienação e separação.

Dizer que o sujeito advém no campo do Outro implica, preliminarmente, caracterizar os dois termos: sujeito e Outro. O Outro, grafado com maiúscula, distingue-se do pequeno outro, o da identificação do estado do espelho, vista anteriormente, o semelhante, o próximo, aquele que temos diante de nós. O Outro se refere ao lugar onde se situa a cadeia significante, a linguagem, representado pela letra A de *autre* em francês, campo desses vivos onde o sujeito deve advir.

Ao entrar no campo simbólico, o sujeito se faz representar por um significante, o qual está primeiramente no campo do Outro. Nessa operação de submissão ao Outro, algo do vivente fica inapelavelmente perdido. Nem o Outro é um absoluto, pois que é marcado por uma falta, daí ser grafado como \mathcal{A} ; nem o sujeito pode advir sem estar condenado a aparecer numa divisão em que temos de um lado o sentido, produzido pelo significante, de outro o *fading* do sujeito. Lacan (p. 200) ilustra a operação de alienação da seguinte maneira:



De fato, a divisão do sujeito constitui uma brecha a todos os engodos. Engodos cuja origem situa-se no fato dos enunciados que o sujeito articula sobre si mesmo sustentarem uma verdadeira mistificação na qual ele se aliena em pleno registro imaginário. Neste sentido, o advento da subjetividade que se esboça ao nível do estágio do espelho prefigura o eu como construção imaginária, a qual aparece irredutivelmente submetida à dimensão do outro. E Lacan (1954) afirma:

O eu [*moi*] de que estamos falando é absolutamente impossível de distinguir das captações imaginárias que o constituem dos pés à cabeça, tanto em sua gênese bem como em seu status, em sua função como em sua atualidade, por um outro e para um outro (p. 375).

Em outras palavras, a dialética que sustenta nossa prática, situando-se no nível da eficácia do sujeito, obriga-nos a compreender o caráter ilusório, ou fundamento imaginário do eu. Portador ao mesmo tempo da marca do imaginário e da marca da exterioridade, o eu especular dá origem assim ao drama especificamente humano, repetido por um sujeito à procura de sua identidade. O estágio do espelho é o processo precursor desta dialética, muito mais que um desenvolvimento genético, e indica o momento de advento histórico em curso em que se organiza a estrutura do sujeito. É a fase inaugural da evolução psíquica.

O fundamental desconhecimento em que o sujeito se mantém-esse abrir-se inteiramente ao imaginário no seio da questão do ser _ demanda um outro modo de expressão: aquele mesmo que Lacan designa pelo simbólico e que já está detectado no estágio do espelho, nesse instante em que, precisamente, a criança se volta para o adulto, na procura de algum consentimento. O esboço da subjetividade, que se dá através da conquista da identidade originária, permite à criança dar início à sua promoção subjetiva rumo ao acesso ao simbólico pelo qual colocará um fim à relação especular com a mãe. Relação inevitável de

assujeitamento ao Outro, onde a criança ganha algo: ela torna-se, em certo sentido, um dos sujeitos na linguagem, um sujeito da linguagem.

Freud (1911) fala da escolha ou eleição da neurose. Lacan sugere que há sempre algum tipo de escolha comprometida na aceitação da criança à sujeição a esse Outro. A escolha da sujeição se impõe para que o vivente advenha como um sujeito. O vivente, nossa natureza animal, morre e a linguagem surge em seu lugar. Há uma relação com o Outro, com a linguagem, isto é, como conjunto de todos os significantes. O vivente é mordido pelo significante, há um efeito de mortificação inerente a essa captura na linguagem na qual advém o sujeito representado pelo significante.

Assim, no conceito de alienação postulado por Lacan, pode-se entender a criança como tendo escolhido a sujeição à linguagem, permitindo-se ser representada por palavras. A alienação consiste na causação do sujeito pelo desejo do Outro que precedeu seu nascimento, por algum desejo que teve origem alhures.

Estará o sujeito condenado a só surgir *in initio*, no campo do Outro? Em que consiste a raiz dessa alienação? O tema da alienação, ou o que Lacan (1964a) chama de o *vel* da alienação, comporta uma lógica segundo modalidades destinadas a definir as formas de conjunção – disjunção da relação do sujeito com o Outro. O que está em jogo é a dependência do sujeito para com o Outro. A alienação consiste nesse *vel*, que condena o sujeito a só aparecer nessa divisão, que se ele aparece de um lado como sentido, produzido pelo significante, do outro ele aparece como *fading*. De qualquer forma, a alienação contempla um lugar para o sujeito no simbólico. O significante é o que tem força ôntica extraindo do real a existência que, a um só tempo, assinala e anula, engendra e mortifica.

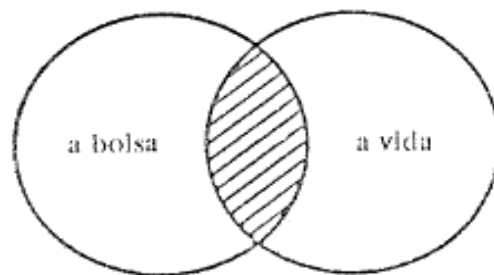
Essa é a primeira operação necessária _e forçada_ de constituição do sujeito. Ele existe na medida em que a palavra o engendrou do nada. Antes da alienação não havia a possibilidade de ser, pois “é o próprio sujeito que não está lá no começo.”³¹ A alienação implica que no lugar do nada surge uma falta. O primeiro vislumbre do sujeito é essa falta. Ele falta nesse lugar designado para ele na ordem simbólica. O sujeito lacaniano está baseado na nomeação do vazio. Esse vazio está relacionado ao nome próprio do sujeito. Às vezes, esse nome é escolhido pelos pais muito antes do nascimento da criança, marca do desejo dos

³¹ *Ce qui n'est pas là, a l'origine, c'est le sujet lui-même* (Lacan, 1966-67, p. 10).

pais, inscrevendo-a no simbólico. Por estranho que seja, por mais exterior, esse significante deve ser apropriado pelo sujeito, tornando-se inextricavelmente ligado a sua subjetividade. O nome representa o sujeito, torna-se o significante de sua própria ausência, substituindo-o.

A segunda operação de constituição do sujeito, a separação, quebra a circularidade da relação do sujeito ao Outro mediante uma torção essencial. Se a alienação significa a constituição de um lugar vazio no simbólico, a separação implica em assumir esse lugar, cavar um espaço singular de subjetividade.

Lacan retoma a origem etimológica da palavra: *separare, se parere*, que originou separar e também parir. Joga com o equívoco significante para mostrar que a origem da palavra designa em latim o engendrar, pôr no mundo, parir. Para parir um sujeito há necessidade do confronto ou interseção de duas faltas: a do sujeito e a do Outro, cuja representação Lacan (p. 201) assinala pela figura abaixo:



O sujeito encontra uma falta no Outro, na intimação mesma que lhe faz o Outro por seu discurso. Nos intervalos do discurso do Outro, naquilo que o Outro diz, surge para criança a questão: ele me diz isso, mas o que é que ele quer? Nesse deslizamento significante, nos intervalos da cadeia emerge o desejo. O desejo do Outro aparece justamente nas falhas, nas ambigüidades, nas incongruências do discurso. Lacan relaciona as perguntas das crianças, os porquês intermináveis a uma questão sobre o lugar que elas ocupam nos desejos dos pais.

Inicialmente, a criança tenta ser o objeto do desejo dos pais, tenta se encaixar nas hiências do seu discurso, medir o quanto é desejada por eles.

Freud recorre à tragédia grega do Édipo para falar do nascimento do sujeito enquanto sujeito do desejo. Os três tempos do mito dramatizam esse

processo. No primeiro tempo, a criança mantém uma relação dual, especular com a mãe, tornando-se o desejo do desejo da mãe. Nesse tempo há uma identificação imaginária, alienante, com o outro. A criança representa o falo, isto é, o desejo do desejo da mãe. Ela não pode ser localizada ainda como um sujeito, mas como uma falta, como complemento da falta da mãe.

Esse tempo de identificação imaginária com o outro, de uma simbiose na relação mãe criança, não exclui o registro do simbólico cujo advento marca o segundo tempo. Mas o simbólico está antecipado na linguagem, na cultura, na trama dos laços sociais que sustentam e dão sentidos a cada nova existência. A criança ainda não fala, mas é falada pelos outros. Suas necessidades mais comezinhas são traduzidas em demandas, ganhando um endereçamento ao Outro. Assim, ela se faz, ganha existência e sentido desde o Outro, que lhe oferece o código simbólico.

No segundo tempo, com a entrada do pai em cena, a relação dual é substituída por outra, triádica, compondo um triângulo formado pela criança, a mãe e o pai. O pai intervém como privador tanto da criança quanto da mãe: priva a criança do objeto de seu desejo (a mãe) e priva a mãe do objeto fálico (a criança) (Lacan, 1957-58). Essa dupla privação permite à criança superar a relação dual, a díade narcísica, e ter acesso à lei do pai. É assim que a função paterna barra e transforma a unidade mãe - criança, instituindo um interdito. Neutraliza o desejo do Outro, o que Lacan indica resumidamente:

O papel da mãe é o desejo da mãe. É capital. O desejo da mãe não é algo que se possa suportar assim, que lhes seja indiferente. Carreia sempre estragos. Um grande crocodilo em cuja boca vocês estão – a mãe é isso. Não se sabe o que lhe pode dar na telha, de estalo fechar sua bocarra. O desejo da mãe é isso. Então, tentei explicar que havia algo de tranquilizador. (...) Há um rolo, de pedra, é claro, que lá está em potência, no nível da bocarra, e isso retém, isso emperra. É o que se chama falo. É o rolo que os põe a salvo se, de repente, aquilo se fecha (1969-70 p. 129).

Há substituição do registro do ser (ser o falo) pelo registro do ter (ter um desejo não mais onipotente, mas limitado). A castração exercida pelo pai provoca o recalque do desejo de união com a mãe. A criança deixa de ser o falo e a mãe deixa de ser a lei. Há, pois, uma operação metafórica ou de substituição, onde o desejo da mãe é substituído por um nome:

Nome-do-Pai
Desejo da mãe

Lacan refere-se a esse elemento simbólico ativo na função paterna como o Nome -do- pai (*Le nom - du- père*), o não do pai (*Le non – du - père*), jogando com a equívocação produzida na língua francesa. O Nome-do-pai, segundo significante, S_2 , vem substituir o desejo da mãe, operação metafórica que faz com que o desejo da mãe seja retroativamente simbolizado e transformado em um primeiro significante (S_1).

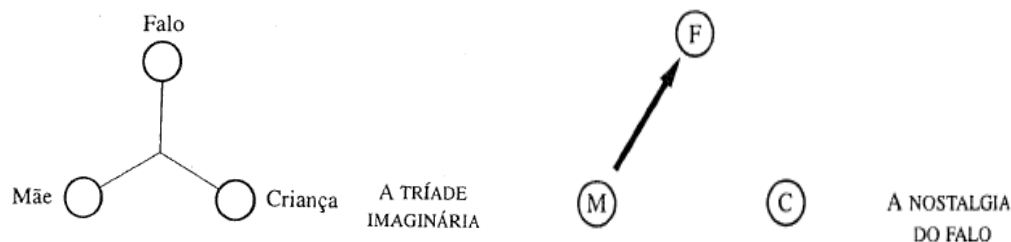
Significante
Desejo da mãe

A metáfora paterna, “princípio da separação”, implica numa substituição significante na medida em que um segundo significante, S_2 , é instalado produzindo um efeito de metaforização do desejo da mãe, o qual, retroativamente, fica transformado em um primeiro significante (S_1).

$$\frac{S_2}{S_1}$$

É através da linguagem que uma criança pode tentar mediar o desejo do Outro, mantendo-o à distância e simbolizando. Seja nomeando esse S_2 com o Nome- do- pai, seja como falo, podemos tomá-lo como o significante que vem significar (substituir, simbolizar ou neutralizar) o desejo do Outro. Lacan vai grafá-lo como $S(\mathcal{A})$ o que pode ser lido como o significante da falta do Outro ou o significante do desejo do Outro.

Em *O Seminário, livro 4* (1956-57), a respeito da relação mãe-falo-criança, Lacan indica claramente que a hiância materna, isto é, a sua castração é fundamental a liberação do desejo da criança. Ali, ela tem que descobrir esse mais além, a falta no objeto materno. Ele propõe os esquemas abaixo para figurar essa falta como, pelo menos, uma das possíveis saídas do Édipo (pp. 28-206).



Esse mais além, essa alguma coisa que destitui a criança do exclusivismo da relação dual, imaginária, é o que deixa esse travo de desamparo e incompletude que acompanha o sujeito por toda a vida. Nem a criança é o objeto que obtura o desejo da mãe, nem esta deixa de ser submeter à lei da castração. A metáfora paterna, substituição primordial torna possível todos os jogos de substituições característicos das relações de objeto pela vida afora.

É através da castração simbólica que a criança pode constituir-se como um eu, o que marca o terceiro tempo do Édipo. O pai deixa de ser a lei para ser o representante dela. A castração não implica mais apenas mãe e criança, mas também o pai. Ninguém é mais o falo, ninguém é mais a lei. O sujeito não é mais um mero lugar vazio no simbólico esperando ser preenchido, mas um sujeito desejante. A interiorização da lei possibilita à criança constituir-se enquanto sujeito. Separada da mãe pela interdição paterna, ela é introduzida na ordem da cultura. Marcada pela castração, que lhe deixa o travo indelével de uma falta impossível de remissão, ela se abre para o mundo e assume seu lugar na comunidade humana.

Em *La logique du fantasme*, já citado, o processo alienação-separação é acrescido por Lacan de uma dinâmica nova: a travessia ou atravessamento da fantasia fundamental. Nos termos de Lacan, o analista deve fazer *semblant* de objeto, deve se dar como causa de desejo. Aqui se deve entender o significado do objeto em psicanálise. Ele não é o objeto do desejo no sentido de alguma coisa que vem a satisfazer o sujeito. Ele não é o que pode obturar uma falta constitutiva do sujeito humano. E isso porque o objeto absoluto falta. É esse o significado mais profundo do complexo de castração. Ele é a via pela qual o sujeito pode aceder ao desejo. A falta é pois radical, inarredável, e o objeto desde sempre perdido.

O objeto de que se trata na psicanálise, o objeto da psicanálise, é chamado por Lacan de objeto a. Não é o que complementa, mas esse algo que sustenta a chama, a causa do desejo. O analista não deve assumir o lugar de um Outro onipotente, onisciente, dono da verdade última de todas as coisas. Se se colocasse nesse lugar, o analista estaria se propondo como um Outro a ser imitado pelo analisante, como um modelo com o qual se identificar. Ao contrário, o analista como *semblant* de objeto a encarna uma falta, encarna a capacidade de desejar. A regra técnica de Freud sobre a necessária neutralidade do analista significa abster-se de qualquer manifestação desejante, preferências ou censuras, para deixar emergir o desejo do sujeito.

Aqui se entende a crítica efetuada por Lacan (1954-55) à *ego psychology*, uma vertente da psicanálise de tradição anglo americana. Nesta, o analisante deve se identificar com o “ego forte” do analista para apoiar o seu “ego fraco”. Essa direção, conforme o pensamento de Lacan, envolve um engodo, pois leva o sujeito a se alienar ainda mais no Outro. Ao observar a regra da neutralidade, ao manter seu desejo como enigmático, o analista, ao invés de tentar moldar o desejo do analisante no seu próprio, abala a configuração da fantasia, mudando a relação do sujeito com a causa de seu desejo: o objeto a.

O atravessamento da fantasia implica que o sujeito deve assumir uma nova posição diante do Outro. Nessa passagem, o sujeito assume o lugar da causa, tornando subjetiva a causa traumática de seu próprio advento como sujeito, vindo a ser onde o desejo do Outro o prefigurava. Em Freud, *ipsis verbis*:

Wo Es war, soll Ich werden.

A sentença de Freud (1933, p.102) tem um tom enigmático, soa como um oráculo. É tão célebre quanto controverso o seu significado. Na *Standard Edition*, a tradução de James Strachey foi “*Where the id was, here the ego shall be*”.

Lacan (1955) entende que a tradução Standard deforma seu sentido ao confundir sujeito e eu (ou ego) e conceber a análise como um processo de identificação ao analista, desconhecendo o desejo e visando à adaptação social. A tradução proposta por Lacan é bem diversa: “Lá onde era isso, o [eu] deve ser.”³²

³² *Lá où était ça, le je doit être* (p.427).

Contorna assim o caráter prescritivo da tradução inglesa e busca manter o tom enigmático da formulação de Freud. Não é o eu que deve representar o sujeito.

O que nos dizem Freud e Lacan é que o eu é ultrapassado por um sujeito que ele desconhece e lhe impõe um dizer que é vivido como estranho, rompendo com o mito da unidade do sujeito cartesiano.

Há uma operação de descentramento na qual se evidencia a divisão do sujeito.



O conceito freudiano de *Spaltung*, presente em vários de seus trabalhos desde os *Estudos sobre a histeria* até o final de sua obra, pode ser entendido no sentido de divisão originária do sujeito, decorrente da submissão ou da entrada na linguagem. Essa ordem simbólica é que faz a mediação da relação do sujeito com o real. O inconsciente é aquilo que dizemos, é o que aparece no encadeamento dos significantes, na superfície da linguagem. Isso exclui evidentemente a idéia de um inconsciente profundo e a psicanálise como uma psicologia das profundezas.

O “isso fala dele” que designa o sujeito do inconsciente constitui algo de que estamos separados, pois não estamos senão representados na linguagem. É por essa razão que o sujeito não pode, por si mesmo, falar da verdade de seu desejo. Algo desse desejo_ o “isso fala” _ está articulado na cadeia significativa de seu discurso.

3.4

Enunciado/ enunciação, dito/ dizer

A lingüística permite distinguir duas vertentes de um discurso: a vertente do enunciado e o ato da enunciação. O enunciado refere-se ao discurso corrente, a fala de cada um, a seqüência de significantes emitidas por um locutor. É o discurso vulgar, comum, próprio das relações sociais. A enunciação, ou ato de

enunciação, é um ato individual da língua, isto é, ato de criação de um sujeito falante. A oposição que existe entre esses dois termos é da mesma natureza que se pode fazer entre fabricação e objeto fabricado.

Essa elaboração estabelece uma distância entre o sujeito da enunciação e o sujeito do enunciado, oposição essa evidenciada subjetivamente pela própria divisão do sujeito. O sujeito do enunciado é um sujeito social cuja identidade é atribuída desde fora, aos costumes, lugar das regras e das leis comunitárias; o sujeito da enunciação, ausente no enunciado, é recalcado e permanece no inconsciente. Há então uma discrepância entre a função do sujeito enunciante e o enunciado. Resulta daí a alteridade entre o discurso corrente, o discurso intencional do sujeito e o outro discurso que transcorre além do que intencionalmente o sujeito manifesta.

Há um sujeito que enuncia a mensagem e há um sujeito enunciante que não coincide com o primeiro; ou, em outras palavras, há divergência entre o conteúdo do enunciado e o fato que está em jogo no ato da enunciação.

Aquilo que é declarado, enunciado (o conteúdo) e o próprio ato de declaração ou enunciação, Lacan toma da lingüística esses dois termos e lhes dá um lugar de destaque nas suas formulações ao tratar da *Spaltung* freudiana, a divisão do sujeito. Este último termo, sujeito, é revalorizado por ele, como forma de tornar possível operar com a hipótese do inconsciente sem perder sua dimensão fundamental de não-sabido. Lacan (1957) propõe a seguinte questão:

Qual é, pois, esse outro a quem sou mais apegado do que a mim, já que, no seio mais consentido de minha identidade comigo mesmo, é ele que me agita?

E Lacan prossegue:

Sua presença só pode ser compreendida num segundo grau de alteridade, que já o situa, a ele mesmo, numa posição de mediação em relação a meu próprio desdobramento de mim comigo mesmo como também com o semelhante (pp. 528-9).

Nessa citação aparece nomeado de forma clara o sujeito do inconsciente em sua diferença, sua excentricidade consigo mesmo. O sujeito do inconsciente eleva à condição absoluta, isto é, sem relação, esse segundo grau de alteridade. Ele pode ser definido como uma pulsação, uma fenda por onde algo do não -

sabido, do inconsciente, se abre e se fecha assim que é apreendido pela consciência. Ele é essa fenda, um corte, momento de eclipse (*fading*) que se manifesta num equívoco ou tropeço.

Convidado por Henry Ey a fazer uma intervenção no congresso de Bonneval sobre o tema do inconsciente freudiano, Lacan (1960a) especifica com maior clareza sua própria posição a esse respeito: “com o sujeito, portanto, não se fala. Isso fala dele, e é aí que ele se apreende...” (p. 849). O “isso fala” refere-se ao sujeito na autenticidade e verdade de seu desejo. O sujeito não fala por si mesmo tal verdade, pois ele não está senão representado em seu próprio discurso. Na verdade de seu desejo, o sujeito está oculto de si mesmo pela muralha da linguagem. Isso fala dele, mas sem que ele o saiba. Assim, o desejo aparece como coextensivo do registro do inconsciente, o que não se articula senão nos desfiladeiros dos significantes, na estrutura do discurso.

A distinção entre sujeito do enunciado/ sujeito da enunciação remete diretamente à oposição fundamental estabelecida por Lacan entre o dito e o dizer.

Alguns exemplos podem esclarecer melhor essa nova oposição. Na abertura do seu artigo, “A negativa” (*Die verneinung*, 1925), Freud fornece alguns exemplos interessantes. Um paciente comenta em análise: “Agora o senhor vai pensar que quero dizer algo insultante, mas realmente não tenho essa intenção” (p. 295).

Freud observa que se trata de um repúdio do pensamento subjacente, o qual seria insultuoso para o analista. Nesse caso o dito é claro, explícito, expresso na linguagem corrente. Tão claro que o sujeito, constrangido, lança mão da negação (“não tenho essa intenção”). Partindo desse dito, por uma interpretação que despreza a negação, partícula ausente do inconsciente, Freud chega ao dizer, que indica a intenção agressiva que habita o sujeito.

Outro exemplo é o célebre “não é minha mãe”, com a qual um paciente nega tratar-se de sua mãe a pessoa que lhe aparece no sonho. Freud depreende desse dito um dizer: é minha mãe! O inconsciente emerge, pois, no dizer, ao passo que no dito a verdade do sujeito se perde, por somente aparecer sob o disfarce do sujeito do enunciado. Em “O aturdido” (*L’etourdit*, 1972), encontram-se algumas afirmações de Lacan:

Partindo da locução “sem dizer, não vai” [*ça ne va pas sans dire*], vemos que esse é o caso de muitas coisas, até da maioria, inclusive da coisa freudiana, tal como a situei, como sendo o dito da verdade.

E continua:

Assim é que o dito não vai sem o dizer. Mas, se o dito sempre se coloca como verdade, nem que seja nunca ultrapassando um meio dito..., o dizer só se emparelha com ele por lhe ex-sistir, isto é, por não ser da diz-mensão [*dit - mension*] da verdade³³ (p. 451).

Essas distinções, enunciação / enunciado e dito/ dizer, lançam luz sobre o sentido da famosa atenção flutuante instituída por Freud como atitude correlativa da livre associação do paciente. No artigo “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912 a), Freud ensina que se deve suspender, tanto quanto possível, as motivações habituais, os valores e os julgamentos, não concedendo *a priori* nenhuma importância particular aos diversos elementos do discurso do paciente. Nessa atitude, o analista pode registrar a pluralidade de elementos cuja articulação permitirá, mais tarde, chegar às conexões inconscientes relacionadas com o desejo. Que o sujeito teça e desfie, monte e desmonte, construa e desconstrua sua história, delírios e identificações. É conhecida a metáfora telefônica:

[O analista] deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente. Deve ajustar-se ao paciente como um receptor telefônico se ajusta ao microfone... o inconsciente do médico é capaz, a partir dos derivados do inconsciente que lhe são comunicados, de reconstruir esse inconsciente, que determinou as associações livres do paciente (p. 154).

O importante, na observação de Freud, é que o analista se desvencilhe dos seus preconceitos, opiniões e valores e se deixe errar na cadeia do discurso do paciente. Abstendo-se de fazer juízo de valor, a escuta será dirigida ao registro do dizer. O analista deve estar disposto a receber a queixa como verdade, relançando - a no trabalho de associação e determinado a incluir-se no sintoma. No discurso do falante os significantes advêm através do dizer para além dos significados que

³³ Jogo de palavras em torno da homofonia em francês entre *dimension* (dimensão); *dit - maison* (mansão do dito); e *dit - mention* (dita menção).

se organizam no dito. A intervenção do analista é circunscrita à ordem do significante, pontuando o dizer por meio de uma escansão. Retomando a passagem sublinhada acima: “sem dizer, não vai”, ecoa aqui a lição de Lacan em *A instância da letra no inconsciente* (1957): “não se trata de saber se falo de mim de conformidade com aquilo que sou, mas se, quando falo de mim, sou idêntico àquele de quem falo” (p. 520).

É a esse sujeito suposto no dizer, sujeito do inconsciente e do desejo, que o analista se dirige. Vai, pois, além do eu, essa miragem defensiva, imaginária com a qual o sujeito se apresenta, e visa esse outro a quem sou mais ligado que a mim, “esse que me agita”. É assim que a palavra do desejo pode ser liberada, que o “isso fala” sempre mais ou menos do que o eu é capaz de admitir.

3.5

Determinação/ causalidade, tiquê / autômaton

Desde os *Estudos sobre histeria* percebe-se que Freud dá outro estatuto à noção de causa accidental, os *agents provocateurs*, que no esquema de Charcot ficam em segundo plano em relação aos fatores endógenos. Com esse novo estatuto da causa accidental, ou seja, a realidade externa, Freud deu um passo decisivo para a criação da condição de possibilidade do tratamento analítico. Isso porque a história singular podia ocupar o centro da cena.

Na história, os acidentes são os traumas. Assim, aquilo que provoca os afetos de medo, angústia, vergonha ou dor psíquica pode atuar como trauma ou, para usar uma expressão de Freud, pode produzir uma “ferida psíquica”.

Essa questão é retomada por Lacan em *O Seminário, livro 11* (1964), o que lhe permite rediscutir a relação entre a psicanálise e a ciência. Ele assinala a dificuldade de se apreender a noção de causa e, assim, coloca em cheque o próprio conceito de causalidade na ciência. Para isso, apóia-se em Kant, filósofo que prosseguiu o trabalho de Descartes de estabelecer os fundamentos filosóficos da ciência moderna. Com Kant, Lacan afirma que ao procurarmos a causa de algo damos um salto, abre-se uma fenda. Afirma mesmo que sempre que falamos em causa há algo anti-conceitual, indefinido. Destarte, só existe causa para o que falha, o que não se explica por si, o que tropeça. A causa refere-se a uma fenda, a um entalhe, a uma ferida. Nessa fenda é que Lacan situa o inconsciente freudiano.

Em consequência da formulação acima, Lacan questiona os fundamentos da ciência que tem como pivô o conceito de causalidade. Para ele, é o inconsciente freudiano que se situa entre a causa e o que ela afeta. O inconsciente mostra justamente a fenda onde a neurose se amarra a um real.

Não se pode esquecer que trauma deriva do grego *traumatikós*, que significa ferir, o que naturalmente remete a algo que pode ser fechado ou curado, deixando ou não cicatrizes. A neurose é a cicatriz, a tentativa de cura, comparável à função que tem o delírio na psicose.

Se o encontro com o real se apresenta pela primeira a vez a Freud sobre a forma de trauma, é justamente pelo que o trauma tem de inassimilável. O que não pode ser nomeado é o trauma, razão pela qual Lacan o identifica com “a coisa” da linguagem, o *das Ding* do Projeto (Freud, 1895 b). Contudo isso será tamponado “... pela homeostase subjetivante que orienta todo funcionamento definido pelo princípio do prazer” (Lacan, 1964a, p. 57).

Mas o trauma insiste, há tropeço, há um encontro que é essencialmente faltoso, assinalando que por trás da fantasia o real está à espreita.

Os quatro termos trauma, inconsciente, neurose e cicatriz estão indissolúvelmente articulados. As formações do inconsciente são a única via pela qual se tem acesso ao trauma. Este se constitui como um furo, *trou- matisme*,³⁴ no centro mesmo de um sintoma ou de um ato falho, como uma espécie do umbigo do inconsciente.

Por essa via, Lacan situa a articulação trauma - inconsciente como uma condição do sujeito. Evidentemente que não se trata mais da mesma causa acidental, os *agents provocateurs* de Charcot. O que Lacan interpreta no fator acidental freudiano é que ele deixa de ser contingente para se tornar necessário à estrutura, à constituição do sujeito.

Sobre a noção de causa, Lacan apropria-se de maneira peculiar de dois modos de causação postulados por Aristóteles: *tiquê* e *autômaton*. Na Metafísica, Aristóteles distinguiu quatro causas: a formal ou essencial, a eficiente, a final (para que é feita a coisa) e a material (de que é feita a coisa). Dessa classificação,

³⁴ Neologismo cunhado por Lacan ao jogar com a homofonia de *traumatisme* e *trou* (buraco) - *matisme*.

pode-se inferir que Aristóteles pensa a natureza a partir da arte, porque haveria uma primeira referência estética.

O exemplo privilegiado é o do escultor, que, a partir de um bloco informe de material dá existência à escultura, imprimindo na matéria uma forma. A causa final, que o espectador só descobre no final da operação, deve ser concebida como estando presente para o escultor desde o início. Mas isso implica pensar também que, para Aristóteles, a causa não está separada do sujeito. Se Lacan volta até Aristóteles é porque está justamente procurando essa não separação entre causa e sujeito que se efetivou com a instauração da ciência moderna.

Aristóteles incluí a *tiquê* e o *autômaton* entre as causas acidentais.

Lacan traduz a *tiquê* aristotélica por “encontro do real” e o *autômaton* pelo “... retorno, da volta, da insistência dos signos aos quais nos vemos comandados pelo princípio do prazer” (p. 56). Distingue ainda esse retorno _ o retorno do recalado _ da repetição traumática, que não se deixa comandar pelo princípio do prazer. Nos sonhos repetidos das neuroses traumáticas trata-se de dominar o acontecimento doloroso. Mas quem domina e quem deve ser dominado? _ pergunta Lacan. Há aqui um ponto que o sujeito só pode abordar dividindo-se assim mesmo num certo número de instâncias.

A *tiquê* é uma dimensão da repetição no registro do real e pode corresponder ao que Freud chama de núcleo patogênico, como o que é traumático para o sujeito. Real e trauma se equivalem marcando o sujeito nesse encontro desencontrado. A falta é sempre do registro do simbólico. O registro do real refere-se ao que não tem representação, o que está fora da cadeia significante, silencioso, o que, por isso mesmo, é o impossível.

“Não há outra definição possível do real senão esta: é o impossível. Quando alguma coisa se acha caracterizada pelo impossível, esta aí apenas o real” (Lacan, 1976, p. 29). O real está para além do *autômaton*, da volta, do retorno. O real é o que vive sempre por trás do *autômaton*.

A linguagem nunca transforma completamente o real, nunca apreende tudo do real na ordem simbólica; deixa sempre um resto. Na análise, o que interessa é o que ficou de residual, o que excede ao simbólico e se torna um obstáculo para o paciente. A fixação sempre envolve algo que não é simbolizado, que se encontra sempre no mesmo lugar, que não é submetido à dialética significante.

Lacan toma emprestado um termo de Heidegger para se referir ao real: ele “ex-siste”. Não representado, o real não é senão contornado pela linguagem.

Autômaton, a segunda causa acidental de Aristóteles, é o que resiste porque insiste na cadeia de significantes. Sobre a dimensão simbólica da repetição, Lacan (1964a) diz:

Se o sujeito é o sujeito do significante _ determinado por ele _, podemos imaginar a rede sincrônica de tal modo que ela dê, na diacronia, efeitos preferenciais. Entendam bem que não se tratam de efeitos estatísticos imprevisíveis, mas que é a estrutura mesma da rede que implica os retornos. É esta a figura que toma para nós, através da elucidação do que chamamos estratégias, o *autômaton* de Aristóteles. E também, é mesmo por automatismo que traduzimos o *Zwang* da *Wiederholungszwang*, compulsão de repetição (p. 69).

O *autômaton* é aquilo que se produz à margem, tem a causa fora de si e está privado de finalidade natural. Por isso, *autômaton* designa algo que se move por si mesmo, donde, mais tarde, a idéia de autômato e a de automatismo. Assim, à imobilidade do real, como aquilo que retorna sempre no mesmo lugar, se contrapõe a mobilidade e a dialética do simbólico.

3.6

A clínica sob transferência

A transmissão de um ensino, como o de Freud e Lacan, parece impossível sem o risco de uma simplificação. Meu esforço, entretanto, é fazer um recorte colocando em evidência o conceito de transferência (*Übertragung*). E nesse conceito destacar o seu eixo estrutural, o seu fundamento, uma função inédita em Freud: o sujeito suposto saber.

O conceito de transferência está presente na obra freudiana como o *modus operandi*, a mola mestra da cura e o próprio princípio de seu poder. A transferência é um conceito universal e surge bem cedo na obra de Freud. O termo aparece pela primeira vez grafado em francês, em 1888, num artigo que Freud escreveu sobre a histeria para o dicionário médico de *Villaret*: designava então o deslocamento do sintoma histérico de um lado para outro do corpo. É somente nos *Estudos sobre histeria*, porém, que a transferência, no sentido de uma conexão falsa, assume a acepção que mantém até hoje, a de envolver o analista na

psicanálise de um sujeito. Nesses *Estudos* é relatada a perturbadora história de Anna O., cujos incidentes desagradáveis resultam dos fenômenos transferenciais, característicos de certos casos de histeria. No entanto, seria enfadonho estender-me aqui sobre as vicissitudes dessa paciente célebre, caso que a partir da entrada em cena de Breuer²⁰, em 1880, confunde-se com o próprio início da história da psicanálise.

O que é preciso dizer, em todo o caso, é que as histórias romanceadas de Bertha Von Pappenheim²¹ não deixaram de suscitar forte emoção em Breuer, provocando-lhe uma perturbação tal, que ele abandonou o tratamento do caso. A fuga de Breuer ocorreu no dia em que sua paciente lhe trouxe o sintoma de seu próprio desejo _ uma pseudociese histórica! Evitou a transferência, prova da etiologia sexual das neuroses. Onde Breuer recuou, Freud avançou não se intimidando com o desconhecido ou com os erros, nem se atendo a um respeito excessivo pelo “misterioso inconsciente” (Freud, 1923). Foi essa paciente, com queixas da ordem da sexualidade, que lhe ensinou a expressão *talking cure* e lhe impôs o conhecimento da transferência na direção da cura. Acompanhemos o relato de Freud (1895) sobre esse momento inaugural da psicanálise:

Ela apropriadamente descrevia esse método, falando seriamente, como uma “*talking cure*”, enquanto se referia ao mesmo, em tom de brincadeira, como “*chemney – sweeping*” (p. 73).

Podemos dizer que Freud inverteu a posição tradicional do médico e, como já assinalei, ao atribuir um saber ao paciente fundou os pilares do método psicanalítico. Houve um movimento de deslocamento, de transferência de algo que Freud não sabia, mas que suportou não saber. Meio século depois, em carta datada de 2 de junho de 1932 (*Correspondance*, 1973), Freud escreveria a Stefan-Zweig dizendo que Breuer tinha na mão a chave, mas deixou-a cair. Disse ainda que Breuer, a despeito de seus dons intelectuais, nada tinha de faustiano em sua natureza. Tomado de um horror convencional, fugiu e abandonou sua paciente com um colega.

²⁰ Joseph Breuer (1842-1925), médico austríaco, professor na Universidade de Viena, contribuiu com Freud nos primeiros estudos sobre a histeria, garantindo lugar na história da psicanálise.

²¹ Bertha Von Pappenheim, assistente social de profissão, primeira paciente submetida ao método de tratamento que daria origem à psicanálise, passou a história com o nome de Anna O.

O termo transferência não pertence somente ao vocabulário psicanalítico, possui ainda um sentido mais geral, assim como transferência de objetos, pessoas e sentimentos. Assim, a transferência é um fenômeno da vida cotidiana, aparece nas relações diárias entre as pessoas. Ela surge disfarçada nos mais contraditórios sentimentos: amor, ódio, indiferença real ou fingida, confiança, desconfiança, angústia etc. A comunicação transparente e racional é subvertida pela sua contaminação por processos afetivos que fazem com que a mensagem só possa ser transmitida à custa de muita distorção. Nesse sentido, a transferência não é encontrada somente no domínio da clínica. Políticos, educadores, líderes e todo tipo de relações se vêem afetadas por problemas transferenciais.

Quando Freud, em *A Interpretação dos sonhos* (1900), fala de "pensamentos de transferência", retrata assim um modo de deslocamento em que o desejo inconsciente se exprime e se disfarça através do material fornecido pelos restos pré-conscientes do dia anterior. Ele revela que existe uma técnica que torna possível interpretar os sonhos e que, se esse procedimento for empregado, todo sonho se revela como uma estrutura com significado.

O que Freud trouxe para a ciência com este pensamento? Que os sonhos são da ordem da particularidade, porque dependem de um resto diurno e de uma imagem onírica, passando assim de um acontecimento do cotidiano para uma determinada imagem onírica.

Sabe-se, através dos tempos, que os pensadores antigos consideravam os sonhos como tendo relação com o mundo dos seres super-humanos, nos quais acreditavam, além de constituírem revelações de deuses e demônios. Os sonhos criaram, então, um estatuto de universalidade, qual seja, tinham a finalidade de prever o futuro e fazer revelações sobre o passado.

Essa posição adotada tornava necessário classificá-los em determinados grupos, de acordo com sua importância e seu grau de confiança, sob o ponto de vista uniforme. Freud passou os sonhos para a ciência do particular, revelando a primeira noção de transferência, aquilo que aconteceu de uma determinada maneira e com a qual o sujeito sonha. Um determinado acontecimento real do sujeito se transformou numa imagem distinta, deslocada de lugar, tempo e circunstância.

Historicamente, no que concerne ao conceito de transferência, a obra de Freud percorre um longo caminho desde a publicação dos *Estudos sobre histeria*

até os trabalhos sobre técnica elaborados por volta de 1915, passando depois pela segunda tópica e chegando à *Análise terminável e interminável* (1937a). Nesse trajeto encontramos alguns pontos essenciais que assinalam vários sinais de ruptura com o anteriormente formulado e suas correspondentes reformulações conceituais, que vão se articular com a totalidade da teoria psicanalítica. Portanto, o conceito de transferência seguirá um longo percurso no campo freudiano.

Freud passou da clínica neurológica aos atendimentos de pacientes histéricas, para as quais prescrevia os tratamentos da época: banhos em estações minerais, banhos de farinha quente, visitas frequentes etc. Nesse momento de virada de sua clínica, inaugura uma nova perspectiva na direção do tratamento de suas pacientes. Não mais os banhos, as viagens ou as termas são prescritos. O que passa a importar são as palavras dos pacientes, o que é dito, omitido, o que é distorcido e o que é deslocado. Enfim, o discurso passa a ser o fio condutor. Desse modo, estabelece-se a única regra para a prática psicanalítica: há alguém que fala e alguém que ouve com o mesmo valor tudo o que lhe é dito.

Trata-se da regra da associação livre. Para Freud, no interior dessas associações livres, imagens e sonhos, sintomas, chistes e atos falhos, uma verdade emerge.

Nossos atos falhados são atos que são bem sucedidos, nossas palavras que tropeçam são palavras que confessam. Eles, elas, revelam uma verdade de detrás. (Lacan, 1953-54, p. 302).

Sabemos que a obra lacaniana se constitui num propósito de retorno aos textos de Freud. Parto das vertentes essenciais de Freud, visando a uma aproximação com as idéias de Lacan. No final, meu objetivo será o de tecer algumas considerações sobre a contribuição decisiva de Lacan nesse terreno, mais especificamente sobre o sujeito suposto saber.

Assim, retomando minha argumentação, o que a associação livre oferece a um determinado sujeito? Um lugar das palavras, o livre associar como fundamento da produção do inconsciente. Em sua clínica, Freud começou a perceber que certos pacientes não mais se submetiam à técnica da hipnose e da sugestão, mas gostavam de falar sobre suas doenças. Resolveu, então, oferecer sua escuta ao doente e o deixou falar na dimensão daquele que padece, marcando um princípio da importância da fala no tratamento. Percebeu que as palavras não têm

nunca um sentido único, mas envolvem muitos sentidos. Essa pluralidade de sentidos comporta ambigüidades e equívocos. É justamente nesse ponto, acerca da problemática do sentido, significado e significante, que Lacan buscará auxílio na lingüística para afiar sua análise do inconsciente.

Freud ultrapassou a rígida dicotomia normal/patológico, então preponderante na psiquiatria do século XIX, ao formular que a loucura não é uma antinatureza ou representante da monstruosidade humana, mas que se rege também por princípios análogos ao do pensamento dito normal.

Com o estudo do inconsciente, Freud (1915) marcou uma ruptura com o saber vigente à época em relação à subjetividade, que deixa de ser entendida como um todo unitário racional, identificada com a consciência sob o domínio da razão, para ser uma realidade compreendida em dois sistemas: sistema pré-consciente-consciente e sistema inconsciente:

... o sistema Pcs participa das características do sistema Cs... a censura rigorosa exerce sua função no ponto de transição do Ics para o Pcs (ou Cs). (p. 199).

Ao inventar a noção do inconsciente, Freud enfrentou pelo menos dois grandes problemas. O primeiro foi a impossibilidade de apresentar sua descoberta para a ciência do seu tempo e obter o reconhecimento de seus contemporâneos. Ao tentar justificar a realidade efetiva do inconsciente, depara-se com o fato de que sua hipótese é contrária a qualquer tipo de verificação. O inconsciente não pode dar-se numa evidência, mesmo no caso do tratamento analítico.

O segundo problema é afirmar o caráter psíquico de sua descoberta, diferenciando-o do fenômeno fisiológico. Freud buscou os conhecimentos filosóficos e considerou que o inconsciente é constituído de representações que dão o estatuto do ser psíquico. Afirma, pois, o caráter psíquico do inconsciente, com uma dinâmica, uma consistência, uma tópica e uma economia. Para isso, recorre à noção de representação, cuja importância na conceituação do inconsciente, Moustapha Safouan comenta:

Esse termo [*Vorstellung* = representação] desempenhou na filosofia alemã um papel considerável, que lhe conferiu ressonâncias a que Freud não poderia permanecer alheio, que mais não fosse, por ter assistido ao curso ministrado exatamente por aquele a quem *Vorstellung* iria dever parte de sua sorte, a saber, Franz Brentano... Brentano buscava uma propriedade que distinguisse os fenômenos psíquicos dos fenômenos fisiológicos e a havia encontrado naquilo que os escolásticos chamavam de *inexistentia*: o que não quer dizer

“inexistência”, mas sim “existência em”... (Safouan, apud Juranville, 1987, p. 23).

No texto “Sobre o início do tratamento” (1913), encontramos que, se o sofrimento é a força motivadora para alguém que busca um tratamento, a transferência é o prévio necessário ao início da análise. A esse respeito, Freud chama a atenção de que a força motivadora para o tratamento é diminuída pelo que se denomina “lucro secundário da doença”. O sofrimento, por si só, não é suficiente para engajar o sujeito numa cura.

Freud dá duas razões pelas quais o sofrimento não é uma força motivadora suficiente para livrar o paciente da doença: primeiro, ele não sabe que caminho seguir para chegar a esse fim; e, segundo, não possui a energia necessária para se opor às resistências. O tratamento analítico ajuda o paciente a enfrentar ambos os problemas. E para isso é indispensável à mobilização das energias que estão prontas para a transferência. O trabalho só merece o nome de psicanálise “... se a intensidade da transferência foi utilizada para a superação das resistências” (Ibid., p. 186).

Acompanhemos a síntese que Daniel Lagache (1980) faz da “Psicoterapia da histeria”, último capítulo dos *Estudos sobre a histeria*. Para ele, esses estudos põem em evidência os seguintes pontos:

- a) a transferência é um fenômeno freqüente e até mesmo regular; toda reivindicação em direção à pessoa do médico é uma transferência, e o paciente é afetado a cada ocasião nova;
- b) o mecanismo de transferência supõe:
 - o passado, o recalçamento de um desejo;
 - no presente e na relação com o médico, o despertar do mesmo esforço que originalmente forçou o paciente a desprezar esse desejo clandestino.

Lagache conclui que o mecanismo da transferência é, então, uma “conexão falsa”, um “casamento desigual”. Relaciona o desejo recalçado, aquele cuja reprodução constitui a transferência, a uma figura originária, cujo lugar é então tomado pela “pessoa do médico”.

Freud percebeu que o aparecimento de sentimentos e desejos eróticos de seus pacientes para com ele interferia e perturbava o trabalho analítico. A transferência, eixo fundamental de reflexão na clínica operava, por um lado, como fator de êxito e, por outro, como o mais poderoso agente de resistência. Ele escreve:

À primeira vista, parece ser uma imensa desvantagem, para a psicanálise como método, que aquilo que alhures constitui o fator mais forte no sentido do sucesso nela se transforme no mais poderoso meio de resistência. (Freud, 1912 b, p. 135).

A partir daí, Freud percebe que esse fenômeno criava uma força que levava o paciente ao trabalho de não recordar o passado e que fazê-lo tornava-se doloroso. Os pacientes reproduziam na relação com o analista sentimentos oriundos de suas relações mais primitivas, em especial com as figuras parentais. As relações se marcavam por sentimentos de amor e ódio³⁵, a ponto de obstaculizar ou, até mesmo, interromper o tratamento. Como se apresenta a transferência na clínica freudiana?

Freud considerou três formas de transferência. A primeira é a que identifica a transferência com a função da repetição. A segunda identifica a transferência com a resistência. E a terceira, com a sugestão.

Vejamos a primeira forma, ou seja, a que identifica a transferência com a repetição. Freud foi o primeiro médico a acreditar nos sofrimentos comunicados por seus pacientes neuróticos nos termos por estes colocados, e a postular que os sintomas não se constituem por acaso, mas são os produtos finais de um processo simbólico que cabe decifrar, a fim de que sejam apreendidos como objeto de interpretação. Nesse sentido era absoluta a diferença entre ele e seus contemporâneos, pois estes não davam ao sintoma neurótico importância, considerando-o secundário, devendo ser eliminado.

Na obra de Freud, as dificuldades mentais foram postuladas em termos de representação e de força psíquica, conectados a certos princípios. A transferência como repetição aparece quando se define a implicação do analista no processamento do dispositivo analítico. É tomada como testemunha do

³⁵ Lacan cunhou o neologismo *hainamoration*, que se poderia traduzir por amódio, significante novo para dar conta do enamoramento feito de amor e ódio.

aparecimento do inconsciente no tratamento, um momento de prova, revelando que não há exterioridade do analista em relação ao inconsciente.

Lacan retomou esse tema em diversos momentos de sua obra para estabelecer uma diferenciação entre transferência e repetição. Enquanto a transferência abrange certo tipo de fenômenos da ordem do imaginário, “... não é nada de real no sujeito...”, a repetição é da ordem de outro registro, aparece como encontro malgrado com o real (Lacan, 1951, p. 224). Assim, a transferência corresponderia a um momento de fechamento ou de resistência na cura que se manifestaria sobre a forma de enamoramento.

Freud, preocupado com o manejo da transferência na clínica, aconselha aos iniciantes interpretar somente quando a transferência já teve início, pois a emergência desse fenômeno assinala que processos inconscientes foram ativados. O segundo aspecto ou forma de transferência diferenciada por Freud é a transferência como resistência. Foi em *A Interpretação dos sonhos* que ele deu a primeira definição de resistência: “... tudo o que interrompe o progresso do trabalho analítico é uma resistência” (1900, p. 551). Ele não se refere aqui aos sintomas, mas sim ao próprio tratamento. Trata-se de trabalho que pode ser definido pela sua forma, como a associação verbal submetida à regra da associação livre. E, já que Freud faz a análise dos sonhos, o trabalho é o da revelação do inconsciente. Assim, a resistência faz o paciente interromper suas associações e desviar seus pensamentos para a figura do analista. Daí ensinar que:

... se as associações de um paciente faltam, a interrupção pode invariavelmente ser removida pela garantia de que ele está sendo dominado, momentaneamente, por uma associação relacionada com o próprio médico ou algo a este vinculado (Freud, 1912 b, p. 135).

A transferência surge como resistência ou, mais ainda, “... como a resistência mais poderosa no tratamento” (Ibid., p. 135). Nesse sentido, ao provocar a interrupção da comunicação do inconsciente, a transferência revela seu caráter de resistência. Ao invés de significar a passagem de poderes ao inconsciente, a transferência é o seu fechamento. Então, a transferência deve ser entendida tanto como o *modus operandi* da psicanálise ou mola mestra da cura quanto como resistência ou breque para as associações inconscientes. A análise se faz, em certo sentido, graças à transferência; em outro sentido, apesar da

transferência. Ela tem essa dupla face: a face mediante a qual se identifica com a repetição inconsciente e a face mediante a qual se identifica, pelo contrário, com a resistência.

O inconsciente aparece como um repertório da *Commedia dell'arte*, no qual há personagens muito tipificados: Pantaleão, Polichinelo, Arlequim, Colombina... Com esses personagens podem ser reproduzidas todas as situações da existência. Para cada sujeito há um arranjo diferente, há um enredo singular para o qual o analista é convocado a participar. A transferência aparece como uma ilusão, precisamente imaginária, não racional, como um fenômeno aberrante.

Na verdade, a transferência surpreende Freud aparecendo como uma perturbação do processo terapêutico. A prova disso é dada pela elaboração em que se viu forçado a fazer, face ao fracasso da análise de Dora (1905b). Com efeito, o abandono que Dora fez do tratamento pode ser creditado a não interpretação da resistência de transferência, na medida em que Freud ainda não a colocava como um dos instrumentos centrais da direção da cura. O tratamento, que ficou conhecido como *O Caso Dora*, destacou a importância do manejo da transferência na clínica com pacientes histéricas, fazendo avançar a própria elaboração do conceito, na medida em que o analista não é exterior ao inconsciente do paciente. Essa percepção ampliou o conceito de inconsciente e radicalizou a singularidade de cada caso.

A terceira forma da transferência vai aparecer como sugestão, prática que parece ter sido encaminhada por alguns analistas como uma técnica ativa da direção da cura. Esta acepção empresta, por vezes, àquele que escuta um lugar de ascendência na técnica do tratamento. Freud critica esta noção de transferência, esclarecendo que não colabora em nada na revelação do inconsciente e, ao contrário, reforça a resistência ao tratamento.

Entendo por sugestão a forma de influir sobre determinado sujeito mediante os fenômenos transferenciais possíveis. Cabe, portanto, impedir esse poder de suggestionar no trabalho clínico, o que pressupõe que o analista saiba o que é melhor para o seu paciente. Freud assinala que esse é um “sentimento perigoso” para o analista, levando-o a uma ambição terapêutica desmedida e desviando da rota do tratamento. Compara o psicanalista com o cirurgião que coloca os seus sentimentos entre parênteses para se concentrar no objetivo final da cura. Como observa Lacan em *O Seminário, livro 7* (1959-60), uma das

armadilhas do tratamento se materializa quando o analista deseja o bem do paciente, não sendo a chamada solidariedade humana senão um sinal de identificação, causa de estagnação do processo. O analista não deve responder imediatamente à demanda do paciente de compreensão e de alívio de suas queixas; deve, sim, trabalhar no sentido de que seu sintoma constitua um ciframento e, portanto, algo a ser decifrado na dinâmica da transferência.

Em “Recordar, repetir e elaborar” (1914 b), Freud estende o conceito de transferência até fazê-la recobrir toda a dimensão da cura analítica. Postula a produção na experiência analítica de uma nova neurose, a qual denominou neurose de transferência. Essa neurose seria uma conseqüência, um artefato da cura, a doença artificial própria da psicanálise. Afirma que com a psicanálise todos os sintomas adquirem uma nova significação. Isso só se compreende se levarmos em conta que o sintoma é um elemento significativo que se dirige ao Outro. Depreende-se daí o lugar que o analista ocupa na cura: situa-se no lugar para onde se dirige o sintoma, é receptor privilegiado e, por isso, o lugar que deve à transferência lhe permite operar sobre o sintoma.

Uma das preocupações da teoria lacaniana é diferenciar radicalmente a transferência da sugestão, embora reconhecendo ao mesmo tempo que resta uma margem de sugestão no manejo da transferência.

Em seu texto *Esboço da psicanálise* (1940), Freud adverte contra o mau uso da posição de poder que a situação transferencial confere ao analista. Ele assinala:

Por mais que o analista possa ficar tentado a transformar-se num professor, modelo e ideal para as outras pessoas, e criar homens à sua própria imagem, não deve esquecer que essa não é a sua tarefa no relacionamento analítico, e que, na verdade, será desleal a essa tarefa se permitir-se ser levado por suas inclinações (p. 202).

Fica consignado assim o cuidado, a delicadeza e o rigor com que uma análise deve ser conduzida. A posição do analista é uma posição de poder, mas um poder ao qual ele renuncia, pois “... quando se dota um homem de poder, é difícil para ele não utilizá-lo mal” (Freud, 1937a, p. 283). Essa é uma posição de princípio cujo estatuto é essencialmente ético. Mas não é uma posição tomada sem sublinhar a dificuldade de sustentar a renúncia a um poder imaginário que lhe é dado.

Ecoando a advertência sobre a renúncia forçada a que todo analista está submetido, Lacan observa que o desejo do sujeito em análise deve ser guiado, não na direção do analista, mas em direção de outro: “Amadurecemos o desejo do sujeito para um outro que não somos nós” (1958-59, p. 80) Lacan resgata o conceito de transferência, criticando as deformações produzidas pelos seguidores de Freud, que teriam mesmo ocasionado “modificações de objetivo e técnica”. A técnica não seria senão uma extensão da teoria, uma extensão do conceito elaborado por Freud:

Afirmamos, quanto a nós, que a técnica não pode ser compreendida nem corretamente aplicada, portanto, quando se desconhece os conceitos que a fundamentam. Nossa tarefa será de demonstrar que esses conceitos só adquirem pleno sentido ao se orientarem num campo da linguagem, ao se ordenarem na função da fala (Lacan, 1953, p. 247).

Uma comparação muito corrente entre os pós - freudianos foi a do analista como um espelho sem jaça ou como uma espécie de tela em branco na qual o paciente projetava livremente suas fantasias. Lacan (1958-59) contesta essa concepção. Se o analista, diz ele, não responde à demanda, é para preservar o vazio onde o desejo se determina no Outro, limitando-se a ser apenas o espaço onde ressoa o *che vuoi?*

Em decorrência, cai a concepção da transferência como dinâmica intersubjetiva. O analista não entra na relação como um outro, mas ele ocupa o lugar do Outro como lugar da linguagem. Há então apenas um sujeito em questão.

No texto de 1920, *Além do princípio de prazer*, Freud distingue a psicanálise como a arte de interpretar as resistências. Propõe ao paciente repetir o recalado como uma experiência atual em vez de recordá-lo. E ensina: “O inconsciente... não oferece resistência alguma aos esforços do tratamento” (p. 32). Daí se depreende que o inconsciente freudiano enquanto tal não resiste. As resistências provêm do eu, não do recalado.

A conceituação de transferência sofreu uma transformação de Freud a Lacan. Se, por um lado, Lacan é estritamente freudiano, por outro inova, situando no fundamento da transferência uma função inédita em Freud: a do sujeito suposto saber. A partir de 1953, Lacan vai situar a dimensão significante da transferência em “Função e campo da palavra...”, quando fala da transferência ao saber. De que modo? Trata-se de uma ilusão, na qual o sujeito acredita que sua verdade já esteja

dada ao analista e que, portanto, ele a conhece de antemão. Estabelece-se aí um engano que é imanente à própria entrada no processo analítico. Essa subjetividade, correlata ao saber como efeito constituinte da transferência, é o que Lacan formulará como sujeito suposto ao saber. Ele comenta:

De cada vez que essa função pode ser, para o sujeito, encarnada em quem quer que seja, analista ou não, resulta da definição que venho lhes dar que a transferência já está então fundada (1964a, p. 220).

O analista não deve, portanto, se identificar com essa posição de saber, que é um equívoco, posição que lhe atribui o paciente; o lugar do analista não é o de saber, nem tampouco o de compreender, pois se há algo que ele deve saber é que a comunicação é baseada no mal-entendido. A posição do analista é muito mais do que a posição de saber, é uma posição de ignorância. Trata-se de um tipo particular de ignorância, ignorância douta, uma expressão cunhada no século XV por Nicolau di Cusa. Não é uma simples ignorância, mas, nos termos desse autor, é "o saber mais elevado que conhece seus limites".²⁴ (Lacan 1971-72, p. 12). A "ignorância douta" é um convite à prudência e à humildade e, ao mesmo tempo, um alerta contra qualquer veleidade do analista em se pretender dono de um saber absoluto.

No artigo "Intervenção sobre transferência", já citado, Lacan retoma o caso Dora, para definir a transferência "em termos de pura dialética" e chamar a atenção para a série de "inversões dialéticas" operadas por Freud no desenvolvimento da cura. Para Lacan (1951) a transferência indica os momentos de errância e de orientação, colocando os marcos de referência para um manejo preciso: "um não-agir positivo, com vistas à ortodramatização da subjetividade do paciente" (p. 225).

Depreende-se desse desenvolvimento que a transferência interessa à totalidade da situação analítica. Não se trata tão somente de uma questão técnica, mas, sobretudo de uma ética. Que se fale livremente, que a associação seja livre, implica um paradoxo. Primeiro, que nem tudo se pode dizer, nem tudo pode ser traduzido em palavras, o que foi devidamente observado por Freud quando falou do umbigo do sonho, esse ponto do real fora da linguagem; segundo, porque

²⁴ Em *O saber do psicanalista* (1971-72), inédito, encontra-se uma instigante discussão sobre o assunto.

associar livremente significa deixar-se levar pelo inconsciente, sem censuras nem omissões, não resistir, o que implica em reconhecer esse assujeitamento às leis do seu funcionamento, exatamente como Freud demonstrou na referida *Ciência dos sonhos* (1900).

Recordemos que em Lacan (1953-54) introduz o termo pivô que, posteriormente, aparecerá relacionado ao sujeito suposto saber, eixo no qual se articula tudo o que se relaciona com a transferência. O termo pivô aparece referido à questão da reconstrução em análise. A história do sujeito não vale por si mesma, mas sim o que dela ele reconstrói. A ênfase está posta não sobre uma reconstituição factual do passado e sim sobre a face da reconstrução.

Em *O Seminário, livro 8* (1960-61), Lacan anuncia que tratará a transferência em sua disparidade subjetiva, sua pretensa situação e suas excursões técnicas. É mister implicá-la a uma experiência. Diz ele: “No começo da experiência analítica, vamos lembrar, foi o amor” (p. 12).

Essa dupla dimensão da transferência, vetor de cura e resistência, está ligada à questão do amor, chamado por Freud amor de transferência. Nesse sentido, a transferência se opõe à rememoração, corresponde a um momento de fechamento do inconsciente. Interrompidas as associações livres, o paciente se volta para a figura do analista. É uma situação artificial, provocada pela situação analítica. É esse o sentido da chamada neurose de transferência, neurose artificial, um artefato do tratamento analítico. Ela resulta do entendimento de Freud de que não se pode analisar uma situação *in absentia*, isto é, a presentificação ou repetição do conflito na transferência é essencial para que possa ser trabalhada na direção da cura. O amor de transferência é uma repetição de condutas inscritas no sujeito. Isso vale para todo amor. Não existe, segundo Freud, amor que não tenha seu protótipo na infância.

A vida é fundamentalmente uma repetição. Embora tenhamos uma ilusão do novo, estamos capturados por um número limitado de significantes. Precisamos de uma psicanálise para notar o quão estreitos são esses limites. A transferência enquanto demanda de amor conduz à identificação (vínculo primordial de amor) e ao poder da sugestão. O desejo (enigmático) do analista torna possível uma superação do plano da identificação, abrindo a senda para a emergência do desejo do sujeito.

Não é à toa que Lacan abre o seminário *A transferência* com um longo comentário de *O Banquete*, de Platão. *O Banquete*, também conhecido como *Do Amor*, propicia a Lacan uma reflexão sobre a problemática da transferência e sobre o que ele considera o seu princípio constitutivo, ou seja, o sujeito suposto saber. O acento é colocado sobre a relação entre Sócrates e Alcebiades. A analogia é entre o psicanalista e o pai da filosofia.

Para Lacan, a figura de Sócrates faz emergir uma nova relação com o desejo. Pela primeira vez na história ocidental, o desejo do outro é colocado na posição de objeto. Sócrates não se deixa envolver no jogo de sedução proposto por Alcebiades. Sabedor da tapeação do amor, Sócrates joga por um instante esse jogo, antes de desviar o outro para o objeto de seu desejo: o jovem Agatão. Lacan mostra que ao logro oferecido pelo amor, Sócrates responde com uma interpretação. A astúcia de Alcebiades _ e do paciente _ é enredar o outro na trama do seu desejo. Mas Sócrates não é inocente desse amor. Ele se recusa a entrar no jogo, pois sabe que o outro quer capturar o seu desejo. O outro se faz amável para ser amado. A essa demanda, Sócrates responde que nada há de amável nele. Assim, a substituição do amado (*érômenos*) pelo amante (*érastês*) não acontece nele, não se produzindo a metáfora do amor. Ao persuadir o analista de que ele tem o que pode completá-lo, o analisante desconhece o que lhe falta.

A recusa do analista em satisfazer a demanda do analisante, como Platão mostra no *Banquete*, abre a senda do desejo. Sua essência é esse oco, um vazio estrutural. O analista serve de suporte a um desejo velado, ele é um *che vuoi* ? encarnado.

A originalidade do comentário de Lacan consiste em colocar Sócrates no lugar daquele que interpreta o desejo de seus discípulos. Colocado no lugar do analista, Sócrates indica a Alcebiades que o verdadeiro objeto do desejo deste não é ele, Sócrates, mas Agatão. Nisso consiste a transferência, um artifício feito da mesma matéria que o amor comum, que se refere inconscientemente a um objeto que reflete outro.

Nesse mesmo seminário, Lacan desenvolve a função “desejo do analista” como operador fundamental da cura. O desejo do analista não é um desejo experimentado pelo analista, mas tem o sentido de um lugar, um ponto na estrutura analítica. É um ponto que causa, que suscita o desenvolvimento da

transferência. É o lugar a partir do qual o analista deve se situar para operar na direção da cura.

Que a transferência seja apenas a sombra de um amor passado que se repete, que ela remeta às fantasias do paciente e que ela implique em impasse de trabalho e seja ao mesmo tempo motor da cura, essa era a convicção de Freud (1912b). Contudo, se quisermos apreender em que sentido a transferência pode inaugurar uma dinâmica psíquica, devemos ultrapassar o fato em si da repetição, “Se a transferência é apenas repetição”, diz Lacan, “ela será repetição, sempre da mesma rata” (1964, p. 137). Cabe, portanto, insistir num certo aspecto daquilo que é da ordem da repetição e que é a relação da demanda, cuja base é a demanda de amor.

Lacan funda a transferência no próprio dispositivo da cura, como resultado da regra principal da psicanálise. Escreve:

O que é que pode, no final das contas levar o paciente a recorrer ao analista para lhe pedir algo que ele chama saúde, quando seu sintoma _ a teoria nos diz isto _ é feito para lhe trazer certas satisfações? (Ibid., p. 131).

Mas parece que a demanda assume o sentido pleno na transferência: o sujeito acredita que o analista pode-lhe assegurar a saúde, porque ele sabe. Lacan fala, então, do sujeito suposto saber. De que maneira? O sujeito suposto saber é uma dedução que está na própria lógica da prática psicanalítica, que inicia com o convite que se faz ao paciente para dizer tudo que lhe vem à cabeça, sem reter nada. O sujeito suposto saber é uma decorrência desse procedimento: “Desde que haja em algum lugar o sujeito suposto saber... há transferência” (Ibid., p. 220).

Desde Freud, essa regra fundamental da psicanálise, a associação livre, o imperativo que se diga, já determinava a direção de um tratamento.

Para Lacan existe abertura à transferência pelo simples fato de que o paciente se entrega à associação livre. Busca a verdade sobre si mesmo e sobre o desejo. E busca-a no limite de sua palavra. O analista, com o seu silêncio, provoca o desdobramento da palavra e reenvia o paciente ao caminho de sua busca. O analista não deve identificar-se com o sujeito suposto saber. Este é um efeito da estrutura, equívoco, ilusão fundamental do paciente de que seu saber já está constituído no analista. Como se articula, então, esse efeito com o amor de transferência?

Pode-se acompanhar nos chamados artigos sobre a técnica (Freud, 1911-15) o desenvolvimento teórico sobre o amor na transferência ou amor de transferência. A pessoa do analista é integrada numa série psíquica cujo protótipo é a imagem parental, mas de acordo com uma dinâmica atual. É o investimento libidinal dessa imago que torna manifestas e atuais as tendências amorosas recalçadas do passado. A transferência desse investimento para o analista é uma arma da resistência. Sua abstinência significa não responder à “impetuosa demanda de amor”. Se o analista capitulasse à sedução, o paciente alcançaria o seu objetivo, mas ele nunca alcançaria o seu. Responder à demanda de amor com uma satisfação real levaria à repetição, segundo Freud, do enredo da divertida anedota na qual a família de um corretor de seguro, ateu, moribundo, manda chamar um pastor para convertê-lo antes de morrer. Ao final da entrevista, para decepção de seus parentes, o ateu não se converte, mas o pastor sai com uma apólice de seguro debaixo do braço.

Freud conclui que a transferência amorosa deve ser tratada como algo não real e, portanto, seria desastroso para o tratamento que fosse satisfeita na cura. Aos motivos de ordem ética unem-se os de ordem técnica.

Ao invés de responder ou satisfazer à demanda, o analista deve perseverar na direção da cura; em troca das fixações infantis, deve encaminhar o paciente para as exigências da vida real. A direção da cura é prototípica do encontro do sujeito com o seu desejo inconsciente.

Falar no desejo do analista não é falar de um desejo pessoal. É uma função que está em jogo, uma função situada no registro do Outro. É essencial ao desejo ser mediatizado pelo Outro. O desejo do analista é uma função essencial para a confissão do desejo como exigência de reconhecimento. “O desejo do analista é o que, em último termo, opera na psicanálise” (Lacan, 1964 b, p. 868).

No seminário inédito sobre *A identificação* (1961-62), Lacan abre uma nova perspectiva. A transferência aparece como a materialização de uma operação que se relaciona com o engano e mediante a qual o analisante instala o analista na posição de sujeito suposto saber. A estrutura da situação analítica tem como consequência imediata a transferência, cujo pivô é o sujeito suposto saber.

Mas, embora Lacan tenha introduzido a fórmula nas duas primeiras lições de *A identificação*, é somente a partir de 1964, no seminário *Os quatro conceitos...*, que o sujeito suposto saber vai se tornar eixo ou o pivô da

transferência. Trata-se de uma fórmula sutil o bastante para admitir interpretações que a modulam em função da evolução da relação de Lacan com o saber do analista. Tanto se pode ler que um sujeito teria um suposto saber, quanto que há um sujeito suposto. No primeiro caso, o sujeito é suposto saber alguma coisa_ o interesse recaí sobre essa alguma coisa a ser sabida; no segundo caso o questionamento é sobre a existência de um sujeito suposto no saber_ se ele é suposto, como poderia saber?

Mesmo mantendo essa dupla polaridade, Lacan privilegia a segunda fórmula_ um saber intransitivo. No seminário inédito... *Ou pior (... ou pire, 1971-72)*, Lacan assinala que o “sujeito suposto” é um pleonasma, pois um sujeito não pode ser senão uma hipótese, um suposto, *hypokeimon*, apropriando-se do termo de Aristóteles.

A suposição não é aquela que o sujeito faz supondo o saber ao outro sujeito, suposição que implicaria na intersubjetividade. Do que se trata é de um sujeito suposto no saber do inconsciente, saber esse que articula sem sujeito. Contudo, para que se possam produzir efeitos no analisante é preciso que um sujeito lhe seja suposto. É, com efeito, uma ilusão necessária para a entrada no dispositivo analítico.

Lacan apresenta o matema da transferência na Proposição de 9 de outubro de 1967.

$$\frac{S \longrightarrow S_q}{s(S^1, S^2, \dots S^n)}$$

O matema proposto por Lacan busca, com a precisão da escrita, apreender a função que funda a transferência, indicando o momento de entrada em análise. Na parte de cima da barra vemos que um significante (S) se dirige a outro significante qualquer (S_q) e, nessa articulação, há suposição de sujeito. Lemos aí que um significante (S) da transferência representa um sujeito para outro significante (S_q) dito qualquer nomeável com um nome próprio.

O analista fica reduzido à função de um significante qualquer nessa articulação, como se comprova nos sonhos, nos lapsos etc. Ele pode ser um significante qualquer, não interessa o nome, posição e nem o grau que ele tenha, o

que interessa é que ele articule essa transitoriedade significativa. “O sujeito suposto saber é para nós o pivô a partir do qual se articula tudo o que se relaciona com a transferência” (1967a, p. 33).

Miller (1987) chama a atenção para o significativo pivô, chave na definição de Lacan, o qual significa uma pequena peça sobre a qual gira alguma coisa. Essa alguma coisa é a transferência ou, no dizer de Collete Soler (1991), são as modalidades da transferência. A barra representa a substituição significativa, metáfora que funda o sujeito. Sob a barra, o *s* representa o sujeito que resulta da articulação, implicando no parêntese um saber, suposto presente, dos significantes no inconsciente.

A associação livre em análise supõe um sujeito e, ao mesmo tempo, porque fala, produz um saber. O inconsciente fala. É nessa articulação que o sujeito, sem saber o que diz, promove um saber. Saber problematizado, questionado, confrontado e colocado à prova. Os significantes primordiais devem ser produzidos pelo sujeito a fim de que ele encontre sua verdade, e tenha que se haver com o seu desejo. Uma análise opera na interpelação desse saber.

A inovação de Lacan _ é ele mesmo quem faz questão de lembrar _ constitui-se na introdução da função da fala e da linguagem na experiência psicanalítica. Trata-se de colocar em evidência o caráter sensível e material do significativo. Está em jogo uma materialidade muito particular. Isso vai contra a idéia de subjetividade. Com Lacan estamos do lado da materialidade significativa e fora de qualquer empirismo e, portanto, longe da idéia de verificação experimental.

3.7

Psiquiatria e psicanálise

A invenção da psicanálise não poderá deixar de ter impacto sobre o saber e prática psiquiátricos. A formalização de um sujeito do inconsciente e a montagem de um dispositivo terapêutico baseado na escuta alterou ou, pelo menos, introduziu novos elementos à clínica do olhar, cujo pilar era a observação. O desvelamento da cena de caráter sexual como determinante da doença mental permitiu a Freud dar uma fundamentação consistente à sua teoria das neuroses. Pode-se dizer, a esse respeito, que as neuroses ganham um estatuto nosológico

próprio e um lugar na cartografia nosográfica. Mas, qual seria a relação entre a psiquiatria e a psicanálise? Haveria complementaridade? Haveria antinomia?

Para entrar nessa questão, cuja importância é capital para o meu trabalho, nada melhor do que recorrer ao artigo que Freud dedicou ao tema nas suas *Conferências introdutórias* (1916-17). Esse artigo tem uma estrutura muito interessante e, diria mesmo, uma dialética exemplar do raciocínio clínico do mestre. Ao mesmo tempo em que aproxima, assinala as diferenças entre psiquiatria e psicanálise.

Uma analogia de que Freud lança mão parece interessante para balizar essa relação na qual, assevera, nada na natureza do trabalho psiquiátrico se opõe à investigação psicanalítica. A psicanálise se relaciona com a psiquiatria da mesma forma que a histologia se relaciona com a anatomia: esta estuda a forma externa dos órgãos e aquela sua estruturação em tecidos e células. E Freud aproveita para observar que a resistência à psicanálise seria semelhante àquela que, em outros tempos, impedia os estudos anatômicos. Se antes o corpo humano era da ordem do sagrado e a dissecação dos cadáveres era uma profanação, agora o estudo dos mecanismos da psique humana suscita o mesmo tipo de resistência.

Mas se há relação e se a natureza dos trabalhos de investigação do psiquiatra e do psicanalista não são incompatíveis, pode-se dizer, igualmente, que não têm a mesma estrutura.

Um primeiro aspecto a considerar é o relativo à demanda. A demanda feita ao psiquiatra é frequentemente de natureza social. Não são, em geral, os pacientes que escolhem o médico, o ambulatório ou o hospital. Frequentemente são trazidos pela família, vizinhos ou até pela autoridade pública. Nestes casos mais que o sofrimento ou a doença, é uma dificuldade de adaptação social que determina a demanda, seja de um tratamento ambulatorial, seja de uma internação. Há também pacientes que escolhem o hospital como um refúgio para se colocarem, eles próprios, ao abrigo da loucura. São pacientes que escolhem tão bem esse refúgio que o hospital se torna a sua doença. Acabam doentes do próprio hospital psiquiátrico. Ou, pelo menos, se acomodam sintomaticamente nele num regime de cumplicidades compartilhadas e ganhos secundários. Para Mannoni (1981), o perigo está em que o paciente se deixe assimilar inteiramente ao uniforme asilar, “não significando mais para o outro senão a pura vestimenta de um louco” (p. 46). Daí a preocupação dessa autora em fazer o sintoma falar sua verdade, pois no

asilo “... tudo é concebido para que a loucura cesse de falar” (p. 63). Se, ainda assim, insiste em gritar, deve se enquadrar nos costumes e na linguagem do asilo. A ordem que cuida é a mesma que segrega e aliena. Nesse contexto, não são estranhas as chamadas recaídas em seguida às altas: faltaria ao médico colocar em xeque a posição ocupada pelo sujeito dentro do sintoma.

A demanda dirigida ao psicanalista é parte de um movimento próprio do sujeito e não de terceiros. É uma escolha que implica uma primeira interpretação de seu sofrimento. Talvez seja precipitado dizer que o sujeito traz de início o seu sintoma. Ele traz uma queixa, um sofrimento, um mal-estar. O sintoma é uma construção do trabalho analítico e uma forma de amarração no real.

Se a demanda psiquiátrica é essencialmente diferente daquela feita ao psicanalista, deve-se acrescentar que também o sintoma não é o mesmo nos dois campos. O sintoma psiquiátrico é constituído pelo psiquiatra. Como assinali anteriormente, o psiquiatra trabalha segundo o paradigma da História Natural. Seu método é o do botânico no jardim das espécies: reúne, observa, descreve, classifica e dá um nome. É a clínica do olhar.

De certa maneira, essa descrição continua válida em nossos dias. Mas não há como desconhecer as mudanças que o “dinamismo farmacêutico” (Lacan, 1967b) introduziu nos últimos 50 anos. A queixa, ouvida e decodificada com base no que a pesquisa farmacológica informa, recebe como resposta uma prescrição medicamentosa. Segundo Coser (2006), a indústria farmacêutica passa a presidir a produção de um saber que define as condutas médicas a serem tomadas. A introdução da clorpromazina teria inaugurado uma nova era na qual “... a produção industrial suscita e define os saberes, as técnicas, os usos, hábitos, estilos e modos de abordagem do sofrimento psíquico” (p. 37). O autor apropria-se de uma expressão, “psicofarmacologia cosmética”, para designar o emprego de fármacos para enfrentar as dificuldades ou vicissitudes da vida, sem psicopatologia definida, visando uma remoção química da queixa. Isto estaria levando a tal manipulação de corpos e mentes que chegaria ao paroxismo de uma “cosmética comportamental psicofarmacológica”, com interferência em diversos aspectos da existência, da angústia ao sono, do humor ao desempenho sexual (p.38). Esse processo, cada vez mais abrangente e implacável, tem mudado o perfil do campo psiquiátrico, ao enquadrar a dor de existir no modelo médico, instaurando uma verdadeira “instrumentalização geral da vida e do viver” (p. 42).

As transformações acima aludidas ganharam força principalmente a partir da hegemonia do Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Norte-Americana de Psiquiatria (DSM) e da Classificação Internacional das Doenças (CID). O curioso é que o DSM nasce do propósito de um grupo de pesquisadores de estabelecer, nos anos de 1970, uma padronização da linguagem e dos critérios diagnósticos, para fins de pesquisa. O sucesso desse empreendimento levou a Associação Norte-Americana de Psiquiatria a desenvolver o DSM III, lançado em 1980, com a ambição de fazer uma leitura declaradamente sindrômica e a-teórica da clínica. Com a disseminação dessa leitura e sua hegemonia como código internacional, em escala global, ocorreu um movimento de reformulação das categorias nosológicas então vigentes, imprimindo uma nova cartografia do campo psiquiátrico. Entre as conseqüências, ocorreu a eliminação da neurose como categoria diagnóstica da psiquiatria. Para Coser, essa reestruturação do campo psiquiátrico se acompanhou de uma estratégia de biologização dos distúrbios da personalidade, nova categoria que passou a abrigar os quadros neuróticos. Na prática, essa reestruturação redundou no abandono da clínica e na rendição da psiquiatria, e da medicina em geral, aos ditames da indústria farmacêutica.

Essa rendição não vitimou apenas os psiquiatras, mas comprometeria igualmente grande parcela de psicanalistas. Assim, Quinet (2006) adverte sobre o equívoco de abandonar a referência às estruturas clínicas (neurose, psicose e perversão) e não considerar a posição do sujeito no Édipo, a relação à castração. Nas suas palavras: “restituir a função diagnóstica no tratamento psiquiátrico a partir da clínica psicanalítica é restituir a clínica do caso e retificar o processo em que se avalia, se diagnostica, para em seguida pensar no tratamento _ tal como Lacan fez em relação à psicanálise” (p. 12).

O evidente reducionismo, pragmatismo e objetivação que assaltam a clínica na contemporaneidade não cegam, felizmente, todos aqueles que, psiquiatras ou psicanalistas, sustentam a bandeira de uma prática alicerçada igualmente no que de melhor a tradição psiquiátrica nos legou, isto é, categorias nosográficas precisas, e em uma abertura a novos dispositivos de tratamento que superem antigas formas de segregação. Assim, Coser (2006), Brasil (2001) e Cavalcanti (1997) propõem uma discussão sobre o significado do tratar em psiquiatria, resgatando o vigor da clínica degradado nos últimos tempos. Em

nossa era de incertezas, Cavalcanti identifica um grande risco na psiquiatria de demissão do mandato terapêutico que lhe cabe. Ao não perceber a especificidade de sua lida e, muitas vezes, reduzir os casos de loucura a “casos sociais”, o psiquiatra abandonaria seu paciente, deixando-o desassistido, fazendo uma discriminação às avessas. Para ela, continua necessário sustentar o projeto de cura: todo louco é passível de tratamento. E esse tratamento não poderia prescindir da contribuição fundamental da psicanálise: a escuta da verdade contida na fala de todo sujeito. Na mesma linha, Brasil (2001) constata que, no modelo atual, os distúrbios são suportes de uma classificação que não leva em conta a subjetividade. E assevera: “eles [os pacientes] são acometidos de alguma coisa, não estão implicados nisso. Tudo se passa como se estivéssemos diante de uma doença infecciosa, por exemplo, em que o germe e o infectado fossem duas entidades de ordens distintas” (p.75). Entendendo que não haverá nenhuma mudança consistente no tratar em psiquiatria se não houver igualmente uma mudança na orientação do perfil profissional, Brasil propõe um novo dispositivo de formação do psiquiatra no qual a universalização médica seja superada por uma clínica da singularidade.

Diferentemente do que ocorre na psiquiatria, o sintoma psicanalítico só existe enquanto tal se falado pelo próprio paciente. É uma clínica feita pelos pacientes, resulta de seu discurso e ganha sentido no dispositivo analítico. Por se constituir nesse dispositivo, no endereçamento ao psicanalista, pode se dizer que este faz parte do sintoma. Daí resulta que o primeiro momento da experiência analítica se traduz por uma reorganização do sintoma em que o psicanalista é incluído.

Lacan (1974-75) define a clínica como “o real enquanto impossível de suportar”. O real não tem o mesmo sentido na psiquiatria e na psicanálise. Na psicanálise, trata-se de um impossível de suportar para o sujeito; na psiquiatria é o impossível de suportar para o corpo social. Os dois podem se recobrir em certos pontos e por isso psiquiatras e psicanalistas têm interesse em trabalhar juntos, mesmo que suas responsabilidades não sejam as mesmas.

A idéia de cura da psiquiatria está ligada a certa concepção de normalização, de supressão dos sintomas e de readaptação social do paciente. Cura psicanalítica é um processo, é uma direção, implica uma retificação subjetiva e o redirecionamento do sujeito no caminho do desejo.

A ética da psicanálise é a ética do desejo. Não ceder de seu desejo deve ser a orientação de todo psicanalista. O sintoma fala de um desejo e por isso não deve ser suprimido. *Furor curandis* é como Freud nomeou o empenho de curar a qualquer preço, a vontade de silenciar o sintoma em lugar de fazê-lo contar a sua verdade.

A importância do sintoma não se limita à neurose. Freud (1924) não recua também em relação à necessidade de extrair dos fenômenos psicóticos o seu sentido. Ele distingue dois momentos da psicose: primeiro, a perda da realidade, o isolamento, o rompimento dos vínculos libidinais com o mundo; segundo, a criação de uma nova realidade no lugar daquela que foi perdida. O primeiro momento é o da eclosão da doença propriamente dita, enquanto que o segundo, a criação de uma realidade nova, delirante, remendo no lugar em que se esgarçou a relação do sujeito com o mundo, seria o de uma tentativa de cura.

Dois termos devem ser destacados na argumentação que faço nesse trabalho: determinismo e responsabilidade. Lacan adverte que somos sempre responsáveis por nossa posição de sujeito (Lacan, 1965-66). Não há ressalvas. Não há nenhuma exceção. Nem mesmo para o psicótico que tanto responsabiliza o Outro se eximindo de sua posição subjetiva. Afirmar a responsabilidade do louco é tratá-lo como sujeito e não cair na cilada da norma social que, ao desresponsabilizá-lo pelos seus atos, ignora sua posição de sujeito e o reduz a condição de objeto do Outro.

4

A reforma psiquiátrica

4.1

Antecedentes: a contestação do modelo asilar

Ao longo do século XX diversos movimentos reformistas varreram o campo psiquiátrico. Esses movimentos colocaram em questão não só as instituições asilares, mas também os objetivos, o âmbito de atuação, o objeto e o arsenal conceitual de intervenção. Segundo alguns autores,³⁶ os principais movimentos foram os seguintes: a psicoterapia institucional francesa, a psiquiatria democrática italiana, as comunidades terapêuticas inglesas, a antipsiquiatria inglesa e a psiquiatria preventiva e comunitária americana.

Não é meu propósito fazer um estudo exaustivo de todos esses movimentos, mas tão somente de esboçar o quadro de contestação das práticas, instituições e conceitos psiquiátricos, particularmente intensos depois da Segunda Guerra Mundial.

Os movimentos acima mencionados não guardam entre si homogeneidade ou identidade de propósitos. A psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas representam tentativas de aplicação da psicanálise ao aparato psiquiátrico. A primeira, a psicoterapia institucional, teve origem no trabalho de François Tosquelles, no Hospital de Saint-Alban, na França. Tosquelles entendia que o trabalho desenvolvido se assemelhava a uma espécie de “coletivo terapêutico”, expressão que acaba consagrada para caracterizar a experiência do autor. Para Fleming (1976), a expansão da psicanálise ocorrida no pós-guerra, levou a psicoterapia institucional a ser uma “tentativa de conciliação da psiquiatria com a psicanálise”, caracterizando um forte movimento de introdução da psicanálise nas instituições psiquiátricas. O alcance transformador desse projeto não foi além do espaço asilar, de uma reforma asilar que não questionava a função social da psiquiatria, do asilo e de seus técnicos. De qualquer forma, os

³⁶ Consultar especialmente: Amarante, P., 2000; Castel, R. 1987; Desviat, M. 1999.

fundamentos psicanalíticos do movimento serão recuperados, como veremos mais adiante, por grupos dentro da reforma psiquiátrica.

As comunidades terapêuticas constituíram outra vertente, sobretudo nas décadas de 1960 e 1970, de aplicação da psicanálise ao espaço asilar, em que a interpretação do analista tinha como objeto o inconsciente dos pacientes, dos profissionais e da própria instituição. Essa experiência teve como antecedentes os trabalhos de Sullivan com psicóticos na década de 30, a experiência de Menninger da década de 40 e encontra em Maxwell Jones o seu mais importante teórico e operador prático. Ao organizar os internos em grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades, Jones buscava o envolvimento do sujeito com seu próprio tratamento e com os demais, fazendo da chamada função terapêutica uma tarefa compartilhada por todos_ técnicos, pacientes, familiares e comunidade. A concepção que norteia a experiência é a de “tratar grupos de pacientes como se fossem um único organismo psicológico.”³⁷

Na teoria, a comunidade terapêutica procura se contrapor à estrutura asilar considerada excludente e cronificadora; a comunidade se estrutura segundo regras discutidas em assembléias, das quais participam pacientes e funcionários, de modo igualitário, constituindo uma microssociedade democrática ideal. Na prática, a experiência fracassou como solução do problema manicomial e como proposta de estabelecer um regime de liberdade no interior do hospício. Ela não teve impacto sobre o modelo asilar e foi assimilada ideologicamente, emprestando um verniz moderno a uma estrutural tradicional, prestando-se antes ao marketing de hospícios privados do que a uma efetiva transformação do modelo.

Apesar de seu caráter utópico, e de ter esbarrado nos seus limites teóricos e práticos, as comunidades propunham a abertura do asilo, o desmonte da estrutura hierárquica, o reconhecimento e o chamado ao sujeito para a condução de seu próprio tratamento, assim como a valorização da escuta e da discussão franca com pacientes e familiares. A valorização ou estímulo da capacidade de autogestão, da autonomia, da administração do próprio espaço asilar e das tarefas e oficinas terapêuticas são elementos que virão a ser incorporados nas propostas da reforma psiquiátrica. Nesse sentido pode-se reconhecer na comunidade terapêutica um “antepassado nobre e generoso da Reforma” (Delgado, 1992).

³⁷ Ver: Jones, M.A. 1972.

A antipsiquiatria se pretendeu um movimento de contestação radical à ordem psiquiátrica, negando não só a validade da psiquiatria, mas também a própria noção de doença mental. Para os antipsiquiatras a cura seria um processo normal que não exigiria nenhuma intervenção terapêutica. O movimento teve como grandes ideólogos David Cooper e Laing e, depois de uma breve notoriedade entre 1960 e 1970, desapareceu sem deixar maiores vestígios.

A psiquiatria democrática italiana, que exerceu influência notável sobre os movimentos reformistas na América Latina, será objeto de maiores comentários na seção sobre a reforma no Brasil.

A psiquiatria preventiva comunitária apareceu como alternativa aos manicômios e a uma visão puramente curativa da doença. A idéia era a de organização de um amplo programa de intervenção na comunidade, visando evitar a doença pela detecção precoce das situações críticas e dos fatores de risco, instituindo-se ações preventivas. Ampliava-se assim o foco da intervenção: não mais o doente e o asilo e sim a comunidade e o conjunto da população.

O problema que se pode apontar é o caráter ideológico claramente assumido pelas propostas preventivistas ao estabelecer um intento de psiquiatrização da sociedade; substituir a doença pela “saúde mental” e definí-la como boa adaptação ao grupo social. Como assinalaram Birman e Costa, “não mais se trata de curar o doente, mas de adaptá-lo em um grupo, torná-lo novamente um sujeito definido pela rede de suas inter-relações sociais” (Birman, J. & Costa, J.F., 1994, p. 52).

A maior expressão do movimento preventivista foi o psiquiatra norte americano Gerald Caplan, cujo livro *Princípios de psiquiatria preventiva* (1980) tornou-se o eixo orientador de todas as iniciativas do gênero. Caplan não esconde o caráter eugenista e de controle social do movimento, esperando poder “manipular algumas das circunstâncias da população” para diminuir a incidência da doença mental nas comunidades. O caráter adaptacionista e normalizador da proposta fica claro no pressuposto de que muitas perturbações mentais resultam de inadaptação e desajustamento, o que poderia ser corrigido por uma intervenção no espaço social, onde o psiquiatra controlaria uma rede de agentes não profissionais como vizinhos, líderes religiosos e agentes comunitários. O médico ou os serviços de saúde não deveriam esperar a demanda espontânea dos doentes; seria necessário se antecipar, sair às ruas, entrar nas casas e guetos, conhecer os

hábitos, identificar os vícios, rastrear as ancestralidades e localizar, antes até da manifestação do distúrbio, os “suspeitos”, segundo expressão de Caplan.

Na leitura de Birman e Costa podem ser discriminados três níveis de prevenção na proposta caplaniana:

1. prevenção primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e(ou) do meio;
2. prevenção secundária: intervenção que busca a realização do diagnóstico e tratamento precoces da doença mental;
3. prevenção terciária: intervenção cujo escopo é a readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria.

Um conceito chave da psiquiatria preventiva é o conceito de crise, derivado dos conceitos de adaptação e desadaptação social, provenientes da sociologia. Caplan recorre às teorias sociológicas e antropológicas, que tematizam a relação entre sujeito e sociedade, para fundamentar a noção de desvio, entendido como um comportamento que foge ou subverte a norma socialmente estabelecida.

O modelo preventivista, originado da América do Norte, é disseminado pelos organismos internacionais (OPAS, OMS) como o modelo a ser seguido por todos os países. Esse modelo procura instituir-se como alternativa ao modelo asilar clássico contrapondo:

- um novo objeto_ a saúde mental;
- um novo objetivo_ a prevenção da doença mental;
- um novo sujeito de tratamento_ a coletividade;
- um novo agente profissional_ as equipes comunitárias;
- um novo espaço de tratamento_ a comunidade;
- uma nova concepção de personalidade_ a unidade biopsicossocial;

Embora tenha sido proposto como alternativa ao tratamento asilar tradicional, o preventivismo converteu-se em um novo projeto de medicalização da ordem social, de prescrição de normas médico-psiquiátricas para o conjunto da

sociedade, constituindo parte de um processo de *aggiornamento* da psiquiatria (Castel, 1978). Esse processo representaria a expansão da ordem psiquiátrica que, ultrapassando os muros do velho hospício, estabeleceria mecanismos de controle e disciplinamento social, por meio de uma difusa rede capilar de micropoderes.

A vaga e imprecisa noção de saúde mental, elevada à dignidade de um conceito orientador de meios e definidor de política, em substituição à doença mental, tem um aspecto estratégico no movimento preventivista. Essa substituição significou uma verdadeira mudança do objeto da psiquiatria e sustentou teoricamente a ampliação do seu espaço de intervenção. Ainda que em outra perspectiva, a saúde mental ocupará um lugar estratégico no discurso da reforma psiquiátrica brasileira, o que será objeto de comentários mais adiante. Por ora, queria resgatar a origem espúria dessa noção e assinalar a estranha aliança dos dois significantes, saúde e mental. Para concluir recorro à observação de Mannoni (1981) sobre a pretensão da psiquiatria comunitária de medicalização da sociedade e da cultura, quando “um saber tecnocrático da ‘doença mental’ é levado a obstruir o que, através da loucura, pedia para falar” (p. 185).

4.2

A reforma no Brasil

Ao contrário do que ocorria na Europa, até meados do século XIX não havia no Brasil nenhum estabelecimento destinado aos chamados alienados mentais. Estes constituíam uma massa informe em que se confundiam marginalizados sociais de todo tipo, tais como vagabundos, mendigos, criminosos, crianças abandonadas, desempregados etc. Vagavam pelas ruas ou acabavam recolhidos às prisões, sem qualquer assistência médica, sendo, frequentemente, vítimas de maus tratos e castigos corporais.

A história da psiquiatria no Brasil pode ser entendida como a história de um processo de medicalização social, onde o encarceramento dos loucos e sua submissão à disciplina asilar são um imperativo da nova ordem urbana e do novo poder médico. A ordem psiquiátrica constitui-se como paradigma de organização modelar às instituições de uma sociedade que se organiza. Trata-se de um projeto que faz do médico uma autoridade que intervém na vida social, planejando, decidindo e executando medidas ao mesmo tempo médicas e políticas. Surge

assim um movimento amplo e progressivo de ordenação médica da população através da norma, cuja eficácia é, a um só tempo, real e simbólica.³⁸

Pode-se datar o início da preocupação com a loucura com a chegada da família real portuguesa em 1808. Com o Rio de Janeiro transformado em capital do Império, e com as transformações sociais, econômicas e políticas decorrentes, exigem-se medidas necessárias de ordenação do espaço urbano, com a identificação e o controle das populações. A medicina participa da empreitada de reordenamento do espaço urbano e de disciplinarização da população, projeto no qual a medicina mental ocupa um lugar privilegiado.

É somente em dezembro de 1852 que se inaugura a primeira instituição psiquiátrica brasileira. A instituição, denominada Hospício Pedro II, localizado na Praia Vermelha, é resultado de uma campanha pública capitaneada pelo provedor da Santa Casa de Misericórdia, da qual participaram médicos, reunidos na recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, a maioria dos quais formados na França, de onde se trazem o ideal de repetir o gesto libertador de Pínel. O *slogan* da campanha pública proposta por uma comissão da Sociedade de Medicina e Cirurgia era: “Aos loucos, o hospício”.

Slogan ou anátema, assim a psiquiatria brasileira e sua instituição-símbolo, o asilo, constituem-se dentro de um projeto de medicalização social, a partir do qual, ao patologizar o comportamento do louco, torna-se possível transformá-lo em objeto de uma intervenção médico-social. É nesse sentido que a psiquiatria nasce como um instrumento auxiliar de validação da medicina social, que, ao intervir na sociedade, identifica no louco um elemento da desordem e prevê um lugar institucional para sua segregação e correção.

Considerada a alienação como uma desordem do comportamento que se manifesta por uma incapacidade de o doente se manter nos limites da ordem social, praticando atos involuntários, a cura só poderia ser obtida pela imposição de normas transmitidas por um processo reeducativo, a saber, o tratamento moral. A influência da formação francesa de nossos médicos do século XIX explica a vigência do princípio do isolamento formulado por Esquirol, prescrevendo o afastamento do louco das causas de sua loucura, fundadas na sociedade e principalmente na família. O hospício surge como um espaço medicalizado,

³⁸ Tomo como referência para a história da psiquiatria no Brasil: Machado, R. *et al.*, 1978.

terapêutico, organizado, um verdadeiro instrumento de cura. Nesse espaço, impera a figura do médico que, por si só, constitui-se em fator de recuperação ao impor uma ordenação na vontade, no pensamento e nos sentimentos do paciente. Justifica-se assim a exclusão do doente da vida social e o seu seqüestro no hospício.

A conquista de poder político para, dentro e fora do hospício, firmar-se como braço indispensável ao exercício de poder do Estado, fundamentou-se na articulação da psiquiatria com a medicina, garantindo à função do psiquiatra a legitimação científica indispensável. Como mostrou Rosen, citado anteriormente, a partir do século XIX a medicina se constituiu como uma prática política específica e com poder especializado para assumir o cuidado dos indivíduos e da população.

A despeito do discurso científico-humanista, a verdadeira face dessa casa de segregação não demora em se mostrar. Concebido para receber no máximo trezentos doentes, três anos após sua inauguração o Hospício Pedro II abrigava quase quatrocentos. Ademais, não era ainda uma instituição médica, uma vez que se encontrava em mãos de uma administração leiga, estando ausente uma assistência psiquiátrica.

Não demoraram a surgir críticas ao funcionamento do asilo, à superlotação e à falta de tratamento médico. Os doentes ficavam entregues aos cuidados de enfermeiros mal preparados e sob a administração das religiosas da Ordem de São Vicente de Paulo, vinculada à Santa Casa.

Um dos maiores críticos desse modo de funcionamento foi o médico Teixeira Brandão, primeiro catedrático de clínica psiquiátrica e moléstias mentais da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Ele reclamava a medicalização do hospício, o controle médico da instituição. Sua proposta é a instituição de uma assistência médica, baseada em princípios científicos, fazendo do hospício um lugar de conhecimento da loucura e de restabelecimento do doente mental.

Mas é somente com o advento da República que essas críticas encontram eco e, em 1890, o hospício, agora denominado Hospício Nacional dos Alienados, foi desanexado da Santa Casa e sua administração passou inteiramente para as mãos de seu diretor médico. Foi criada ainda a Assistência Médico-Legal aos Alienados, primeiro esboço de política pública nessa área. Teixeira Brandão acumula a direção do Hospício e da Assistência Pública.

A despeito dos esforços reformadores de Teixeira Brandão e seus sucessores, a função social do hospício não se alterou: lugar de segregação e de uma população pobre, marginalizada e sem amparo social. Assim, não é de se estranhar que as condições no interior do hospício não melhorassem simplesmente com a chegada da República. O ideário liberal propagado nos meios republicanos não teve acolhida nessa casa de Orates. Olavo Bilac retrata na imprensa do início do século XX, a reputação dessas instituições e, ao mesmo tempo, manifesta a esperança pela chegada de dias melhores: ele compara a sua visão do Hospício Nacional de Alienados recém-reformado com o “hospício branco e sinistro de indizível melancolia e indefinível mysterio” que vira antes:

A casa era suja e sombria; as enfermarias acanhadas e escuras; os loucos dormiam, ao acaso, atirados pelo chão; as roupas eram velhas e esfarrapadas; a comida era pessima, e o tratamento médico, se não já era o mesmo quando o grande Pinel, em 1792, foi encontrar praticado nos hospícios francezes, era ainda uma barbara e retrogada mistura de inepecia e brutalidade: quarto - forte, duchas e camisa - de - força... (Bilac apud Amarante, 2000).

Mais adiante, ao descrever os novos métodos de recuperação:

N´aquelles cerebros [em que] toda percepção é vaga, incoherente, hesitante.

E continua:

...a intelligencia é como uma ave tonta, que abre as azas, paira no espaço, procura em vão onde poisar, vae e vem, voa e revoa sem rumo certo, e cae afinal exhausta, sem ter aproveitado o esforço, e de algum modo fatigada de nada haver feito.

E Bilac apresenta com otimismo um programa de tratamento:

Hoje, ninguem lhes assegura a salvação completa, a completa e milagroza cura, - porque a Sciencia, aí de nos! ainda é para isso impotente e fallaz. Mas ja não há alli um bando de animaes inuteis ou nocivos: d`aquella animalidade inconsciente e grosseira, a sciencia e o carinho procuram tirar uma humanidade, incompleta e rudimentar, mas, em todo caso, humanidade, com algum sentimento e algum pensamento. E, quem sabe?... nunca se deve desesperar do resultado do trabalho intelligente e piedoso; d`alli sahirão, talvez, homens perfeitos e equilibrados, creados artificialmente n`aquella officina de rehabilitação humana.

Comparando com a lembrança de visitas anteriores, antes da reforma, conclui:

D'esta vez, ao transpor o portão do Hospício, já me não vieram à lembrança os versos de Dante... Não era de um lugar de supplicios que eu sahia, mas de um Sanatorium, de um laboratório de regeneração intellectual e moral.

Na imprensa, Bilac foi um dos arautos dos intentos modernizadores da psiquiatria brasileira. Expressou, de maneira clara, as expectativas geradas com a Proclamação da República e o advento do novo regime, marcado pelo predomínio dos ideais do positivismo científico.

Identificada a psiquiatria então estabelecida com o regime recém-derrogado, e por isso mesmo vista como arcaica e despótica, clamava-se por sua modernização cujos marcos deveriam ser calcados no ideário liberal veiculado pelos republicanos.

Esse projeto modernizador encontra na figura do psiquiatra Juliano Moreira o seu expoente máximo. Aliás, esse psiquiatra baiano é considerado o introdutor da psiquiatria brasileira na era científica. Moreira representou a modernidade em dois aspectos distintos. Primeiro, ao trazer ao Brasil os postulados da psiquiatria alemã, incorporando o método diagnóstico de Kraepelin com base na ênfase no caráter orgânico da doença mental. Segundo, ao estabelecer uma reordenação da assistência psiquiátrica, propondo novas formas de intervenção como *open door*, a klinoterapia e o tratamento em regime heterofamiliar.

O modelo teórico de Juliano Moreira não limita mais seu discurso à loucura e suas causas. Seguindo a tendência da época, ele alarga o campo de intervenção, partindo da concepção do indivíduo como ser social, dotado de algum grau de periculosidade e reunindo as percepções que sobre ele se produzem diversas instituições como a polícia, a justiça e a família, com base em critérios que se referem à transgressão das leis da moralidade. O saber psiquiátrico, cujo objeto é, assim, alargado, atualiza-se como uma espécie de síntese do padrão moral dominante, definindo-se o desvio como criminalidade, degeneração ou doença (Portocarrero, 2002).

Juliano Moreira ocupou a direção da Assistência praticamente durante toda a República Velha, até 1930, quando foi destituído no início do governo de Getúlio Vargas. Sua influência, contudo, estendeu-se até muito depois.

As idéias de Moreira inspiraram a criação, em 1923, da Liga Brasileira de Higiene Mental, cujo programa propugnava a intervenção no espaço social, com características eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas (Costa, 1976).

Nos anos 40, a especialidade médica da psiquiatria tornou-se mais forte e o asilamento mais freqüente. Data dessa época a transferência do Hospício Nacional de Alienados para o Engenho de Dentro, onde passou a contar com novas instalações, maior número de vagas e modernos centros cirúrgicos para as lobotomias então propostas como a última palavra em termos de tratamento da corrente organicista da doença mental.

Os anos 50 assistiram, paradoxalmente, ao fortalecimento do processo de psiquiatrização com o aparecimento dos primeiros neurolépticos e, ao mesmo tempo, de contestação ao modelo psiquiátrico, sobretudo a partir do fim da Segunda Guerra Mundial com as propostas de reforma que destaquei anteriormente, como a comunidade terapêutica, a antipsiquiatria e outras.

No campo econômico, o país vinha se modernizando rapidamente ao longo desta década. Até então predominantemente agrário, o Brasil transforma-se com a intensificação da urbanização e com a implantação de novos centros industriais. Este processo gerou uma grande massa de assalariados, em geral vindos do campo, com precária escolaridade, baixa remuneração e más condições de trabalho, dando um novo perfil à sociedade brasileira e ocasionando o surgimento de uma importante classe média urbana. Porém, em 1964, o golpe militar provocou uma guinada no desenvolvimento político, social e econômico do Brasil.

Os setores oligárquicos, que sempre controlaram o poder, reagiram fortemente à entrada do povo na cena política. O povo, representado na época pela prática populista e sindicalista, era considerado massa de manobra de políticos demagogos e de esquerdistas. Para os donos do poder, o governo do país não podia sair do controle de suas elites esclarecidas.

O novo modelo econômico implantado a partir do golpe se caracterizou pela crescente intervenção do Estado na regulação e execução dos mecanismos de acumulação capitalista. O regime político excluiu ou cerceou a participação das classes trabalhadoras e firmou-se uma aliança entre os setores dominantes do capitalismo nacional e internacional. Nesse regime excludente, a legitimação

política exigiu a cooptação dos setores excluídos, o que resultou, entre outras coisas, na estratégia de ampliação da cobertura previdenciária.

A contratação de serviços de saúde privados e a garantia de cobertura previdenciária às classes trabalhadoras se refletiram também na área psiquiátrica. Nesse sentido, o golpe de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência pública eminentemente voltada ao doente mental indigente e uma nova fase na qual a cobertura assistencial se estendeu à massa dos trabalhadores e de seus dependentes. Essa extensão se fez dentro da lógica privatista do novo regime, com a contratação de leitos em hospitais privados, que cresceram rapidamente para atender à demanda.

A grande modificação do sistema de prestação de serviços previdenciários ocorreu com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, o qual privilegiou a contratação de serviços privados em detrimento do investimento nos hospitais públicos.

A vitória da lógica privatista levou a uma deterioração acelerada dos hospitais públicos e à transformação da saúde numa mercadoria como outra qualquer. A doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro. Não é de se estranhar que, coerente com esta lógica, tenha ocorrido um enorme aumento do número de vagas e internações em hospitais psiquiátricos privados. Chegou-se ao ponto de a Previdência Social investir noventa e sete por cento (97%) do total de recursos para a psiquiatria em internações na rede hospitalar, caracterizando o processo de privatização da assistência psiquiátrica, que Cerqueira (1984) denominou de “indústria da loucura”. Para esse autor, no triênio 1965/ 1968 houve um aumento de 20% no total da população hospitalar (60% na rede privada), de 51% de primeiras admissões (84% na rede privada), de 48% no total de readmissões (98% na rede privada) e um crescimento de 45% no total de leitos-chão (1040% na rede privada).

Leitos-chão! Não poderia haver indicador mais contundente da ignomínia desse tipo de modelo assistencial. Indigência material que se somava à indigência terapêutica:

Se nos lembrarmos que o hospital psiquiátrico não é a Casa de Orates, que o doente mental não é o bicho-papão que o leigo fantasia, e que metade dos leitos hospitalares de qualquer grande cidade ocidental é destinada a eles, temos de convir que vale a pena o esforço para reabilitá-los. Tanto mais quanto se sabe que

90% são francamente reabilitáveis, exceto aqueles 'cronicados'. Mas até estes têm possibilidades.

E, ainda, o que é necessário:

... desmascarar o mito do crônico (produto mais da incúria mental-higiênica e assistencial do que do destino) e denunciar a pseudo-solução que é a Colônia, bem como a desumanidade que é o hospital de 1000 doentes (Cerqueira, 1965, p., p. 7).

O modelo privatizante na saúde, e não apenas na psiquiatria, desde o início questionado, passou a ser alvo de críticas radicais com a crise institucional e financeira da Previdência Social no início dos anos 80. Esta crise levou o Estado a adotar medidas racionalizadoras e disciplinadoras do setor privado e, ao mesmo tempo, medidas que visavam reorganizar o setor público.

Com o processo de redemocratização do país já em curso, aumentou a participação de setores representativos da sociedade na formulação de políticas e na gestão do sistema de saúde. É nesse contexto que surgirão as propostas reformistas que culminarão no chamado Movimento de Reforma Psiquiátrica.

Esse movimento de reforma apresenta alguns marcos que não podem deixar de ser referidos, tanto no Brasil quanto no plano internacional: o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), entre os anos de 1978 e 1980; a Declaração de Caracas, (OPAS/OMS); as Conferências Nacionais de Saúde Mental e a Lei número 10.216, de 6 de abril de 2001, mais conhecida como Lei da reforma psiquiátrica. Em conjunto, constituem referências e configuram o que se convencionou chamar de Movimento de Reforma Psiquiátrica e Cidadania no Brasil.

O movimento de reforma propõe a discussão de algumas questões: a cidadania dos doentes mentais, os limites da reforma legal, os novos modelos de cuidado que o projeto de superação do paradigma asilar impõe.

A chamada Declaração de Caracas foi proclamada, em novembro de 1990, pela Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), convocada pela Organização Mundial de Saúde (Desviat, 1999). Essa Conferência, cuja influência ideológica se estendeu por toda a América Latina, assevera que: "A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e

preventiva” e mais: “ a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços”.

Além das recomendações para que a internação psiquiátrica, quando necessária, seja feita em hospitais gerais e outros serviços, e de que os tratamentos fornecidos devam “salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis dos pacientes, a Declaração de Caracas estende tal recomendação à necessária reforma legal a ser implantada em tais países”.

A Declaração de Caracas forneceu a justificativa ideológica e suas recomendações abriram caminho para a discussão de alternativas técnicas no cuidado ao doente mental. Em realidade, a conferência aglutinou e deu forças, organicidade e sustentação institucional, sob o manto das organizações internacionais, aos movimentos reformistas em toda a América latina.

No Brasil, as Conferências Nacionais de Saúde tornaram hegemônico o discurso antimanicomial e elegeram como ponta de lança da reforma a luta pela aprovação do projeto de Lei Paulo Delgado, cuja tramitação tivera início em 1989. O projeto Paulo Delgado, que se tornou o eixo das discussões e da luta pela reforma, propunha:

- 1) deter a expansão dos leitos manicômiais. Nesse sentido o projeto estabelecia uma norma política pública ao impedir, no seu artigo primeiro, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos, e a contratação ou financiamento, pelo Estado, de novos leitos em hospital psiquiátrico. Não menos importante, o projeto fixava uma diretriz técnica, deslocando o eixo do atendimento do manicômio para os recursos extra-hospitalares;
- 2) introduzir um novo tipo de cuidado: a retração do aparato manicomial significa investir em novos espaços de acolhida, em estruturas intermediárias, abertas, em promoção social dos pacientes. A criação de uma rede de ambulatórios, hospitais-dia, centros e núcleos de atenção psicossocial, residências terapêuticas etc., representam uma alternativa efetiva de transformação do modelo tradicional hospitalocêntrico, na perspectiva de um sistema público unificado e democrático de saúde (SUS);

- 3) o fim das internações anônimas. Esse aspecto resultaria da regulamentação da internação involuntária, sustentáculo da legitimidade jurídica do dispositivo asilar. Assim, o artigo terceiro do projeto determinava a comunicação à autoridade judiciária das internações contra a vontade do paciente. Tratava-se de medida elementar do direito civil de ir e vir do cidadão, resguardando o paciente de um ato de violência que, se necessário, devia ser regulamentado.

Em 2001, com a aprovação da Lei número 10.216, a partir do substitutivo do projeto original do deputado Paulo Delgado, o movimento de reforma psiquiátrica obtém sua vitória legal. Apesar das modificações, fruto de negociações do Congresso Nacional, a lei conservou o espírito da reforma.

Chegamos, pois, a um estágio bastante significativo do movimento de humanização e reforma da assistência ao doente mental. Pode-se dizer que a utopia da “sociedade sem manicômios” (Basaglia, 1985) tem correspondência na luta pelos direitos civis e pela liberdade. Não se trata, propriamente, de resgate da cidadania, pois não se recupera o que nunca se teve. De certo modo, o louco foi sempre um pouco como estrangeiro _ *alienus* _ na cidade antiga: não podia ali ser “proprietário, nem herdar, nem testar, nem fazer contrato de espécie alguma, nem aparecer perante os tribunais ordinários dos cidadãos, não podia casar-se ou, pelo menos, não lhe reconheciam esse casamento... seus filhos eram considerados bastardos” (Coulanges, 1975, pp. 154-7).

O grande ideólogo do movimento da reforma psiquiátrica e da luta pelo reconhecimento dos direitos de cidadania do doente mental foi Franco Basaglia. Seus livros, sobretudo *A instituição negada* (1985) e *Os crimes da paz* (1977) forneceram a plataforma político-teórica do movimento, cujo lema foi “por uma sociedade sem manicômios”. O êxito do movimento antiinstitucional na Itália, com a criação da chamada psiquiatria democrática teve extraordinária influência no Brasil. Basaglia denuncia a violência representada pelo manicômio e pelas formas de tratamento empregadas, desvelando seu caráter ideológico de dominação, como um instrumento de manutenção da ordem social opressora.

O título de um dos livros referidos, *Os crimes da paz*, indica a violência da qual o doente mental é objeto. A propósito, o subtítulo desse mesmo livro, em realidade uma coletânea de artigos, *Investigação sobre os intelectuais e os*

técnicos como servidores da opressão, não é menos eloqüente sobre a posição engajada desse autor. O próprio título do primeiro livro citado, *A instituição negada*, é revelador da proposta de Basaglia e do movimento de reforma no Brasil: a desinstitucionalização do doente mental e a desconstrução do manicômio e do saber psiquiátrico.

O tratamento baseado na segregação, na violência e na exclusão social que permite a equação louco = perigoso é o que Basaglia define como criminalização da doença. Um crime da paz, um crime realizado através de ações e saberes técnicos, que, por sua vez, o justificam e o ratificam. Assim, o doente mental é punido através da segregação manicomial e da perda dos direitos. Além das instituições, dos saberes e das políticas é crucial a interpelação que Basaglia dirige aos profissionais, esses “técnicos do saber prático”³⁹, os executores materiais da violência legalizada e justificada.

Denunciar a função ideológica de dominação social e de justificação da violência institucionalizada, especialmente na realidade brasileira, com sua “... extraordinária longevidade da cultura e das práticas autoritárias” (apud Vilhena & Santos, 2000, p. 159), é tarefa a que se dedicaram vários autores. O próprio Código Civil, de 1916, ao considerar absolutamente incapaz “os loucos de todo o gênero”,⁴⁰ demarcava um espaço de exclusão, desqualificando o doente mental enquanto sujeito de direito. Essa desqualificação, que não é exclusiva do doente mental, mas atinge igualmente enormes segmentos sociais, tais como os idosos, as crianças, os negros, os pobres e outros, abre as portas para a chamada banalização da violência. (Costa, 1984).

Está claro que grande parte do contingente definido como crônico nos hospitais psiquiátricos pertence às camadas mais desassistidas da sociedade. Em geral, são moradores, abandonados por famílias sem condição econômica para amparar e garantir condições para tratamento em regime ambulatorial. Para dar conta dessa situação de segregação social surgiu, em 2003, o programa federal De Volta para Casa (Lei 10.708), pelo qual se instituiu um auxílio pecuniário (e de apoio jurídico) para egressos de internações por um período igual ou superior a dois anos ininterruptos. Também com o mesmo objetivo, foi promulgada, no Rio

³⁹ Expressão cunhada por Sartre para definir os executores materiais da ideologia dominante (apud. Basaglia, 1977).

⁴⁰ Expressão suprimida no novo Código Civil, de 2002.

de Janeiro, a Lei Municipal 3.400, de maio de 2002, criando uma bolsa de incentivo para assistência, acompanhamento e integração extra-hospitalar para pacientes com história de longa permanência em hospitais psiquiátricos. São ações de inclusão social, de resgate de cidadania, voltadas para os pacientes egressos do meio asilar.

De fato, se há um sentido no movimento da reforma psiquiátrica, este pode ser definido assim: rumo à cidadania.

4.3

Dimensões da cidadania

O fenômeno da cidadania é complexo e historicamente definido. O ideal da cidadania plena desenvolvida no Ocidente combina liberdade, participação e igualdade para todos. Esse ideal, talvez inatingível, serve de parâmetro para o julgamento da qualidade de cidadania em cada país e em cada momento histórico.

A referência maior para os estudos sobre a cidadania é o livro *Cidadania, classe social e status*, de T. H. Marshall (1967). Para esse autor, o conceito de cidadania cresceu na Inglaterra, a partir do século XVIII, em decorrência do desenvolvimento da sociedade capitalista, articulado à Revolução Industrial. Isso implica que o fenômeno da cidadania deve ser necessariamente referido a uma sociedade concreta, a um período histórico e às lutas sociais protagonizadas pelas diversas classes ou grupos sociais. Embora a análise de Marshall se refira essencialmente ao desenvolvimento da cidadania na Inglaterra, seu trabalho se tornou paradigmático e referência obrigatória para se pensar esta questão, não só nos países centrais, mas também na periferia do capitalismo.

Marshall distingue três dimensões da cidadania: os direitos civis, os direitos políticos e os direitos sociais. Na sociedade inglesa, ele demonstra que, primeiro se desenvolveram, no século XVIII, os direitos civis. Estes são os direitos fundamentais à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei. Os direitos civis se desdobram na garantia de ir e vir, de escolher o trabalho, de liberdade de expressão do pensamento, de livre organização, da inviolabilidade do lar, de não ser condenado sem processo legal regular. A garantia para o gozo desses direitos seria a existência de um poder judiciário independente e acessível a todos. Eles estão na base do próprio desenvolvimento da sociedade civil moderna,

tal como a conhecemos hoje. O cerne dos direitos civis é a liberdade individual (Carvalho, 2001).

Os direitos civis correspondem ao que Locke chamou de "direitos naturais inalienáveis" (apud Coutinho, 1997, pp. 145-66). Todavia, ao contrário do que pensava Locke, os direitos civis são construídos historicamente e surgem, inicialmente, enquanto demanda da burguesia emergente contra o Estado absolutista. Com a hegemonia da classe burguesa, os direitos civis tornam-se os mais universais e fundamentam o Estado de Direito Moderno.

Os direitos políticos são mais tardios, menos universais e se referem à participação do cidadão no governo da sociedade. O cerne desses direitos é a idéia de autogoverno. Eles se materializam nos partidos políticos, nos sistemas eleitorais e no Parlamento livre e representativo.

Finalmente, a terceira dimensão da cidadania: os direitos sociais. Esses se desenvolvem no século XX, principalmente depois da Segunda Guerra Mundial. Resultam das lutas da classe operária no marco da democracia liberal. Para Marshall, os direitos sociais seriam:

Tudo o que vai desde o direito ao mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade (Marshall, op. cit., p. 63).

O cerne dos direitos sociais é a idéia de justiça social. São eles que garantem a participação do cidadão na distribuição dos produtos do trabalho. Eles se desdobram no direito à educação, ao salário justo, à saúde, à aposentadoria. Exigem, para a sua vigência, a intervenção do aparelho do Estado na vida social e a implementação das chamadas políticas sociais. Esses direitos implicam na vinculação política entre o Estado e o cidadão. Sua expansão significa o aprofundamento dessa vinculação. Do ponto de vista político, a concessão dos direitos sociais significou a integração política das classes trabalhadoras no Estado capitalista, vale dizer, um processo de cooptação dos trabalhadores no quadro da hegemonia burguesa⁴¹. Assim, paradoxalmente, as lutas pela cidadania social culminaram na maior legitimação do Estado capitalista. Esse paradoxo se expressa, por exemplo, no debate travado entre autores como Turner (1986), que

⁴¹ Acerca do conceito de hegemonia, ver: Gramsci, A (1988).

privilegia o papel das lutas sociais na criação dos direitos sociais e Barbalet (1989) que ressalta o papel do Estado com vistas à garantia da segurança das classes dominantes.

O desenvolvimento da cidadania descrito por Marshall mostra que não se trata apenas de uma seqüência cronológica. Há uma lógica intrínseca no "caso inglês". Com base nas liberdades civis, os ingleses conquistaram o direito de votar e participar do governo. A participação permitiu a criação do Partido Trabalhista, a eleição de operários e a própria criação da Câmara dos Comuns. Fica claro o caráter histórico do fenômeno da cidadania e a necessidade, para estudá-lo, de referi-lo sempre a uma sociedade concreta.

Já Bobbio (1992) estabelece uma distinção entre direitos proclamados e direitos efetivos, salientando que, em grande número de países, a maior parte dos direitos sociais permanece no papel. Sintonizando com a modernidade, ele vai além da categorização proposta por Marshall e fala de direitos de terceira e quarta geração. Os primeiros expressam o anseio de viver num mundo não poluído e converteram-se numa bandeira de luta universal em prol de uma legislação que imponha limite ao uso de substâncias poluentes. Tão proclamatório quanto os anteriores são os chamados direitos de quarta geração. Referem-se aos limites éticos das pesquisas biológicas que permitirão manipulações do patrimônio genético de cada sujeito.

O surgimento seqüencial dos direitos, isto é, toda essa historicidade, comprova que os direitos não nascem todos de uma vez. São respostas de resistência ao aumento do poder do homem sobre o homem, do aumento de sua capacidade de dominar a natureza e os outros homens. Isso cria novas ameaças à liberdade individual ou permite novas soluções para seus problemas: as ameaças são enfrentadas com demandas de limitações do poder; as soluções são exigências de que o poder intervenha protegendo o cidadão. No primeiro caso, direitos de liberdade; no segundo, direitos sociais.

Sobre a questão dos direitos humanos, Bobbio formulou três teses centrais:

- 1) os direitos naturais são direitos históricos;
- 2) nascem no início da era moderna; e

- 3) tornam-se um dos principais indicadores do processo histórico, podendo ser interpretados como um *signum prognosticum* do progresso moral da humanidade.

A partir dessas teses, esse filósofo político italiano aponta o caráter revolucionário do reconhecimento dos direitos naturais do homem, e identifica a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, como uma virada histórica do gênero humano. Também insiste que os direitos do homem são fins a serem perseguidos sempre, uma vez que eles não se efetivaram completamente em toda parte. Assim, a problemática fundamental relacionada aos direitos do homem na contemporaneidade não é tanto de justificá-los, mas sim o de protegê-los. Esta não é mais uma questão filosófica, como fora na Idade Moderna, mas sim política. O ponto nodal refere-se hoje à realização concreta dos direitos.

De certo modo, a polêmica acerca dos fundamentos dos direitos humanos encontrou um ponto de convergência, em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, mesmo que sua efetivação seja problemática em boa parte do mundo. Não há dúvida de que a humanidade progrediu moralmente ao passar de uma “era dos deveres” para uma “era dos direitos”. Porém, há que se estabelecer uma diferença entre “direito atual”, direito reconhecido e protegido, e “direito potencial”, direito que para efetivar-se precisa passar do estágio de objeto de discussão de especialistas para objeto de decisão de um órgão legislativo dotado de poder de coerção.

Embora paradigmático, o percurso inglês foi apenas um entre outros. Cada país seguiu seu próprio caminho. No Brasil encontramos particularidades importantes. A primeira refere-se à maior ênfase em um direito, o social, em relação aos outros. A outra particularidade refere-se à precedência dos direitos sociais sobre os demais.

Esta caracterização do percurso da cidadania no Brasil localiza no primeiro governo Vargas (1930-1945) a primeira grande sistematização dos direitos sociais no país (Carvalho, 2001). É bem verdade que essa sistematização articula o conceito de cidadania não a um código de valores políticos, mas a um sistema de estratificação laboral definido por norma legal. Desse modo o reconhecimento dos direitos de cidadania se faz mediante a regulamentação de novas profissões e/ou ocupações e extensão dos direitos aos trabalhadores dessas profissões. É o que

Santos (1987) denomina por "cidadania regulada", cujas raízes encontram-se na associação entre cidadania e ocupação, restringindo-se os direitos do cidadão aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo.

A idéia de cidadania guarda estreita relação com o desenvolvimento do chamado Estado-Nação, cuja origem data da Revolução Francesa, de 1789. Da cidadania fazem parte a lealdade a um Estado e a identificação com uma nação. Hoje se vive uma crise do Estado-nação, vinculada à internacionalização do sistema capitalista. A criação de blocos econômicos e políticos têm causado uma redução do poder dos Estados e uma mudança das identidades nacionais. A redução do poder do Estado afeta a natureza dos direitos, sobretudo políticos e sociais.

Olhando com preocupação essas transformações em escala mundial, a que se deu genericamente o nome de globalização, é que o historiador Eric Hobsbawm (2007) alerta para a necessidade da defesa dos direitos e da liberdade como anteparos ao retorno da barbárie social e econômica. Por isso, julga ser fundamental levantar a bandeira dos valores do Iluminismo do século XVIII, única garantia do progresso civilizatório. Esses valores seriam, ainda hoje, nossa principal defesa contra o avanço do irracionalismo e da barbárie. Ele observa que a vida política e social repousa sobre a restrição da liberdade individual absoluta, e que mesmo o ideal de mercados autônomos depende do poder da lei e de instituições para garantir a segurança dos contratos. Em princípio, isso se aplica a todas as ações humanas. Daí ser fundamental a defesa do regime democrático de direito, o único inventado pelo homem capaz de garantir as liberdades dos cidadãos e de limitar o poder do Estado.

O impacto do processo de internacionalização do sistema capitalista, com a criação de blocos e entidades políticas e econômicas supranacionais, tem se refletido na chamada "redução do Estado" e na sua incapacidade de implementar políticas sociais. Isso repercute na área da educação, saúde e saneamento, segurança pública etc, agravando ainda mais as desigualdades e a injustiça social, pela inexistência de mecanismos de compensação. Como isso se reflete no campo da Saúde Pública? Em particular, como afeta a assistência ao doente mental? Como, nessa conjuntura, serem formuladas políticas de inclusão social?

4.4

Cidadania e loucura: um paradoxo?

Com base no itinerário do conceito de cidadania, irei questionar a sua pertinência em relação ao louco. Como vimos, o processo da reforma psiquiátrica ultrapassa em muito a mera proposição de rearranjos nas técnicas e instituições. Representa, essencialmente, uma rediscussão do lugar da loucura e do louco na sociedade. Essa discussão permite indagar se o louco goza dos foros de cidadania. Se goza, que tipo de cidadão é o louco?

É certo que essa articulação_ cidadania e loucura_ apresenta uma série de dificuldades, tanto do ponto de vista teórico, quanto do seu reconhecimento na vida cotidiana. Se se acompanha Foucault (1987), pode-se dizer que se trata de uma relação paradoxal: se o louco é percebido como alguém privado de razão, ele está liminarmente excluído da cidadania. Se se acompanha Swain (1977), pode se dizer que a razão não se perdeu no louco, portanto ela é uma ponte por onde o louco poderá alcançar o território da cidade.

Essa problemática assumiu grandes proporções recentemente a partir do momento em que a questão da reforma psiquiátrica ocupou lugar privilegiado na pauta dos movimentos sociais na Saúde, com o avanço do processo de redemocratização do país. De modo geral, pode-se dizer que a cidadania do louco se insere no campo da ampliação dos direitos civis e sociais de segmentos específicos como os negros, as mulheres, as crianças e adolescentes, os idosos etc. Há quem defenda que o Estado brasileiro teria uma “dívida” real com os doentes mentais, em função de seu processo histórico de exclusão e o conseqüente prejuízo de sua inserção social. Segundo esse entendimento, a dívida social com o doente mental se definiria pelo desrespeito para com a sua condição legítima de cidadania. Um dos pontos do ideário da reforma psiquiátrica seria o resgate político dessa cidadania vilipendiada.

A inspiração da reforma brasileira nos pressupostos teóricos da psiquiatria democrática italiana fica evidente na eleição da estratégia política de condenação do asilo e pela ênfase dada à questão da cidadania do doente mental.

Todavia, apesar do inegável avanço da discussão entre nós, não se deve perder de vista que a questão da cidadania do doente mental é marcada por um paradoxo. E esse paradoxo não é conjuntural ou um simples desvio de uma rota de

progresso no reconhecimento de direitos líquidos e certos, mas, ao contrário, trata-se de algo estrutural e instituído na constituição histórica da figura da doença mental. A transformação da loucura em doença mental implicou, como assinalai, na exclusão social do doente da condição de cidadania. Se, por um lado o estatuto de doente permitiu ao louco a concessão do direito de assistência e tratamento, por outro sob a proteção do Estado, autorizou também a subtração de sua condição de cidadania plena.

O surgimento da psiquiatria, com Pinel, e a subsunção da loucura no conceito de doença mental definida como desrazão, baseado na racionalidade naturalista no discurso médico, deu-se no contexto histórico da constituição de uma nova ordem política e social, rompendo com as hierarquias absolutas da sociedade tradicional. Com a Revolução Francesa, a condição de cidadania é reconhecida para o conjunto dos indivíduos dentro de um registro político de universalidade. A liberdade e o exercício da razão e da vontade seriam as condições de possibilidade para participação nesse contrato social.

A figura do doente mental não se sobrepunha à figura do cidadão, uma vez que não era definido como um sujeito da razão e da vontade. É com esse entendimento, isto é, o de que ao doente mental faltariam os atributos necessários ao pleno exercício dos direitos de cidadania, que a psiquiatria pôde postular a internação e sua reeducação como sujeito e como cidadão através de um processo terapêutico de ortopedia moral. Foi essa a base da proposta de isolamento de Esquirol e de tratamento moral de Pinel. Com a pedagogia da sociabilidade instituída no asilo, aos loucos seriam devolvidos os atributos da razão e da vontade, o que lhe permitiria reinscrever-se no espaço social. Isto significa que para recolocar o doente em condições de participar da vida social, haveria que excluí-lo. Para incluir, a condição prévia seria a exclusão.

A reforma psiquiátrica denuncia esse processo de exclusão e propõe uma nova inscrição social do louco. Toma como ponto de partida uma crítica radical à instituição psiquiátrica tradicional, o asilo ou manicômio, instituição-símbolo de um passado de violência, estigma e segregação. Para o movimento da reforma, a proposta não é a de uma simples desospitalização, de destruição do asilo, mas a pretensão é a de desconstrução do chamado aparato manicomial, o que implicaria na própria superação do conceito de doença mental e na construção de uma nova práxis.

Identificando uma carga ideológica no conceito de doença mental, acusado de ser demasiado específico, absolutista e afirmativo, Rotelli (1990) propõe sua substituição pela expressão “existência - sofrimento do sujeito em relação com o social”. Acredita que substituindo o termo doença por “existência-sofrimento” escaparia do reducionismo a que todo conceito inevitavelmente leva e conseguiria dar conta da complexidade do processo. Assim, a terapia deixaria de ser “entendida como a perseguição da solução-cura” para ser “um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento”.

Reconhecendo que a questão da loucura tem implicações que escapam ao domínio exclusivamente médico ou da saúde para se estender à própria vida cultural de uma sociedade, a reforma tem a ambição de obter o desmantelamento da trama de saberes e práticas construídas em torno do objeto doença mental. Mais ainda: deseja construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a loucura.

Para atingir seus objetivos, a ideologia reformista entende que uma transformação de tal monta só seria possível com mudanças sociais mais amplas que retirem os pilares de sustentação da instituição psiquiátrica. Nessa direção, o caminho seria político e não técnico. Em realidade, nessa concepção o político e o técnico se confundem. É esse, aliás, o argumento esgrimido por Basaglia (1985) ao criticar a redução da doença mental a um registro individual e a uma perspectiva “objetivadora”. Para ele, o sofrimento individual só adquire sentido em relação ao corpo social, na relação com os outros. O foco deve estar sempre na esfera social e nas relações entre a doença e a política.

Nessa perspectiva, o cerne da luta travada pelo movimento reformista, tanto na Itália quanto no Brasil, relaciona-se especificamente às formas de sujeição, dominação e gestão da loucura.

A sustentação teórica de Foucault e as propostas e o otimismo da prática de Basaglia apontam para a necessidade de se pensar o processo de transformação como essencialmente político, cujo desdobramento será resultado do engajamento de profissionais, familiares, enfim, dos movimentos sociais organizados. Como demonstra Foucault (1981), as tentativas de gestão e controle das anormalidades desempenham um papel essencial na economia do poder, indicando uma outra ótica nas relações entre poder e verdade.

É de grande valor teórico a introdução de seu conceito de bio-poder. Trata-se de um poder que produz e ordena as forças ao invés de simplesmente reprimi-las; não se exerce sob a forma da segregação ou do banimento, mas da gestão da vida. Se o poder soberano mostrava sua força por ser capaz de causar a morte, o bio-poder se exerce sobre a vida, sua multiplicação e gestão. É um poder que nasce com a sociedade burguesa e suas instituições, em substituição ao poder do soberano na sociedade tradicional. Têm-se então dois tipos de poder distintos e correspondentes a dois sistemas: a macro-física da soberania, característica da sociedade pós-feudal, pré-industrial, e a micro-física do poder disciplinar, cujo funcionamento é descentralizado e capilar, chegando aos corpos, agindo sobre eles, levando em conta os gestos, os comportamentos, os hábitos, o tempo e as palavras. É mais eficaz que o poder soberano na medida em que se capilariza de tal forma e com tal especificidade que Foucault denomina de “contato sináptico corpo-poder” (2006).

O nascimento do bio-poder identifica o momento de transformação social, em que o poder deixa de ter um caráter essencialmente negativo cujo modo de operação é a repressão e a violência, e passa a ter uma positividade e uma produção. Nessa nova forma de poder, o fundamental não é mais a exclusão e sim o controle e a administração, com um objetivo que é ao mesmo tempo econômico e político.

Em *Vigiar e punir* (1977a), Foucault mostra como esse poder microscópico e contínuo chega até os corpos individuais, tornando-os dóceis, obedientes, analisáveis e manipuláveis, passíveis de transformação e aperfeiçoamento. O século XVIII marca o momento decisivo em que o corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e recompõe. Nasce uma “anatomia política”, que é também uma “mecânica do poder”, cujo resultado é o aumento das forças do corpo (em termos econômicos de utilidades) e diminuição dessas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Vê-se então uma dissociação do poder do corpo, fazendo dele tão somente uma aptidão, uma capacidade.

O poder disciplinar, dotado de uma positividade, mostra-se essencial na produção de um saber. Seja no sistema jurídico, seja na escola ou na medicina, enfim por toda parte o poder opera não pela imposição jurídica, mas pela técnica; não pela lei, mas pela norma; não pelo castigo, mas pelo controle.

Foucault destaca dois pólos: uma anátomo - política dos corpos e uma bio - política da população. O primeiro domestica os corpos, torna-os “dóceis e úteis”; o segundo permite a criação de uma tecnologia de ajuste da população à economia por meio de procedimentos regulares. Essas formas de exercício do poder disciplinar exigem a observação regular, o acompanhamento, o exame e a classificação quase permanente.

É assim que a escola, por exemplo, torna-se uma espécie de aparelho de exame ininterrupto que acompanha toda a operação de ensino.

Não é diferente o efeito sobre a medicina e sua liberação epistemológica no final do século XVIII com a organização do hospital como aparelho de examinar. Se o hospital era antes de tudo um local de assistência, vai tornar-se local de formação e aperfeiçoamento científico: reviravolta nas relações de poder e constituição de um saber.

Nessa linha de desenvolvimento teórico que vou muito esquematicamente resumindo, Foucault demonstra que não há como manter a ilusão de uma neutralidade do saber, como se fosse possível separar de maneira clara um saber científico dotado de neutralidade objetiva e um saber ideológico que cairia nas malhas da política. Para ele, há que renunciar à idéia de que só há saber aonde as relações de poder estão suspensas, ou que há um sujeito do conhecimento que pode tornar-se livre em relação ao sistema de poder.

Em realidade, todo saber é político, porque tem sua gênese em relações de poder. O poder produz; ele produz realidade; produz campos de objetos e rituais da verdade; todo lugar de exercício do poder é também um lugar de formação de saber.

Essa pequena digressão pelo fecundo texto que é *Vigiar e punir* é necessária para entender os mecanismos de poder e, em consequência, pensar as formas e estratégias de resistência que podemos construir. Sendo o poder disciplinar descentrado e capilar, a resistência terá que ser pensada de uma forma igualmente descentrada, como uma multiplicidade de pontos e de movimentos, como “resistências” no plural. Se ao poder soberano cabia opor uma grande resistência, ao poder disciplinar impõe-se uma multiplicidade de pontos de resistência. Como assinala Foucault na *Historia da sexualidade* (1977b), as resistências são o outro termo das relações de poder; inscrevem-se nessas relações como o interlocutor irreduzível.

Destarte, nos próprios mecanismos de poder inscrevem-se as formas de contra poder, de movimentos políticos de contestação, de estratégias de contra hegemonia. Os caminhos da reforma psiquiátrica incorporam essas estratégias e se fazem múltiplos, plurais. E não poderia ser diferente uma vez que o movimento da reforma incorpora grupos diversos, profissionais e não profissionais, desde o movimento de trabalhadores da saúde mental até familiares e organizações da sociedade civil. Trata-se de um movimento, de um trabalho em desenvolvimento, em que o elo entre os diversos militantes é o lema_ Por uma sociedade sem manicômios!

A heterogeneidade do movimento reformista e mesmo o conflito entre seus diversos grupos é descrita por Barreto (2005) ao agrupar suas principais linhas de força: o lugar da psicanálise; a retomada da orientação da psiquiatria biológica e a problemática do social.

À psicanálise credita-se a centralidade da noção de sujeito e a afirmação do desejo em diferentes modos de subjetivação que levem em conta a diferença posta em causa pela loucura.

Lobosque (2003) chama a atenção para o par exclusão-inclusão sempre posto em questão nas discussões da reforma. Comportando uma polissemia, destaca o significativo incluir como sinônimo de adaptar, normalizar, abolir a diferença. E denuncia a vocação histórica das disciplinas “psi” para constituir seu afazer como prática de psicologização e psiquiatrização da vida humana. Outro sentido de incluir é o de acolher, fazer caber, criar lugar. Se o primeiro sentido é psicologizante, o segundo, entendido como combate à exclusão, é claramente político: significa tomar a palavra, dar voz, decidir sobre coisas que nos dizem respeito, enfim, uma questão de cidadania.

Para Lobosque, um desafio teórico seria criar uma ancoragem para a loucura na cultura, sem aprisioná-la mais uma vez. Identifica como obstáculo, o preconceito de restringir a problemática da subjetivação ao campo psi. Apoiando-se em outros autores,⁴² ela assinala que a subjetivação é um processo essencialmente político, que se estabelece quando indivíduos ou coletividades se opõem aos saberes e aos poderes dominantes, constituindo “uma espontaneidade rebelde”. Assim, os profissionais “psi” e o próprio movimento reformista

⁴² Os autores referidos são Nietzsche, Delleuze Foucault e Gauttari.

deveriam “abrir mão do monopólio, das técnicas e discursos da subjetividade para participar dos processos de subjetivação que reinventam a política, a economia, as estruturas sociais” (p. 185).

Outra linha de força no movimento reformista é a presença da psiquiatria biológica nos serviços e programa de saúde mental. Barreto (2005) chama a atenção para o prestígio das teses fisicalistas. Constata a chegada de um crescente número de psiquiatras formados nessa orientação, situação tida como inevitável graças ao predomínio da psiquiatria biológica na maioria dos programas de residência médica. Barreto identifica na incorporação do renovado objetivismo desses psiquiatras um foco de contradições no “tronco frágil da reforma” (p. 136), restaurando mitos cientificistas da psiquiatria do século XIX.

A ênfase nos determinantes sociais e nas relações entre loucura e política agrega um grande contingente de militantes que desencadearam o movimento reformista. Para Barreto, suas limitações se revelam na instabilidade de sua plataforma conceitual e na tendência a restringir a doença mental a uma etiologia sociogênica, empobrecendo a dimensão da clínica. As linhas de desenvolvimento mais interessante desse grupo são as formulações sobre o projeto democrático, os processos de emancipação e as teorias acerca do sujeito.

Na mesma direção, Birman (1992) observa o impasse em identificar alienação social e loucura. Não sendo a loucura senão uma forma de alienação, a instauração da cidadania para os loucos possibilitaria o seu reconhecimento positivo como sujeitos da razão e da vontade. Para ele, não se poderia reduzir a loucura à alienação social. Esse equívoco impediria o reconhecimento da especificidade do universo da loucura, a verdade que existe nesse modo singular de existência. Esse reconhecimento implicaria romper com as concepções de verdade e subjetividade do discurso iluminista. Implicaria, ademais, reconhecer a diferença do universo da loucura sem retirá-la do campo da verdade e sem desconhecer a presença da função sujeito. Isso significa pensar a loucura não como negatividade, mas como positividade no registro da diferença e da alteridade.

Freud foi talvez o primeiro a destacar a positividade da experiência da loucura. Reconheceu não apenas a existência de um sujeito na loucura, mas também a verdade nessa experiência. Tanto os sintomas neuróticos quanto os fenômenos na psicose conteriam uma verdade concernente ao sujeito aí presente

Uma mentira histórica, por exemplo, conteria uma verdade expressa positivamente na enunciação que se deduz dos enunciados do sujeito. Da mesma forma a produção delirante-alucinatória representaria uma tentativa de reconstruir a realidade rechaçada por outra mais conforme aos desejos do sujeito. Assim, Freud (1924) inscreve o delírio como uma reconstrução, uma tentativa realizada pelo sujeito de restaurar as suas relações com o mundo.

O trabalho do psicanalista é o de acompanhar o sujeito nessa reconstrução ou, para usar uma expressão de Lacan (1955-56), “secretariar” o louco. Sendo o delírio uma tentativa de cura, a psicanálise reconhece a positividade dessa experiência. Qualquer tentativa que vá na direção de frustrar ou interromper a reconstrução delirante seria contraproducente ou antiterapêutico. As drogas psicofarmacológicas ou as medidas normativas de caráter psicossocial vão nessa direção ao tomar o delírio como desvio da razão e déficit da função subjetiva.

Para Freud, a psicose tem uma positividade própria e não pode ser tomada por referência à neurose. Muitos psicanalistas pós-freudianos se enganaram ao pensar na neurotização do psicótico como a direção da cura a ser empreendida pela psicanálise. Essa é uma cilada na qual caíram alguns projetos reformistas, entre os quais, a psiquiatria comunitária americana e a psiquiatria francesa de setor, indicando a homogeneidade entre o discurso psicanalítico pós-freudiano e o discurso atualizado do alienismo.

A pluralidade do humano é ontologicamente marcada por uma dupla característica: a igualdade e a diferença. Esta última, quando negada, dá ensejo à posição de considerá-la como atributo de alguns, o que leva a qualificá-los negativamente, com uma condição de inferioridade, marcados por um déficit ou uma limitação. Ao reconhecer a singularidade da experiência da loucura, Freud nos ensina que no louco não há nenhuma falta a ser preenchida, nenhuma correção a ser feita, nenhum ideal a ser escolhido como modelo identificatório.

Se o pensamento iluminista forneceu à modernidade o contorno conhecido de uma subjetividade-padrão, onde as categorias de verdade, subjetividade e razão estão necessariamente articuladas, a loucura nos indica a existência de uma diversidade possível, de diferentes formas de ser.

Fazer uma aposta na função sujeito exige estabelecer como pressuposto o rompimento com a definição iluminista do sujeito: sujeito da razão e da vontade.

Isso significa aprender não só a lição que a psicose nos dá, mas retirar da própria invenção freudiana do inconsciente todas as suas conseqüências.

Freud (1930b) identificou na civilização uma causa primeira e originária do mal-estar do homem. Sintoma e civilização parecem ser assim pares necessários e indissociáveis. O sintoma aparece na vida social como um ponto de elaboração que marca uma forma de ser, assinala uma criatividade do sujeito, um lugar de irrupção contingente na programação do discurso, do laço social. Encontra-se aqui uma espécie de umbigo, um resto não eliminável, que é a subjetividade. Esse é o rochedo que Freud definiu como sendo a parte mais íntima e real da singularidade humana.

O psicanalista não pode passar ao largo desse rochedo e supor uma transparência, uma simbolização e uma tradução completa disso que permanece opaco no sujeito. A operação analítica é pôr esse resto, esse intratável da clínica como causa formal da sua experiência. Para isso serve-se da transferência, opera por meio da palavra a qual repercute mais além do sentido e não opera por mandamentos nem protocolos.

É aqui que a psicanálise hoje aposta sua causa analítica: se, por um lado, o psicanalista não se furta a trabalhar em “rede”, nas chamadas equipes de saúde mental, por outro não deve ser mais um; deve introduzir a dimensão da diferença, marcar um ponto de falta, evitando as implicações deletérias dos efeitos de grupo.

5

A oficina Palavrear: apresentando o campo

Este capítulo tem como objetivo central apresentar os resultados do estudo de campo representado pela oficina Palavrear, que tem lugar no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ). Para isto, gostaria, inicialmente, de fazer uma breve contextualização.

O Instituto de Psiquiatria, órgão suplementar do Centro de Ciência da Saúde da UFRJ, foi criado pelo Decreto-lei número 591, de 03 de agosto de 1938, e incorporado à então Universidade do Brasil em obediência ao artigo V da Lei número 452, de 05 de junho de 1937, ratificado pelo artigo II do Decreto número 8.393, de 17 de dezembro de 1945. Tem como finalidade desenvolver assistência, ensino e pesquisa no campo da saúde mental, servindo também de sede para o ensino da disciplina de psiquiatria aos alunos de graduação de medicina e psicologia. É também campo de estágio de várias unidades da universidade como medicina, serviço social, enfermagem, psicologia e outras. Recebe ainda estagiários de outras universidades, como a Pontifícia Universidade Católica, e de cursos técnicos de segundo grau.

A fim de planejar e executar os objetivos propostos, o Instituto de Psiquiatria mantém diversos serviços clínicos que fomentam e possibilitam a divulgação de princípios normativos em relação à saúde mental. Para tal, conta hoje com os seguintes níveis de atenção: as enfermarias, o ambulatório de adultos e o infantil-juvenil, o centro de atenção diária (CAD), o centro de atenção e reabilitação da infância e mocidade (CARIM), o centro para pessoas com doença de Alzheimer e outros transtornos mentais na velhice (CDA), o centro de atendimento a dependentes químicos e o serviço de residências terapêuticas. Nestes níveis de atenção, o trabalho é desenvolvido por equipes interdisciplinares que, através das diferentes leituras e abordagens adotadas, pretendem obter uma visão mais abrangente do paciente, da família e de seu contexto social. Estas equipes acompanham o paciente durante a internação e após a alta, estimulando a reinserção na comunidade.

5

A oficina Palavrear: apresentando o campo

Este capítulo tem como objetivo central apresentar os resultados do estudo de campo representado pela oficina Palavrear, que tem lugar no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ). Para isto, gostaria, inicialmente, de fazer uma breve contextualização.

O Instituto de Psiquiatria, órgão suplementar do Centro de Ciência da Saúde da UFRJ, foi criado pelo Decreto-lei número 591, de 03 de agosto de 1938, e incorporado à então Universidade do Brasil em obediência ao artigo V da Lei número 452, de 05 de junho de 1937, ratificado pelo artigo II do Decreto número 8.393, de 17 de dezembro de 1945. Tem como finalidade desenvolver assistência, ensino e pesquisa no campo da saúde mental, servindo também de sede para o ensino da disciplina de psiquiatria aos alunos de graduação de medicina e psicologia. É também campo de estágio de várias unidades da universidade como medicina, serviço social, enfermagem, psicologia e outras. Recebe ainda estagiários de outras universidades, como a Pontifícia Universidade Católica, e de cursos técnicos de segundo grau.

A fim de planejar e executar os objetivos propostos, o Instituto de Psiquiatria mantém diversos serviços clínicos que fomentam e possibilitam a divulgação de princípios normativos em relação à saúde mental. Para tal, conta hoje com os seguintes níveis de atenção: as enfermarias, o ambulatório de adultos e o infantil-juvenil, o centro de atenção diária (CAD), o centro de atenção e reabilitação da infância e mocidade (CARIM), o centro para pessoas com doença de Alzheimer e outros transtornos mentais na velhice (CDA), o centro de atendimento a dependentes químicos e o serviço de residências terapêuticas. Nestes níveis de atenção, o trabalho é desenvolvido por equipes interdisciplinares que, através das diferentes leituras e abordagens adotadas, pretendem obter uma visão mais abrangente do paciente, da família e de seu contexto social. Estas equipes acompanham o paciente durante a internação e após a alta, estimulando a reinserção na comunidade.

É entre o final da década de 1980 e início dos anos de 1990, no contexto nacional de abertura política já mencionado anteriormente que ganharam força e visibilidade diversas experiências de hospital-dia e de oficinas comunitárias pelo país afora. O Instituto de Psiquiatria não ficou de fora desse movimento cuja existência trazia o germe de um questionamento fecundo da estrutura fechada do modelo asilar. Desse modo em 1987, foi criado o hospital-dia do Instituto, cujo desenvolvimento se deu na perspectiva de uma alternativa interdisciplinar, com uma organização horizontal do trabalho em equipe, em oposição à hierarquização asilar, dirigido para o atendimento de pacientes psicóticos graves cuja manutenção no ambulatório parecia insuficiente.

As oficinas terapêuticas, criadas no Instituto há mais de vinte anos, com o objetivo de desenvolver diferentes formas de intervenção direcionadas ao doente mental e sua família, ganharam grande estímulo com a reforma psiquiátrica. Várias dessas oficinas indicavam na própria denominação a natureza da atividade proposta: oficina de marcenaria, culinária, de pintura, corte e costura, dramaturgia, cerâmica, teatro terapêutico etc. Cada oficina funcionava sob a responsabilidade de um técnico de nível superior: terapeuta ocupacional, assistente social, médico ou psicólogo. Além do técnico responsável, havia presença de um monitor (paciente ou membro da comunidade) encarregado de ensinar a técnica ou ofício. Os técnicos recebiam supervisão semanal para o planejamento das atividades, apresentação da dinâmica de cada oficina, orientações clínicas e intervenções dirigidas aos pacientes. Foram promovidas feiras comunitárias para divulgar o trabalho e comercializar os produtos, além da manutenção de um posto de venda de artesanatos no *campus* da Praia Vermelha.

Em 1994, iniciei a construção do espaço clínico que, no contexto acima descrito, foi denominada Oficina de Literatura. Fazia parte de um leque de procedimentos terapêuticos regulamentados pelo Ministério da Saúde por meio da portaria número 224, de 29 de janeiro de 1992. O desenvolvimento dessa experiência, sua memória, impasses e a aposta que a sustenta é o que se descreve a seguir.

5.1

No campo: um desejo, uma aposta

Não se trata de uma pesquisa adrede preparada para dar suporte a uma argumentação ou para ilustrar uma tese de doutorado. Ao contrário, trata-se de um trabalho que vem se realizando há 13 anos e sobre o qual me coloquei o desafio de escrever. Usar esse trabalho para fins acadêmicos foi uma questão que se surgiu depois, não era essa a intenção no início. Portanto, pretendo mostrar aqui uma experiência concreta de trabalho, da qual procuro extrair seu desenho, sua lógica e suas categorias subjacentes, num esforço de formalização teórica.

Opero a partir da palavra dos pacientes, dos seus ditos e de seus escritos os quais constam dos livros de atas que testemunham esse trabalho. Não ignoro que estamos em um campo onde se turvam os limites entre o subjetivo e o objetivo, entre a realidade e a fantasia, entre o discurso racional e o delírio. Daí que, nesse terreno movediço, situo-me na realidade da palavra e tomo os relatos como fatos de linguagem, como produções do sujeito a serem lidas, traduzidas e decifradas.

Nesse sentido, não se trata de comprovar a veracidade de cada dito_ tarefa impossível de todo jeito. O que se toma é o registro que se fez dos ditos na oficina por meio da anotação dos próprios pacientes. Acredito que esse é um elemento original desse trabalho: não me coube registrar a experiência; os próprios pacientes fizeram-no. Trata-se, então, não exatamente do que foi dito, mas do que se escutou e se registrou, tarefa que não exclui, evidentemente, a interpretação daquele que fez o registro. Nesses ditos, segmentos de enunciados, de falas, aparece por vezes o contexto em que se dá a enunciação, em que nos ditos se dá a perceber um dizer. Mas isso não exclui, antes inclui, a subjetividade daquele que faz o registro, que sempre coloca algo de seu.

Ao trabalhar com a função da palavra sei que estou num terreno movediço, que se presta a equívocos, mal-entendidos, tropeços, deformações, que, longe de serem desvios intencionais, são avatares próprios do campo da linguagem. Freud (1901) foi o primeiro a demonstrar de uma forma cabal e sistematizada a natureza polissêmica desse campo em estudos seminais como *A psicopatologia da vida cotidiana*.

Assim, os relatos e personagens que aparecem nesse estudo de campo não são tomados para instrumentalizar a defesa de uma tese, mas resultam de uma

experiência animada por um desejo de vida e orientada por uma aposta na palavra do sujeito. É, pois, resultado de trabalho vivido, experimentado cotidianamente, militante, no sentido de constituir uma afirmação da possibilidade de uma prática psicanalítica dentro de uma instituição psiquiátrica tradicional.

Falar em desejo aqui não parece um despropósito, pois a sua chama é a condição de possibilidade de qualquer empreendimento ou aventura humana. Sem essa marca da ação vital, no dizer do poeta Paul Valéry⁴³, o homem tornaria vã toda iniciativa e tombaria antes de iniciado o bom combate. A presença ou ausência do desejo transformaria o espaço em tesouro ou túmulo, como diz seu escrito no frontispício do Museu do Homem, em Paris:

*Il dépend de celui qui passe
Que je sois tombe ou trésor,
Que je parle ou me taise,
Ceci ne tient qu'à toi
Ami n'entre pas sans désir,*

O material de investigação inclui:

a) as atas _ registros realizados pelos próprios pacientes das oficinas realizadas desde agosto de 1994 até agosto de 2007, perfazendo 13 anos de trabalho ininterrupto. Essas atas estão registradas em sete livros, numa média de 35 encontros por ano, dos quais participaram cerca de 10 a 12 pacientes por encontro;

b) outros materiais se somaram às atas, tais como, desenhos, bilhetes, cartões, poemas, canções e outros escritos que por vezes alguns pacientes faziam questão de apresentar, ler, de ajuntar ao livro de atas. Também se contam entre esses materiais aqueles produzidos pelos estagiários que estiveram sobre minha supervisão durante um período do trabalho e colaboraram para o seu desenvolvimento. Esses outros materiais, embora não desprovidos de interesse, não constituem matéria expressiva para minha análise, que é centrada nas atas feitas pelos pacientes.

Meu método de trabalho fundamenta-se no destaque de alguns relatos, com o recorte de enunciados relacionando-os a algumas categorias teóricas

⁴³ ...Depende de quem passa/ Que eu seja túmulo ou tesouro, / Que eu fale ou me cale, Só depende de você/ Amigo não entre sem desejo (tradução minha).

previamente desenvolvidas na primeira parte dessa tese. Em realidade, em termos de uma seqüência cronológica, parti de uma primeira leitura das atas, destacando grupos de enunciados semelhantes para então articulá-los teoricamente. Assim, uma primeira leitura me sugeriu que **sujeito**, patente ou implicitamente, era um conceito crucial na medida em que dá sentido a todo o trabalho. Do mesmo modo o conceito de **transferência** saltou dos textos e se impôs, desde as primeiras leituras, como fio condutor, a mola mestra do trabalho.

Procedi de modo inverso ao que se faz com freqüência numa pesquisa acadêmica, onde se costuma, a partir da teoria, tomar a prática como mera ilustração. Inversamente, pesquisa e trabalho se confundindo, parti da prática para buscar na teoria uma maior fundamentação do que já fazia.

Para concluir essa apresentação do campo, devo sublinhar que procurei me manter fiel aos relatos dos pacientes, por mais confusos ou até delirantes que fossem, conservando o estilo, a sintaxe e até a grafia de cada registro. Moveu-me a certeza de que dessa algaravia de vozes que se deixam perceber e que nos transmitem uma experiência com toda a sua nervura e pulsação, o fundamental é sempre situar o sujeito, mediante o reconhecimento da palavra aí pronunciada.

5.2

A magia dos movimentos: da literatura ao palavrear

Magia dos Movimentos

As luzes das estrelas.

Perseguem - me fazem sonhar.

Seus olhos, meus sonhos.

Um perfume de amor pelo ar.

Sou louco e poeta, bicho da luz do luar.

Se a pele escorre não tem perigo.

Se teu amor tiver sentido, eu quero mais chegar no fundo.

No seu perfume bem mais profundo.

Tocar sua boca trocar um beijo

Sentir o gosto do seu desejo

Ventura “Alma da Terra” (Livro I, 1994, p. 6)⁴⁴.

⁴⁴ A anotação entre parênteses refere-se ao número do livro de atas, ano e página correspondente. As citações são produções dos próprios pacientes. Essa nota de rodapé é pertinente a todas as citações das respectivas atas.

Quando as palavras começam a palavrear são sérias e brincam, afirmam e negam, certificam e duvidam, ameaçam e tranquilizam, atam e desatam, assim começa o Palavrear. Neste, não se professa nenhum ensino. A bem da verdade, quando as palavras começam a palavrear, uma forma de ação convoca o paciente a um engajamento, a abrir caminhos subjetivantes, a inventar um pensamento crítico capaz de pôr em ação a sua história, a *Magia dos Movimentos*.

O fio condutor para investigar e interrogar a construção da oficina Palavrear é a palavra do paciente, ver como ele interpreta seu sofrimento, seu sintoma, como se relaciona com seu mal-estar e quais as expectativas e anseios que o mobilizam. É o reconhecimento da palavra aí pronunciada, como momento singular de um saber sobre a subjetividade de cada falante.⁴⁵ *Diz J oficina é onde conserta peças. A oficina ajuda a sair da escuridão do seu esconderijo interior. É caminho para curar* (Livro II, 1999, p. 27).

Trata-se da tentativa de propiciar um espaço para a afirmação da originalidade de cada falante. É certo que com as palavras e os atos nos inserimos na comunidade humana e confirmamos o fato singular de nosso nascimento no mundo. *A arte é uma linguagem, diz B na oficina* (Livro I, 1994, p. 30).

A oficina Palavrear teve início, em 1994, com o nome de oficina de Literatura, foi aberta apenas aos pacientes das enfermarias. Convidei os pacientes sem tomar conhecimento do diagnóstico registrado nos prontuários e fiz a oferta para nos reunirmos em local e horário combinados previamente.

Nos primeiros encontros propunha leituras e discussão de jornais, contos, poesias e outros temas variados e reunidos ao acaso. Nesse contexto passei a organizar as atividades que tinham, sobretudo, um caráter de oferta, de convite, e não o de obrigatoriedade. Nessa época, os próprios pacientes escolhiam os textos ou eventualmente traziam já elaborados. A direção da oficina consiste, em primeiro lugar, em fazer com que o paciente, sobretudo aquele que se encontra internado, acolha a oferta desse espaço.

Após a alta hospitalar, alguns desses primeiros pacientes demandaram continuar participando da oficina, razão pela qual o trabalho deixou de contar apenas com pacientes da enfermaria, e abriu-se para aqueles em tratamento

⁴⁵ Optei por letras e não por nomes fictícios para nomear os pacientes, evitando a identificação e preservando a identidade de cada um.

ambulatorial e inscritos no hospital-dia. A oficina firmou-se como um espaço aberto, sem obrigatoriedade de frequência, mantendo-se pela presença espontânea de seus membros. Pacientes de enfermaria, do hospital-dia ou os que compareciam exclusivamente para a oficina passaram, assim, a constituir o universo do trabalho.

L declarou que foi convidado pela N para vir ao palavrear, disse estar internado aqui no Instituto. S disse que aqui no palavrear só tem pessoas de confiança.... F é uma das fundadoras desta oficina. I falou que o palavrear é bom para desabafar (Livro II, 1997, pp. 6-7). P disse que a Oficina é aberta. Rochelle diz que a oficina se propõe a dar a palavra ao paciente. P disse que a finalidade daqui é expor os problemas (Livro II, 1998, p. 23).

A aposta é que essa experiência contribua para restabelecer o encadeamento significante e religar os fios com os quais o paciente poderá tecer sua trama histórica.

Os encontros são realizados semanalmente, às segundas feiras, sempre no horário das 10 horas, com duração em torno de 60 minutos. O número de pacientes é variável, aproximadamente entre 10 e 12, em média, por encontro. Alguns pacientes fazem parte do que chamaria núcleo fixo: participaram ou participam durante muitos meses, e até anos, e ajudam diretamente na organização da oficina. Assim, esses pacientes ajudam a organizar o espaço, convidam outros participantes, seja nas enfermarias ou mesmo no pátio. São esses pacientes mais antigos que, geralmente, se oferecem para fazer a ata dos encontros. Em algumas ocasiões excepcionais em que eu não cheguei com a costureira antecedência, esses pacientes tomaram a iniciativa de preparar a sala, arrumar o material e convidar os outros participantes, demonstrando um compromisso essencial para a continuidade do trabalho. Alguns participam por pouco tempo, seja durante um período de internação, seja durante um tratamento ambulatorial constituindo assim o que se poderia chamar de núcleo móvel.

O paciente é convidado a falar e permanece na oficina o tempo que desejar, podendo retornar; pode trazer convidado (familiares ou amigos); escuta quando o outro tem a palavra, escreve e mostra o seu produto para os demais.

A reunião teve início com a dirigente Rochele logo a seguir a dirigente solicitou a MC que lesse para os demais um texto que houvera escrito pela manhã o que depois foi comentado. A seguir se pronunciou o Sr. Z do hospital dia...

alegou tentativas de suicídio Citou também ...o cansaço da vida (Livro II, 1998, p. 32).

Nos primeiros tempos os pacientes saíam e entravam livremente da sala, movimento que causava dispersão e tumultuava a relação entre os participantes, provocando freqüentes interrupções. Assim, a própria experiência introduziu um novo funcionamento, ou seja, a porta passou a ser fechada tão logo fosse iniciada a reunião, e quem saísse não poderia mais retornar.

PE se achando um pouco tonto, preferiu voltar para a enfermaria, MA também saiu junto com H... (Livro I, 1994, p. 3).

Palavrear é compromisso... Os internados têm a opção de usar a palavra como meio de desabafar sobre o tratamento... Na enfermaria não se pode conversar, conversar ajuda no tratamento... (Livro I, 1995, pp. 36-45).

Considerando a característica da oficina _ um espaço aberto sempre a novos participantes _ , profissionais e alunos também podem participar, e eventualmente participam, com o compromisso de apenas escutar, sem nenhum tipo de interferência.

Assim é que, ao longo desses 13 anos de trabalho, vários alunos, um ou dois por semestre, participaram da oficina. Em geral, médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, estudiosos de lingüística foram os que por períodos maiores ou menores acompanharam o trabalho. Essas participações resultaram fecundas, pois ensejaram a realização de inúmeras monografias de final de curso e, inclusive, uma dissertação de Mestrado.⁴⁶ Em todos os casos aceitei a participação com o compromisso de que deixassem um testemunho por escrito. Um pequeno recorte desses depoimentos transcrevo abaixo:⁴⁷

“... achei interessante pela sua proposta: palavrear. Entendi como espaço onde o “louco tem a voz”. A oficina tem como objetivo ouvir aqueles que sofrem de mal psíquico. A oficina deixa espaço para saber o que os pacientes sentem” (Psi, 1995);

⁴⁶ Embora todos os trabalhos constem das referências bibliográficas, destaco pela robustez da contribuição teórica a dissertação de Mestrado em Letras Anglo-Germânicas de Pinto, Diana de Souza. *A percepção da loucura: análise do discurso de pacientes internados em uma instituição psiquiátrica*. Rio de Janeiro, UFRJ, Faculdade de letras, 1995.

⁴⁷ O ano entre parênteses é o da realização do registro. Os autores são os profissionais e estagiários que participaram da oficina. Usei como código as letras iniciais de cada profissão.

“... no dia que cheguei ao palavrear percebi que as pessoas falavam bastante e até desordenadamente. Havia mais pacientes internados do que em alta. Eles demonstraram interesse pela oficina e definiam-na como um lugar onde eles podiam falar o que sentiam, ou seja, se expressar livremente” (Enf. 2001);

“... a oficina é muito interessante. Nela o paciente tem a oportunidade de falar aquilo que tanto o inquieta. A frase que uma das pacientes falou resume o que a grande maioria deles sente e como esse espaço é importante para eles. Ela disse: “*Deixa eu falar. Eu não agüento mais ser reprimida*” (Med. 2000);

“... como futura profissional na área da saúde, ouvir os depoimentos e refletir sobre os mesmo, me possibilitou entender melhor as atitudes dos pacientes e também pensar sobre a minha forma de atuação...” (Enf. 1999);

“... neste espaço ocupado por pacientes e por Rochelle, aprendi minha lição do dia: a importância de se apresentar pelo nome completo. Hoje, foi a primeira vez que participei na condição de ouvinte de tal oficina e fiquei convencida de sua extrema importância para os pacientes, ou melhor, para as pessoas que dela participam. Neste encontro é ressaltado a importância do saber ouvir e a liberdade de expressão” (Enf. 2006);

“... na minha opinião foi bastante válida a experiência de acompanhar e poder assistir a esta oficina. Apesar de uma certa agitação dos usuários, foi possível perceber o quanto é necessário um espaço como este. Pude observar como os usuários se comportam fora do pátio e o respeito ao momento de falar um do outro proporciona a cada um momento social o que eles não têm” (Enf, 2000);

“... a atividade de ouvir o usuário sem colocar a opinião técnica é uma forma de saber ouvir, respeitando assim o momento deixando bem à vontade para se expressar e descobrir cada vez mais o seu próprio limite” (Psi. 2001);

“... o primeiro momento foi de dificuldade; ter regras, obedecê-las e saber ouvir, escutar. Percebi o quanto é importante para todos nós relatarmos, num espaço seguro e sem censura, nossas experiências. O quanto é significativo para todos, em especial para esses companheiros que são atendidos aqui... Ficaram coisas para pensar: quem são os normais?” (As 2005);

A forma inicial do trabalho começa a ser questionada. Alguns pacientes ao invés de se aterem ao material selecionado começam a se perguntar por que não

aceitar que os assuntos surjam no próprio encontro. *RE propôs que o tema a ser debatido deve nascer naturalmente dentro do grupo* (Livro, I, 1994, p. 2).

Os primeiros pacientes foram aqueles que responderam à oferta que fiz sem considerar as condições ou diagnóstico de cada um. Eu mesma levava artigos de revistas, recortes de jornais, crônicas e outros temas variados e reunidos ao acaso. No início as discussões se travavam sobre o material oferecido, mas, desde então, alguns pacientes pareciam incomodados ou alheios à discussão. Com o tempo fui percebendo que muitos pacientes permaneciam calados, enquanto outros utilizavam os temas propostos para trazer suas próprias questões. Num dos encontros, os pacientes começaram a fugir do tema que eu (ingenuamente?) introduzira e se voltaram para as suas próprias questões, o que interpretei como uma espécie de retificação, de correção de rumos; seguindo na trilha aberta por eles, perguntei do que se tratava, afinal, nesse lugar. Um dos pacientes se adiantou e respondeu: *Aqui se trata de palavrear* (Livro I, 1994, p. 2).

Pronto! Tratava-se disso afinal. Essa frase assinala uma reviravolta do trabalho, consagra um novo *modus operandi*, uma transformação que subverte radicalmente a proposta inicial. Surge a oficina Palavrear. Minha posição fica completamente alterada, também ela é objeto de uma verdadeira retificação: não mais me competia levar ou propor questões, mas acolher aquilo que cada um tinha a dizer. Creio que essa retificação não seria possível se não houvesse ali, desde o início, uma escuta analítica. O que significa isso?

Significa, em primeiro lugar, abrir mão de uma posição de mestria para deixar-se conduzir livremente pelo discurso. Estar aberto ao movimento da linguagem, ao imprevisto, ao acaso, aos tropeços próprios de todo falante. Em segundo lugar, significa abrir mão de um universal suposto _ a proposta institucional das oficinas terapêuticas _ para acolher o que é da ordem da singularidade, aposta que me levou a refrear o ânimo ativista em favor da escuta significativa. Em terceiro lugar, significa fazer valer aquilo que Lacan denominou “a ética do bem-dizer”. Se há alguma coisa que se pode aprender na psicanálise é bem dizer o seu sintoma. Esse bem-dizer não é uma bem-dicção. A bem-dicção (benção) seria algo da ordem religiosa, pois, como ensina Miller (1988), somente a religião distribui bênçãos.

SA teve um final de semana bom. É religiosa e freqüenta a Igreja. Diz estar com os pensamentos ordenados. Gosta de conversar com o pastor da Igreja,

que a ouve com paciência.. W leu um folheto bíblico muito bonito. Vários pacientes disseram que freqüentam a religião... E se empolgaram falando dos exemplos da bíblia (Livro VI, 2006, pp. 56-58).

Não escapou a Freud (1916) o valor e a força da palavra, gume afiado que corta o real: “por meio de palavras uma pessoa pode tornar outra jubilosamente feliz ou levá-la ao desespero, por palavras o professor veicula seu conhecimento aos alunos, por palavras o orador conquista seus ouvintes para si e influencia o julgamento e as decisões deles” (p. 29).

Isso supõe que toda palavra carrega em si uma intenção. Na psicanálise, quando a boca pode falar livremente, o que dali sai é o estranho, o incongruente, o contraditório, os tropeços, não são bem-dicções, mas maldições. A ética da psicanálise está justamente em escutar isso que vem de um outro lugar, de uma outra cena, de onde emerge o sujeito, regido pela maquinaria do inconsciente. Daí Lacan afirmar que “é nesse palco que o sujeito aparece como sobredeterminado pela ambigüidade inerente ao discurso” (1958, p. 175).

... O paciente M afirma que a oficina faz palavrear e palavreando expurga pouco a pouco o que incomoda (Livro I, 1995, p. 9).

Cada vez mais os temas previamente propostos vão sendo deixados de lado, substituídos por textos, poesias, contos, desenhos, reflexões, materiais enfim elaborados pelos próprios pacientes.

...Começamos a reunião com A, nova participante, falando sobre a literatura e sua vida. Quando eu me sinto tocada, eu escrevo. Eu gosto de escrever aquilo que toca o coração (Livro I, 1994, p. 3).

Mas, a questão ainda estava colocada: o que é palavrear? Do que se trata nesse lugar? Outro paciente, TR, respondeu: *Palavrear é respirar palavras. A oficina é a história da vida de cada um* (Livro, I, 1994, p. 5).

Há um período em que o material produzido pelos pacientes começa a tomar vulto e a constituir o único material da oficina. Os próprios pacientes operam uma subversão da proposta original, rompendo com o modelo-padrão das oficinas da instituição. Isso significou uma verdadeira guinada, mudança de rumo, uma retificação objetiva do trabalho que levou à construção de dispositivo novo.

Desde os primeiros encontros instituí um livro de atas para anotar as intervenções, os incidentes, enfim, um testemunho do que havia se passado naquele encontro. Fazia um relato tão completo e fidedigno quanto era possível.

Logo percebi, porém, que assim procedendo obtinha a minha versão da oficina. E me coloquei a questão: não seria mais coerente devolver a palavra ao próprio paciente? Em consequência, não seria mais fecundo deixar que eles mesmos registrem a experiência?

Comecei, então, a convidar um dos pacientes, em geral o que me parecia mais articulado, para redigir a ata. Isso perdurou por vários encontros, talvez durante o primeiro ano do trabalho, mas os pacientes apontaram um novo caminho, derogando o meu dirigismo: eles mesmos começaram a reivindicar a redação da ata. Isso, evidentemente, quebrou a uniformidade que eu ingenuamente havia estabelecido sobre o que era relevante e como deveria ser registrado. Cada paciente fazia o registro conforme suas possibilidades, sua compreensão do que se passara ali, colocava algo de si (uma interpretação?) na ata. Ao final dos encontros, peço ao paciente que lavrou a ata que leia para os demais. Se todos concordam, assinam; se têm algum reparo a fazer, isso é feito imediatamente. Há casos em que é por demais evidente que a ata foge inteiramente do aspecto objetivo do encontro e se converte no registro do delírio individual de um paciente. Em alguns casos, os demais hesitaram assinar ou mesmo se negaram a fazê-lo. Em todos os casos, porém, eu assinei, entendendo que se tratava de fazer valer o sentido conferido ao dispositivo: **ata – ato - laço**. A importância, a meu ver, é a de incluir no laço social que o registro, a escrita, possibilita.

Atar, ligar, enlaçar, incluir no simbólico, buscar um efeito de amarração. São todos os significantes que remetem a certa socialização, termo já tão desgastado, mas que recobra aqui o alcance dado por Freud à relação entre o sujeito e a cultura: o um (de uma singularidade) se produzindo entre outros (de uma coletividade).

Procurei tecer os fios da trama de nosso trabalho na oficina com a palavra de cada um, com o que é dito, lido, dito do que é lido, lido do que foi entendido, enfim, a palavra dá voltas, circula, trama uma tessitura, com seus relevos, coloridos, sombreados, escansões, aceleração, ritmos e timbres diferenciados. No Palavrear, vê-se ressurgir a possibilidade de se expressarem e reconstruírem laços, por mais destruídos ou apagados que se apresentem em alguns sujeitos. É nesse sentido que, segundo Lacan (1953-54), a palavra revela sua “função criativa”, de transmissão do desejo, de se fazer reconhecer por qualquer coisa desde que “... seja organizada em um sistema simbólico” (p. 277).

A aposta da oficina é que o sujeito busca esse reconhecimento. Minha função é a de servir de suporte de seu endereçamento, função de testemunho, que Gagnebin (2006) descreve da seguinte maneira:

Testemunha também seria aquele que não vai embora, que consegue ouvir a narração insuportável do outro e que aceita que suas palavras levem adiante, como num revezamento, a história do outro: não por compaixão, mas porque somente a transmissão simbólica, assumida por causa e apesar do sofrimento indizível, somente sobre essa retomada reflexiva do passado pode nos ajudar a não repeti-lo infinitamente, mas a ousar esboçar uma outra história, a inventar o presente (p. 57).

Lembro um incidente particularmente significativo com uma paciente, que chamarei NA, a qual se apresentava de uma forma bastante desorganizada, delirante, mas que não apenas quis participar da oficina como ainda insistiu em escrever a ata. Essa paciente, soube depois pela seqüência de participações, havia desencadeado um episódio psicótico logo após o nascimento do primeiro filho. No seu registro colocava sempre a data referente ao nascimento e não aos nossos encontros, episódio que assinalava o ponto de sua fixação traumática, o que tomei como paradigmático da natureza das atas. De alguma forma, o acolhimento dessa paciente, a reinscrição de sua experiência e o reconhecimento disso pelos outros produziu o que chamei anteriormente, com Lacan, uma rearticulação no campo do Outro.

O analista nunca sabe o que vai ouvir, bem como aquele que fala não sabe exatamente o que vai dizer, ou o que quer dizer com o seu dito. O analista não é um ouvinte qualquer. Ele deve estar aberto para o surgimento do novo, do imprevisto. Tanto ele quanto aquele que fala estão diante de um depoimento em primeira mão. O testemunho é, assim, correlato da surpresa, do acolhimento da palavra inesperada que inaugura o relançar do processo de subjetivação.

Outro paciente, que chamarei ED, foi encaminhado pela coordenadora do hospital-dia, pois havia sido recusado pelas outras oficinas, em parte pelo seu isolamento e pela dificuldade de participação. De fato, ED limitou-se ao silêncio nos primeiros encontros. Entrava e saía sem dizer uma palavra. Certa vez decidi-me a pedir-lhe que fizesse a ata. Lembro-me de sua surpresa diante de uma demanda que lhe parecia absolutamente inesperada e, como percebi, não menos surpreendente para os outros. O fato é que ED aceitou a função e por algumas

semanas incumbiu-se da tarefa. Com evidente dificuldade, dadas as suas poucas letras, mas com não menor empenho, ED cavou um lugar e tornou-se um ativo participante, parecendo ter encontrado no reconhecimento de todos uma liberação de que antes não parecia capaz.

Como o trabalho analítico é uma relação de fala, dele decorrem efeitos concretos em situações que permitem que a fala se faça ato. A transferência sustenta a prática clínica. É graças a ela que podemos acompanhar o falante nas suas vicissitudes. Esse acompanhamento não deve ser confundido com uma escuta qualquer, uma recepção passiva do discurso do outro.

O analista é uma função, um ponto de ancoragem discursiva, ponto onde a mensagem emitida pelo sujeito pode ser acolhida e reconhecida. Essa mensagem contém um saber inicialmente alienado, desconhecido, que sancionada pelo Outro, pode ser assimilada pelo sujeito como sua mensagem, saber do qual ele pode então se apropriar. Nesse circuito vê-se a passagem de um saber não constituído enquanto tal, sem sujeito, para um saber a *posteriori* validado, em que um sujeito advém.

Na escuta de psicóticos, esse trabalho é ainda mais árduo, mas o testemunho é não menos fundamental. “Secretariar o psicótico” é a expressão de que lança mão Lacan (1955-56) para falar desse acompanhamento metucioso, diligente, em que o analista não encontra apoio na bengala dos saberes instituídos, sejam os do senso comum, sejam os dos paradigmas psicanalíticos. Mas nem por isso deve recuar, ao contrário, deve apostar na capacidade de cada um subjetivar confiando no poder da palavra ou do gesto traduzível em linguagem. Metaforização delirante ou metaforização neurótica_ a função do analista é confirmar a singularidade do desejo emergente do sujeito.

...Rochelle pergunta em que pode ajudar e Z diz que ouvindo-a e sendo sua amiga. W está bem gostou de ser chamado. Gosta da oficina palavrear. Quase não vêm. Esquece. JN falou que é técnico em agropecuária, e que a Dra.Rocheli é muito importante para nós que participamos... A terapia se relaciona com a oficina, que quer dizer concertos emocionais se relacionando com o ego das pessoas, se relacionando entre si mesmas. (Livro, VI, 2006, pp. 63-66).

...L gostou da oficina por ajudar a si pelos problemas dos outros valerem como experiência de vida. (Livro II, 1997, p. 16).

H esteve aqui na oficina na semana passada gostou porque desabafou, vive em conflitos com sua família. Disse que muitas coisas que fazemos durante o surto depois não lembramos (Livro VII, 2007, p. 14).

5.3

O lugar

Inicialmente, a oficina funcionava numa sala junto à entrada das enfermarias. Certamente isso se devia ao fato de os participantes estarem todos internados. Não era um espaço reservado especialmente para o trabalho. Por isso, eu aproveitava uma das salas de aula, durante um período sem atividades e convidava os pacientes para participar. Isso perdurou aproximadamente dois anos. Com o aumento de cursos e outras atividades acadêmicas, fui solicitada a desocupar a sala. Numa das ocasiões, chegamos a nos reunir num fundo de corredor por falta de espaço adequado. É claro que foi uma situação excepcional, pois não havia o isolamento e a privacidade necessários. Nessa época o trabalho já havia incorporado os pacientes do ambulatório e do hospital-dia, não se restringindo aos da enfermaria. Foi o tempo em que se construíram espaços _ quiosques _ no Instituto especificamente destinados às atividades ligadas ao hospital-dia, como as oficinas terapêuticas. Acompanhei esse movimento institucional e reivindiquei um período num desses quiosques. Desde então a oficina passou a ter um lugar definido, com horário fixo e previamente estabelecido, contando com a comodidade e a privacidade necessárias.

As cadeiras são dispostas em círculo de forma que todos ficam próximos e de frente uns para os outros. Com o passar do tempo, os próprios pacientes se responsabilizaram pela abertura e arrumação da sala. Uma pequena mesa serve de apoio para quem registra o encontro, o qual fica numa posição ligeiramente recuada em relação ao círculo. Ao final, um dos pacientes fica responsável pelo fechamento da sala e entrega das chaves na administração.

Nos primeiros tempos, eu contava sempre com um ou dois estagiários que me auxiliavam na arrumação da sala, isto é, procuravam maior número de cadeiras, providenciavam material para escrever e desenhar, como papel, lápis, caneta etc, chamavam os pacientes e participavam da oficina. Tinham, ademais, a função de acompanhar aqueles pacientes que não gozavam de licença para sair da

enfermaria, não o fazendo senão na companhia dos técnicos. Com o tempo, seja pela falta de estagiários, seja pela própria implicação dos pacientes na oficina, seja pelo meu reconhecimento do lugar de protagonismo deles no dispositivo e de sua capacidade de resposta, o fato é que eles próprios passaram a organizar o espaço, a convidar os demais, enfim, dando outra dinâmica ao trabalho.

Levar a oficina Palavrear ao espaço próprio destinado pela instituição às oficinas terapêuticas do hospital-dia não deixa de ser um desafio. Do ponto de vista da instituição, a reunião de todas as oficinas no mesmo espaço representou uma tentativa de dar uma homogeneidade e uma mesma direção aos trabalhos. Pelo menos supunha uma direção comum, um mesmo objetivo, cuja definição repousava expressamente nos seguintes elementos: trabalho, criação de um produto, geração de renda e autonomia do sujeito (Costa, C & Figueiredo, A.C, 2004). Propunha-se um sistema em que todos os dispositivos trabalhariam numa mesma direção e todos os técnicos constituiriam uma grande e mesma equipe.

Do meu ponto de vista era importante não cair num isolamento dentro da instituição, mas, ao mesmo tempo, não deixar que o Palavrear fosse assimilado a esse sistema. De certa forma, essa questão se impõe sempre à reflexão sobre o trabalho dos psicanalistas nas instituições psiquiátricas: estar dentro, fazer parte, mas, ao mesmo tempo, ter um olhar estrangeiro, que se deixe surpreender, que não seja homogêneo ao coletivo. Não é uma posição fácil, diria mesmo que se está sempre num certo limite, uma espécie de fio da navalha entre a ruptura de um lado, e a assimilação de outro. Não creio que seja despropositado evocar aqui uma figura topológica tão cara aos psicanalistas, a banda de Moebius⁴⁸, para referir a essa espécie de dentro-fora que caracteriza o trabalho psicanalítico em instituições psiquiátricas.

Aquele que ousa fazer a experiência deve renunciar a qualquer esperança de conforto, travessia sem bóias nem porto seguro, sendo o mal-estar a resultante do confronto inevitável com a diferença. Se o trabalho da chamada saúde mental toma o sentido como fetiche, o psicanalista deve construir algo a partir de um fora-sentido, colocando o saber em suspensão.

⁴⁸ A banda de Moebius é um objeto topológico e foi descoberto pelo matemático Moebius em 1860. É o primeiro objeto que Lacan aproveitou para estruturar a experiência analítica. Ver: Granon - Lafont, J., 1990.

Não posso refrear aqui a utilização da palavra política para me referir à inserção, sempre delicada, do psicanalista no campo psiquiátrico. Política que não exclui uma ética, um compromisso em fazer avançar o trabalho, em inventar a partir dos impasses. Miller (1999) se refere a esse lugar nos seguintes termos:

“É preciso para isso que ele [o analista] tenha cultivado sua docilidade até saber ocupar, para qualquer sujeito que chegue, o lugar de onde ele possa agir”.

E acrescenta:

“É um lugar que recolhe a contingência, onde a necessidade se desfaz e é por excelência o lugar do possível” (p. 54).

Para aqueles que trabalham em instituição psiquiátrica, não há como deixar de considerar a observação de Miller. O lugar do possível ou o tratamento possível talvez seja uma boa definição para a inserção da psicanálise e dos psicanalistas nas equipes terapêuticas dentro das instituições atuais. Isso implica submeter-se às injunções de um trabalho compartilhado com outros técnicos, mas igualmente sujeito aos imperativos técnico-administrativos de eficiência e eficácia, quando o campo da psiquiatria é invadido pela rapidez e pela velocidade prometidas pelo avanço científico e tecnológico, no contexto das políticas públicas de saúde. Nesse sentido, cabe sempre perguntar pelo lugar do sujeito, sobretudo se se leva em conta a hegemonia da indústria farmacêutica e dos sofisticados protocolos de tratamento, nos quais ele é reduzido a um elemento anódino do universo da pesquisa.

No livro intitulado *De la maladie médicale*, Lebrun (1995) analisa as modificações do discurso e da prática médica ao longo dos tempos. Ele contextualiza o lugar da psiquiatria no universo da medicina e alerta para o mal-estar daqueles que se vêm às voltas com o psicopatológico, pois tudo o que concerne ao sujeito não se encaixa exatamente na racionalidade científica. Nesse mesmo trabalho, Lebrun destaca as duas lógicas que atravessam a medicina contemporânea: uma lógica científica e uma lógica do sujeito. Considera que a racionalidade científica opera com reduções e generalizações que acabam excluindo a singularidade do paciente no seio mesmo desse saber:

“Em plena luz, o desenvolvimento tecnológico da medicina, suas exigências, seus progressos e suas esperanças, mas também seus fracassos, sua desumanização e seus altos custos; na sombra, o sujeito que fala, não somente para comunicar, mas porque é esta fala que faz o sujeito” (p. 246).

O psicanalista deve operar como testemunha de que há um sujeito ali onde o que aparece dele é nomeado tão somente como uma produção sintomática ou como um código nosológico. No lugar do tratamento possível, o analista deve resistir à maré montante da objetividade cientificizante, na qual os tratamentos focalizam fundamentalmente os procedimentos técnico-científicos, abolindo o sujeito.

Nesse contexto, considerar que a doença ou a queixa não são de modo algum exteriores ao sujeito, não deixa de introduzir certa subversão. Aqui, penso, estamos diante de uma dimensão política imanente da clínica. Recusar a objetivação do paciente configura-se como uma posição política. De certa maneira, essa objetivação tem se convertido na denuncia de todos os movimentos reformistas nesse campo. Uma clínica sem sujeito_ eis o ponto extremo a que se chega, não apenas no campo psiquiátrico, mas na própria medicina moderna.

A psicanálise introduz certa subversão ao nos ensinar que todos _ pacientes e terapeutas_ somos sujeitos de desejo, estruturados na e pela linguagem. E, ao assinalar isso, indico que nessa posição política há uma dimensão ética. Não se trata de acolher com condescendência a palavra do louco; trata-se de reconhecer, com Freud, a positividade desse modo discursivo tão singular quanto o que a loucura é capaz de produzir. E a partir daí indagar sobre a possibilidade de conceber um arejamento no discurso social, reconhecendo a verdade e o saber que cada um ali pode articular. Se, como escreve o poeta Manoel de Barros (1990), “minhocas arejam a terra; poetas, a linguagem”, talvez a circulação da palavra do louco possa propiciar novas produções de sentido, enriquecendo o código, arejando a linguagem e permitindo a inscrição social de cada um.

A história humana, segundo Valadares (2000), somente poderá ser humana se for “... testemunha dessa transformação da carne tencionada pelo Outro_ aquele que está mergulhado na indeterminação da cultura e da participação do sujeito em sua encenação_ em destino à escrita e à escritura” (p. 84). E acrescenta: “A

linguagem, a representação, ganha então a digna função de se transformar em horizonte” (p.84).

5.4

Passos e tropeços

...NC: Fez a apresentação e explicou como funcionava a oficina, pois a Rochele, está muito gripada. Z: com muita humildade, relatou-nos sua história e seus costumes. NC continuou explicando, por sinal muito bem explicada. S: gosta de ser chamado de E; o médico continua achando que ele não tem condições de ter alta; ficou com problemas psiquiátricos porque fizeram macumba para ele...teve várias internações; U deseja também sua alta, quase não fala com o médico, e também não sabe seu nome. Rochelle, não gostou de ser interrompida pelo enfermeiro Q, achou um desrespeito, o médico pediu para chamar NC; a Rochelle ficou indignada...Ficamos presos na Oficina porque a porta travou. Rochelle chamou a T da limpeza para abrir K e L quiseram desenhar. P diz que a porta travou porque ela tinha que desabafar (Livro V, 2005, pp. 34 -37).

O ponto de partida do trabalho implica um *pathos*, trata-se de expor uma experiência, de fazer emergir um sujeito, mesmo numa situação-limite, acossado muitas vezes pelo sofrimento e pela impotência, desarmado pelas perturbações e limitações do sofrimento mental.

Tomo a oficina como um encontro, apoiada na leitura de Lacan (1964) das duas formas propostas por Aristóteles: τυχή⁴⁹ (*tiquê*) e αὐτόματον (*autômaton*). O αὐτόματον se define pelo encontro repetitivo, quotidiano, esperado, sem surpresa; portanto, em obediência à estrutura. É o que organiza a convivência no laço social; é parte indispensável para um *modus vivendi*; é o previsível necessário em um sistema.

Ata da oficina palavrear, realizada no dia 7/5/07, com a psicoterapeuta Rochele + as participações dos pacientes do IPUB e do hospital dia. Logo em seguida a Rochele fez a apresentação da oficina... MS está internada foi convidada pela B; MS já é sua terceira internação reclamou da sua médica que não é carinhosa: Rochele deu um abraço nela ela se sentiu amada. H está

⁴⁹ τυχή é um substantivo de τυγχάνω, que significa “encontrar”, “encontrar casualmente”.

internado + acha que não deve estar internado, contou-nos o relato do que aconteceu com o processo da sua internação. MO relatou-nos que quase nem chegou no horário por causa do engarrafamento; todas as 2as feiras ele faz questão de chegar no horário para participar da oficina.... (Livro VI, 2007, p.15).

O tíquico é o imprevisto, o acontecimento não esperado, o tropeço, mesmo havendo um previsto para ele; é a apresentação do estranho como surpreendente, pois mesmo estando delimitado pelo esperado o ultrapassa ou fica aquém dele; é a irrupção do novo.

... M falou sobre sua recaída que o levou mais uma vez à internação. L falou da recaída de M, não como derrota, mas como um grande tropeço (Livro I, 1995, p. 8).

No caso da clínica, o tíquico é o não-mecânico, o tropeço que aparentemente contido pela estrutura, surpreende num encontro. A clínica pode e deve, no sentido ético, acolher essa irrupção. O irruptivo é o pulsante, é a vida da carne, não é o dominado e reduzido ao conhecido pela estrutura. O alcance do encontro está para além de qualquer premeditação. A oficina reside na disposição de escutar cada paciente, como momento singular, a partir da crença na palavra.

De todo modo, quaisquer que sejam as diferenças, o que está em jogo é o *patients* _ termo que designa o sujeito como aquele que sofre e suporta os efeitos de sua estrutura subjetiva. Aquele que se oferece como objeto de maus tratos de um Outro, cruel, que o invade com vozes e ordens impossíveis de serem seguidas, aquele que sustenta o peso de seu destino, cujas determinações inconscientes tecem a patologia que o afeta.

Certamente são grandes as diferenças segundo a posição subjetiva de cada um:

... A paciente T contou sua história... ela cheira drogas. J falou “no principio era o verbo e o verbo era Deus”. J diz que é esquizofrênico H diz que está doente, a sociedade faz pressão. Doença é loucura, e continuou a se lastimar... WV que se trata no hospital - dia tem esquizofrenia, ele depende de sua mãe que está idosa.. G disse que é doente dos nervos. Internos pela primeira vez as pessoas nos marcam como “loucos” (Livro II, 1998, pp. 31-38).

Se o desamparo e a dependência em face ao Outro são condições da vida humana, pois não há como escapar do que determina o sujeito na sua pertinência ao campo do Outro, essa condição se desvela com toda a sua crueza quer seja sob

a forma de uma figura parental ou de seus substitutos, quer seja sob a forma do destino.

No Palavrear, todo o privilégio é dado ao sujeito enquanto determinado pela linguagem: é fazê-lo dizer, ele mesmo e não os outros, seu mal-estar, sua história, seus fenômenos a um interlocutor, um analista, atento ao que ele conta. É uma situação que permite ao analista criar um vasto registro, recheado de significantes, arquivo que traz à cena momentos do sujeito quando se confronta com o impossível de controlar.

SL acha que está ouvindo vozes. P teve uma depressão porque o irmão a estuprou e não consegue ficar perto dele e vê vultos por causa disso. I disse que se sente só e não sabe explicar se as dores que sente são provenientes da solidão. C internado há 1 mês tentou se atirar da janela..... quer se matar, está sempre com vultos. C diz que não cumpriu o que o diabo queria e hoje ele é perseguido (Livro III, 2000, pp. 7-19).

Constitui-se um espaço onde se permite acolher o que é de urgência de cada um testemunhar, desfiar suas vivências, juntar os fragmentos trágicos da própria condição humana, acompanhá-los nesse trecho da estrada da vida.

Ao dirigir-se à oficina, o sujeito busca um saber que lhe traga alívio, quer dizer, que permita remediar algo que é irremediável: sua divisão de sujeito. O paciente supõe que haja um saber e que haja um sujeito que sabe, isso é a condição da transferência. É a clínica que aposta no dizer. Dizer que provoca conseqüências e que convoca o sujeito como responsável pelo que conta. Prática que se opõe, certamente, a considerar o paciente como objeto de cuidados, de observação, de asilo. Porém, ao acolher a palavra de cada um para falar da tragicidade de sua condição humana, das vivências e bagagens que o atordoam, não se pode deixar de questionar a implicação do sujeito nisto de que se queixa.

O desafio se impõe no sentido de construir, portanto, uma clínica em que o próprio paciente, por sua vez, sente-se escutado e seja tratado como um sujeito, a partir de um saber sobre o particular. Saber escutar traz em si um saber que se constrói em cada Palavrear. Um dispositivo que aposta nas invenções e nas soluções próprias de cada sujeito responsável pelos seus ditos. ... *Dessa vez está difícil de entender o que realmente sucedeu comigo. Está difícil de aturar este lugar mais uma vez. Larguei minhas responsabilidades, falhei com meus amigos,*

falhei com meu trabalho. Veja só em que confusão eu me meti. (Livro II, 1997 p. 56).

Tratar somente os sintomas ou fenômenos do paciente é implicá-lo nas desordens de que se queixa? Como acolher aquele que frequentemente chega com um sofrimento na expectativa de alívio imediato? Como avançar se o sujeito não se sente responsável?

... U não vê motivo para sua internação. L sofre de angústia. Y diz que é carimbado o diagnóstico feito não é correto e transforma o paciente em lixo, ele diz que é bipolar Y passa a falar que os técnicos e psiquiatras não ouvem (Livro IV, 2001, pp. 2-12).

Qual sua participação na desordem de que se queixa? Por maior que seja o grau de perturbação algum questionamento pode ser colocado.

... AC tem problemas psicossomáticos quer ser escutado (Livro II, 1997, p. 12). *... J falou um pouco de sua vida, P disse que não tem nada na cabeça. K já participou do palavrear muitas vezes. V tentou suicídio e veio para cá, estava triste e tomou um monte de remédios...* (Livro II, 1997, p. 11). *D tem fobia. Não consegue entrar em banco* (Livro IV, 2002, p. 15).

Contar a história da oficina demanda, de certa forma, trazer uma prática vivenciada há mais de uma década na presença das mais diversas perturbações da linguagem. É retomar os atos falhos, chistes, fenômenos, fantasias, sonhos, sintomas, tentativas dramáticas dos pacientes em ocupar lugar no mundo simbólico. *HG está internado há muitos anos, tem crise, e escuta vozes, não se sente bem em casa. Sente angústia* (2002, p. 16).

Lugar único, encruzilhada onde se topam o sujeito e o significante, território de encontro onde se realiza o que, para o falante, é da ordem do possível, resposta que marca o vivente e o transforma em sujeito

... Eu tenho consciência da doença que tenho, pois verifico que os médicos já têm uma avaliação e uma análise sobre o que um paciente em tratamento psiquiátrico tem. Palavrear é o mesmo que prostrar. Através deste pequeno grupo de 10 pessoas nós conseguimos nos entrosar... Minha opinião sincera NR. (Livro II, 1996, p. 27).

Experiência de sua relação com o sofrimento, das percepções daqueles que o rodeiam, da repetição e recaídas, dos diversos mundos que a realidade psíquica produz.

... *CI mostra e fala do seu passado momentos alternados de felicidade e tristeza tem algum trauma devido o seu sofrimento....KE, queria ir embora, desgosto é a mesma coisa que depreção não tenho vontade de fazer nada....KE tem 34 anos , minha família mim colocou aqui não é lugar para mim...NI desde de 1991 veio para aqui porque perdeu seu marido e sua filha e sentiu-se muito sozinha e com angustia e depressão chora muito muito muito...(Livro III, 2001, pp. 52-54).*

Apostar que há um sujeito que pode dizer “tenho direito a” significa tomar isso essencialmente no sentido de um direito à palavra e de não ser excluído, o que também implica no direito ao silêncio, se for esse o desejo do sujeito.

O analista deve acolher, saber esperar, saber que o tempo é o do sujeito. A posição do analista deve ser de humildade, pois, se há um saber em jogo, esse saber provém do próprio paciente. O analista, segundo Lacan, encarna a posição de sujeito suposto saber e essa é a condição para que a transferência se estabeleça. Mas, ele adverte: o analista é um sujeito suposto saber, há uma suposição, ele encarna essa suposição, e não deve se confundir com ela. Em realidade, o analista aceita uma imputação de saber que o paciente lhe faz, mas deve saber que é apenas uma imputação de saber. No seu ofício, o analista deve colocar entre parênteses aquilo que sabe, deve operar a partir do que o outro lhe conta, a partir do saber que emerge da trama do discurso, com seus tropeços, mal-entendidos, equivocação e lapsos. Nesse sentido, opera muito mais a partir de uma posição de ignorância, que não se confunde com uma simples ignorância, parvoíce, mas com aquilo que Nicolau Di Cusa (século XV) denominava *ignorância douta*, definida como “um saber mais elevado e que consiste em conhecer seus limites”.

Como lidar com o real da clínica e suportar o não-saber?

... *Professora Rochelle, o Palavrear é um lugar onde trabalhamos a mente, distraímos-nos e aprendemos sempre mais. Pois a vida é quanto mais aprendemos menos sabemos* (Livro II, 1996, p. 6).

Trata-se da estrutura da linguagem, ou melhor, da relação do sujeito com o significante. O sujeito é representado por um significante para outro significante, sendo a análise uma experiência de significação.

ZO tem 43 anos, tem três filhos, perdeu a auto-estima, não tem vontade de viver mais tem maus pensamentos, O que a Rochelle pode fazer para ajudar. Nada. N comprou álcool para acabar com a vida (Livro IV, 2002, p. 24).

Falar de uma clínica implica falar da transferência, e se existe transferência é porque existe relação com o saber. Pode-se, portanto, dizer que o próprio fato de falar a alguém tem como resultado a transferência, uma vez que, ao falar, a dimensão do Outro aparece. A fala dirigida ao saber contém uma questão: onde estou no que falo? Ou ainda, qual é o meu desejo?

Reconheço aqui a mola da experiência analítica, perspectiva que coloca em cena um particular disjunto de qualquer universal, um particular que não se deixa absorver no universal, que é correlativo à originalidade. Ademais, acredito no encontro de desejos, singularidades de que têm dado provas os pacientes nesses 13 anos de trabalho. Cada caso é um caso novo e, como tal, deve ser abordado.

A oficina Palavrear tem um compromisso com a escuta daquilo que Freud (1930) denominou o mal-estar na cultura ou na civilização, sintoma de inserção problemática de todo sujeito no campo da linguagem. Afirma a primazia do dizer do sujeito defrontando-se com tudo aquilo que o atravança, inibe e angústia, que o impele a buscar o testemunho do outro, a se fazer reconhecer.

Nessa direção, não de confrontação, mas de articulação da psicanálise com o campo da psiquiatria, os pacientes que vêm à oficina sentem-se reconhecidos pelo outro.

... A Dra Rochelle tomou a palavra e falou que é gratificante fazer seu trabalho com todos colaborando. Dona MC se apresentou e Dra Rochelle quis saber o porque dela estar no IPUB ela parou de tomar os remédios. F falou que tem dificuldades com as pessoas ...não sabe ficar bem, teve muitas internações. K extravasou seus sentimentos dizendo-nos da sua satisfação em participar da oficina (Livro VI, 2006, pp. 42-47). DV fala que se sente bem pois não precisa pagar mico falando por aí as coisas que pensa, aproveita pra falar aqui e ouvir também... EL concorda com DV e acha que fica muito perturbado mas tem respeito legal aqui. (Livro VI, 2006, p. 55).

O analista trabalha segundo sua escuta e leitura de um saber que se extrai do único sujeito, o paciente, e que surge nas entrelinhas dos ditos, numa palavra, no lugar do Outro. Um saber próprio de cada um, saber do inconsciente.

... A professora se apresentou e todos se apresentaram. Q diz que teve depressão. É espiritual, depois que o cunhado morreu ficou com depressão. F tem depressão, ouve vozes, teve um neném e as vozes a mandavam se suicidar H sente

angústia não se sente bem em casa W está internada, tem problemas de cabeça não consegue raciocinar, tem angústia e tristeza, está achando legal participar do palavreado (Livro IV, 2002, pp. 16-23).

O sintoma é uma formação é uma formação de compromisso, expressão de um conflito psíquico, uma construção que encobre e ao mesmo tempo revela algo da ordem do desejo. Daí a sua dimensão de gozo.

...Ç se preocupa com a culpa... pediu o médico para se internar...o problema dele não esta aqui e sim lá fora. Mora sozinho não tem mulher não tem amigos. Gostaria de ser internado em outra clínica especializada... bebe cervejas..., passou o final de semana dormindo, vomita, foge da “ sociedade”... HE esteve com Ç e bebeu com Ç para ele não beber muito.. TI fundador da oficina ouviu os outros..... a oficina é aberta....(Livro VI, 2006, pp. 17-19).

O inconsciente não conhece nem tempo, nem contradição, nem a incerteza e nem a diferença entre os sexos. Ele tropeça, fala, escapa, quebrando de uma maneira incompreensível a continuidade lógica do pensamento e dos comportamentos da vida cotidiana.

Menina Moleque

De altos e baixos,

Num dia é alegria,

Pura euforia, toda risonha.

No outro dia

Aparece chorosa, deprimida,

Toda tristonha.

Não,

Você não é doente,

Na realidade se sente doente

Porque quer, porque não quer enxergar.

O que está estampado diante do seu nariz,

Cai na real

SZ (Livro I, 1996, p. 92)

5.5

Sujeito, responsabilidade, laço social

Dizer algo sobre a construção de um espaço clínico nos remete a Freud (1937b), que se pergunta sobre a tarefa do analista:

Sua tarefa é a de completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de si ou, mais corretamente, *construí-lo* (...) Na verdade, como sabemos, é possível duvidar de que alguma estrutura psíquica possa realmente ser vítima de destruição total. Depende exclusivamente de o trabalho analítico obter sucesso em trazer à luz o que está completamente oculto (pp. 293-94).

Freud chama a atenção não apenas para a tarefa do analista, como também coloca em dúvida se alguma estrutura psíquica possa ser objeto de destruição, parecendo sugerir que mesmo nas situações mais radicais resta sempre algo a partir do qual se pode trabalhar ou reconstruir. O grande mérito de Freud foi inicialmente o de emprestar seus ouvidos às histéricas, e postular que por trás de sua fala bizarra e de seu sofrimento pudesse haver um sentido, a ser decifrado, contrariando com isso a opinião psiquiátrica de sua época. Torna-se assim o primeiro a fazer da fala e da sintomatologia dos pacientes um complexo trabalho de tradução do inconsciente e de suas formações.

O que proponho não é adequar a oficina a um modelo psiquiátrico que tenha uma resposta já catalogada nos seus manuais de classificação, mas sim elaborar um critério operativo, uma aposta no discurso do sujeito. A condição, de certo modo, é chegar até o limite de dizer que o sujeito é responsável pelas suas decisões, escolhas e caminhos. Ele tem sua cota de responsabilidade no sofrimento de que se queixa.

Dizer que o sujeito na clínica não é um sujeito de fato, mas um sujeito de direito, equivale a dizer que não se pode separar clínica analítica da ética, da ética da psicanálise. Ir dos fatos aos ditos não é suficiente, um segundo passo é essencial. Esse passo seguinte é questionar a posição daquele que fala, posição em relação aos seus próprios ditos.

No artigo “A ciência e a verdade” (1965-66), Lacan diz que: “ por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis” (p. 873). Responsabilidade deriva precisamente de responder. Responder o quê? Responder por sua posição

subjetiva. Confirmar um compromisso. Fazer da palavra um ato. Um ato que faz laço social.

O sujeito do inconsciente é o sujeito da diferença. É o sujeito do inconsciente como diferença e como singularidade. A ética da psicanálise se funda no reconhecimento desse sujeito. Portanto, quando se formula que a ética da psicanálise é uma ética do desejo, fundada no desejo e não num ideal de cura ou no bem do paciente, como enuncia Lacan, o que se sublinha é uma concepção do sujeito como diferença e singularidade. A oficina Palavrear, ao acolher a todo paciente independente de qualquer avaliação diagnóstica, pratica uma ética da diferença e não da segregação.

O essencial é, a partir dos ditos, localizar o dizer do sujeito, ou seja, retomando uma categoria de Benveniste (1966), desvelar a enunciação que existe por trás dos enunciados. Trata-se de distinguir entre o dito e uma posição com relação ao dito, sendo essa posição o próprio sujeito.

O exemplo da denegação (*Verneinung*), em Freud (1925), é um exemplo da análise da estrutura do dito com relação ao dizer. Uma coisa é o dito, dito como fato, e outra é o que o sujeito faz do que disse. Ou do que o outro lhe retorna do que disse. Não há uma só frase, um só discurso, uma única conversa que não traga a marca da posição do sujeito em relação ao que diz. Não é a assinatura do paciente um ato para fazer o dito firme? Um dito que seja reconhecido pelos outros?

PE, paciente internada, faz o seguinte comentário ao apor sua assinatura depois de um encontro no qual falou coisas de grande importância na sua vida e de sua família: ... *a gente tem que assumir o que pensa... as palavras voam, né Rochelle ?* (Livro VI, 2007, p. 27).

Como essa paciente percebeu, os ditos, pela sua própria natureza, são fluidos, movediços, escapam. *Verba volant, scripta manet*. A ata vem fazer uma marca, promove uma fixação, uma escritura, uma permanência, de alguma coisa que, ao contrário, se desvaneceria no tempo. Firmar ao final, apor o próprio nome estabelece um compromisso do sujeito com o que ali foi dito. Essa é a função da assinatura no final da ata, que, inicialmente, mais por intuição do que por uma elaboração, percebi como fundamental. A assinatura firma o dito, confirma, promove uma amarração. Assinar a ata constitui um ato. É nesse sentido que o nome faz uma amarração, celebra uma inscrição.

Não é outra a função da leitura ao final dos trabalhos. Percebi que sua relevância não era a de conferir a exatidão do que foi dito, tarefa impossível, mas, antes, de ensinar um reconhecimento da fala de cada um. Se esse reconhecimento é buscado por aquele que fala, ao fazer a leitura promove-se certa confrontação do sujeito com seus ditos. E essa confrontação passa evidentemente pelo outro. Assim, com o tempo, a leitura da ata se converteu num momento especial, marcado por certa solenidade, como aquele que curiosamente assume o da leitura de uma escritura de um imóvel, por exemplo, ou de um termo de compromisso. É precisamente de compromisso que se trata. Antes de mais nada, compromisso do sujeito diante dos seus ditos. O que se visa é a posição subjetiva de cada um. Surpreende-se aqui o sujeito. O sujeito e sua capacidade de dar resposta, de responder por sua posição subjetiva, posição esta a partir da qual faz laço social.

A escolha real do sujeito é da ordem da separação, operação que se opõe à alienação. Separado do Outro, o sujeito, sem amparo nem garantia, está sozinho, vindo a ser para além da determinação significativa.

Fazer laço social decorre, em primeiro lugar, da inscrição simbólica promovida pela linguagem que situa o sujeito numa história, numa árvore genealógica, que constitui seu desejo inconsciente como o somatório de desejos de todos aqueles que desejaram a ele, por ele e para ele. Quando o paciente TR define “*A oficina é a história da vida de cada um*”, ilumina o sentido do trabalho aqui desenvolvido. Resgatar, reinserir ou reinscrever o sujeito na sua própria história parece ser o caminho apontado pelo paciente citado, restabelecendo um traço de continuidade, uma espécie de elo perdido. Aos pacientes que se encarregam da função de registrar as atas, não escapa esta dimensão do trabalho:

... SM fala que sente necessidade de falar, de contar seus problemas. Quando faz a ata procura relatar tudo, escrever o que os outros contam, os traumas de cada um, as famílias, as drogas, o cigarro, etc e tal, quer continuar escrevendo, quer caprichar, escrever bem legível o interior dos pacientes, que os médicos não tem mais tempo... (Livro V, 2005, p. 29).

Nesse sentido, o inconsciente freudiano longe de poder ser definido como um lugar absolutamente individual, recôndito, e impermeável, adquire o significado de algo transindividual, permeável a todas as influências e identificações, que se define como o somatório das marcas do Outro sobre o sujeito.

O inconsciente é o capítulo da minha história que é marcado por um branco ou ocupado por uma mentira: é o capítulo censurado. Mas a verdade pode ser resgatada; na maioria das vezes, já está escrita em outro lugar (Lacan, 1953b, p. 260).

Esse “Outro lugar” do qual fala Lacan _ a Outra cena freudiana _ é o que se revela em todos os fenômenos psíquicos, e não menos na doença mental, desvelando a estrutura discursiva própria do psiquismo humano. Assim é que essas duas afirmações devem ser aproximadas: o inconsciente é discurso e o inconsciente é história.

A historicidade do sujeito faz com que surjam significantes e fantasias a partir das quais a direção do tratamento se desenrola. A escuta da demanda do sujeito, em busca da verdade de sua história e de seu desejo, não deve ficar surda à ação da fala na medida em que ela não consiste apenas, para o sujeito, em ele se dizer, nem em se afirmar, mas em se fazer reconhecer. Um traço de alteridade.

Nesse cenário em que os conceitos psicanalíticos revigoram a prática clínica, um trabalho se impõe, a cada início, uma nova fala impossível de calar, com apelo a uma escuta mais próxima do sujeito que sofre. Uma experiência que implica o sujeito em seu trato com a linguagem. É se dispor a aprender com cada um.

Outro aspecto do funcionamento da oficina diz respeito ao lugar singular daquele que faz o registro. Estabeleci como regra que aquele que registra mantém-se calado e só toma a palavra ao final para ler o seu produto. Isso acabou por provocar certo rodízio nesse lugar. Raramente um mesmo paciente ficou mais de três ou quatro encontros na função. B, uma das pacientes mais antigas, e uma das que mais fizeram registros até aqui me chamou a atenção, com um comentário que se repetiu algumas vezes: *Hoje, eu não vou fazer a ata. Estou muito angustiada.... preciso falar* (Livro II, 1999, p. 43).

Como a angústia intervém aqui? O que significa o lugar do escrevedor? Ao fazer o registro não está o paciente assumindo uma responsabilidade? O que está em jogo?

Parece clara a importância da palavra na atenuação da angústia. É o que testemunham vários pacientes ao longo desse trabalho. Estar muito angustiado impele à fala e torna impossível ocupar o lugar daquele que registra. Por outro

lado, como assinala o paciente RU, ocupar esse lugar parece conferir certa dignidade e chamar ao reconhecimento:

... A ata do palavrear as 10.00h, com a presença da psicanalista responsável Rochele... SI queria ir de alta. Precisa se tratar já tentou se queimar várias vezes.tem problemas de trauma.tem 43 anos e tem 3 filhos.Perdeu a auto-estima... KI acha que SI deve dar uma chance para ela viver mais. Lavrei a presente ata que será assinada por mim e pelos participantes. Oficina do palavriar é... liberdade ...ver o louco chateado...;...Quero falar com minha mãe.....;Tô bem, tô no controle, mas uma vez tô internado faz parte da minha vida; só eu posso me ajudar; ... nossa vida é um teatro.... (Livro IV, 2002, pp. 24-27).

Às vezes, as questões que surgem ultrapassam a capacidade de assimilação do responsável pela ata, ou lhe provoca uma angústia tal que faltam palavras para um simples registro. É o que conta a paciente K: *não deu para anotar tudo o que vocês falaram; tem coisas que me deixaram nervosa. Não deu. Vocês me desculpem (Livro VII, 2007, p. 21).*

A aposta é que o reconhecimento da palavra aí pronunciada restaure a função criativa e possibilite a construção de laços sociais. É a autenticação do Outro no pacto da fala.

... F leu o que escreveu sobre as palavras dos participantes e que as palavras dizem coisas que estão guardadas. D já participou da oficina e disse que a oficina é para fala, Y disse que aqui se fala o que quer. X veio à oficina pois está triste, veio só para oficina, sua avó faleceu... (Livro II, 1997, pp.1-21).

Como respeitar a singularidade do sujeito e ao mesmo tempo responsabilizá-lo por sua inscrição social?

A sociedade diz que você é maluco, mas quer que você trabalhe. A sociedade traz uma verdade inadmissível, mas quer que você aceite. Fui tido como PMD (psicótico maníaco depressivo), e que foge a realidade. Não nascemos com a doença, ela se instala em nós através das ciladas da vida. O palavrear é um espaço revolucionário... É uma oficina que tem liberdade para falar de nossas vidas (Livro II, 1996, p. 5).

O recorte do discurso da paciente acima, escolhido entre tantos outros, expressa ambigüidades, contradições e dificuldades. Ela percebe claramente que há uma demanda, não só dela, mas também da instituição que persegue a cura e a

alta. Um indicador do sucesso desse desiderato seria o retorno ao convívio familiar, social, e à reintegração ao trabalho. No limite, o resgate da capacidade produtiva, a reintegração ao mercado de trabalho e a reconquista da autonomia constituiriam o ideal da cura. Há uma expressão, que se tornou lugar comum nas discussões entre os técnicos do ambulatório ou do hospital-dia para se referir ao suposto êxito de algum tratamento, que é o seguinte: “fulano estava muito mal, mas agora já está podendo...” Essa expressão tão comum nas discussões de casos marca certo “já está podendo...” como indicação do progresso obtido no tratamento. O paciente ideal já deve “estar podendo” retornar à família e ao trabalho, isto é, reconquistou a sua autonomia. Todavia, salta aos olhos _ e essa paciente o percebe _ a contradição aqui instalada. Estigmatizada por sua identificação na condição de doente mental, a paciente se confrontará com uma demanda freqüentemente impossível de satisfazer e um ideal longe de realizar.

Outras vezes, a aspiração do paciente se choca com o que o técnico ou a equipe julgam o que seria melhor para ele. O espaço de contradição que se abre aqui é enorme, aponta para várias direções. É o caso da paciente Z sobre a qual trago um fragmento mais extenso.

5.6

Aporias do desejo

Z é uma paciente com uma história de inúmeras internações em vários estabelecimentos psiquiátricos, a maioria delas no próprio Instituto, sobretudo as mais recentes. Tem cerca de 40 anos, solteira, três irmãs com as quais não mantém nenhum relacionamento. Vive só, em casa de vila, alugada na Baixada Fluminense. Filha de família de baixa renda, Z tem apenas o curso de primeiro grau, tendo sido obrigada a trabalhar desde adolescente para ajudar no orçamento doméstico. Trabalhou como agente administrativo em várias empresas até a eclosão de seu primeiro surto e conseqüente internação psiquiátrica. Desde então passou por vários médicos e tratamentos, numa triste rotina onde a baixa adesão e mesmo inconformismo com as orientações lançaram a paciente na chamada carreira psiquiátrica. As conseqüências do ingresso nessa carreira são conhecidas, não sendo necessário citar o corolário de problemas representados pelo chamado

hospitalismo. Não é de menor importância assinalar o efeito provocado pelas internações seguidas nos já combalidos laços sociais da paciente. Isto não apenas pela ruptura dos vínculos de trabalho, mas também pelo afastamento de companheiros, vizinhos, familiares etc. O estigma decorrente dessas internações repetidas, do ir e vir de hospitais psiquiátricos, da frequência de ambulâncias à sua porta, terminou por emprestar à paciente um estereótipo que dificultava ainda mais sua relação com seu meio social. Um exemplo dessa dificuldade pode ser aferido por um incidente em que tive a oportunidade de intervir durante a sua última internação, ocorrida há pouco mais dois anos.

O pastor da igreja que Z frequenta me procurou para pedir ajuda, pois temia que a paciente fosse expulsa da comunidade, em virtude de seus estranhos e agressivos comportamentos, linguajar inapropriado, trajes bizarros, enfim uma maneira de estar no mundo e de se relacionar que provoca rejeição. Percebi claramente a importância que a comunidade, em particular a igreja, tinha na sua vida. Sem relação com as irmãs, e com dificuldades de se inserir no mundo do trabalho, as relações de vizinhança, na comunidade e no seio da igreja constituíam as formas fundamentais de laço social para ela. Ciente dessa importância acertei com a paciente, com seu médico e o pastor uma visita à igreja para tentar evitar seu isolamento ou até mesmo sua expulsão do grupo. Desse contato inicial decorreram várias reuniões com os membros da igreja, cujo resultado foi obter uma maior compreensão do sofrimento de Z, suas dificuldades e limites e, por fim, o acolhimento e o respeito à singularidade.

A intervenção acima descrita coincidiu com o início da participação de Z na oficina Palavrear. Nesse caso particular, minha intervenção enquanto membro de uma das equipes da enfermagem criou uma relação transferencial que propiciou a entrada da paciente na oficina. De início, sua participação era bastante desorganizada, havendo mesmo encontros em que a paciente parecia delirar todo o tempo. Não obstante, o acolhimento dos demais participantes ensejou a oportunidade para que Z trouxesse à discussão suas dificuldades reais, seus temores, suas angústias, sua solidão e mesmo suas idéias delirantes.

Esse acolhimento foi fundamental para que a paciente se sentisse aceita e respeitada, consolidasse o vínculo transferencial, e em pouco tempo passasse a fazer parte do núcleo fixo da oficina. Depois de dois anos de frequência ininterrupta talvez se possa dizer que o dispositivo da oficina propiciou uma

relação de confiança, pertencimento e responsabilidade essenciais para a mudança de curso verificada na trajetória desse sujeito. A mudança observada nos dois últimos anos, em que a paciente sai de um estágio onde sua adesão aos tratamentos praticamente inexistia, para o estágio atual, no qual é chamada a responder pelo lugar de sujeito, levou-me a refletir sobre a importância da oficina nesse caso. De fato, desde o início, por maior que fosse a desorganização da paciente, era um sujeito que estava ali e demandava uma intervenção.

... Não quero ficar sem fazer nada. Acho que tenho capacidade para fazer muitas coisas. Quero sair, trabalhar e ganhar meu dinheiro, quero ter uma vida igual de todo mundo. Sair de manhã para o trabalho, voltar para casa à tarde e cuidar das minhas coisas. Acho que posso fazer isso. Vou mandar currículo para as empresas. Tenho esperança que alguma me chame. Tenho experiência de trabalhar como secretária (Livro III, 2002, p. 42).

Não era a doença, mas o doente, um sujeito cuja implicação no seu próprio sofrimento, no seu mal-estar no mundo e nos problemas é que importava para a oficina.

Depois de um longo período de internação, e quando a equipe da enfermagem já discutia a possibilidade de alta hospitalar, Z passou a falar de seu desejo de voltar a ter um trabalho regular. De fato, Z não conseguia manter um emprego estável desde seu primeiro surto. Desde então, sobrevive com um benefício _ auxílio-doença _ do INSS. Todavia Z não parece satisfeita com essa situação, alegando que tem condições de trabalhar e gerenciar sua própria vida. Não se trata de um trabalho qualquer, esclarece:

... Quero ter um trabalho direito, com salário e carteira assinada, tudo direitinho. Sei que ta difícil. Tem muita gente querendo isso também, mas não consegue. Tem muita gente desempregada. Mas tem muita gente que não quer trabalhar. Trabalho sempre tem. Não tenho medo de trabalhar. Tenho experiência de trabalhar como secretária (Livro III, 2002, p. 43).

Assim, Z enuncia claramente o seu desejo. Perguntada sobre o significado disso, Z responde que deseja ser uma trabalhadora. Essa resposta me pareceu muito significativa, pois assimila a condição de trabalhadora à posse da carteira de trabalho, assimilação essa que permitiria a mudança na sua inscrição social, a troca de sua condição de titular de um auxílio ou benefício social para a de trabalhadora.

Mas, como voltar a trabalhar *com* carteira assinada sem abrir mão do auxílio-doença que recebe desde o dia em que se afastou do trabalho para tratamento? No plano ideal, tudo parece muito simples e muito lógico. Não seria o esperado de alguém que, melhorado ou curado da doença, quisesse voltar a trabalhar? Recuperar a capacidade de trabalho? Não seria esse até um bom indicador da evolução favorável do caso? O desejo de trabalhar, depois de tanto tempo de afastamento, não deveria ser saudado?

No entanto, as coisas não são tão simples assim. Tão logo a paciente enunciou seu desejo, houve uma grande mobilização de todos os técnicos envolvidos com o caso. Os técnicos do hospital-dia, do ambulatório e até mesmo estagiários me procuram para discutir o encaminhamento a ser dado. A preocupação dominante, para não dizer única, era a possibilidade de a paciente perder o auxílio-doença, caso insistisse em levar adiante a idéia de voltar a trabalhar regularmente. Preocupação pertinente, pois a história e a complexidade do caso recomendavam todas as cautelas possíveis.

O interesse nesse caso é que o anúncio da intenção de Z de pleitear uma nova perícia para dar fim ao seu auxílio-doença e de ser liberada para voltar a trabalhar provocaram um quase pânico entre os técnicos. Imediatamente, como se esquecessem do ideal de cura antes apregoado procuram demovê-la da intenção de abrir mão do benefício social para lutar por um lugar no mercado de trabalho. A justificativa para a mudança de orientação dos técnicos é que a paciente trocava o certo (auxílio-doença) pelo duvidoso (o salário com carteira assinada), pondo em risco a sua segurança e sobrevivência. A paciente, porém, resistia aos argumentos dos técnicos, insistindo no desejo de voltar ao trabalho. Lembro o dia em que o médico veio falar comigo para que ajudasse a convencê-la da temeridade dessa decisão. Ao fim, a paciente, talvez vencida pelos seus próprios medos e divisões, recuou dessa posição e acabou por concordar em permanecer com o auxílio - doença, restringindo-se a pequenos trabalhos sem a ambicionada carteira assinada. Para reforçar a necessidade de manter o benefício, o médico chegou até mesmo a mudar o diagnóstico, agravando-o, no laudo dirigido à perícia previdenciária.

Esse caso me pareceu exemplar no sentido de mostrar um pouco das ambigüidades que caracterizam o trabalho com o doente mental.

Mas, como conciliar essas cautelas com a aposta no desejo do sujeito? Até que ponto há espaço para o desejo? Como articular, numa mesma resposta, a necessidade de garantir a proteção social, preocupação de todos os técnicos, e o reconhecimento do desejo do sujeito de alterar sua inscrição social? Onde localizar o sujeito? Como conciliar a expressão da realidade psíquica com os imperativos da realidade social? Como dar consequência prática ao postulado segundo o qual há sujeito na loucura? Sujeito, desejo, responsabilidade, direito_ como articular na prática esses termos? Querer o bem da paciente não se choca com a ética da psicanálise que se define como a ética do desejo?

É comum o enunciado, sempre com o sentido de advertência, segundo o qual na prática a teoria é outra. Aqueles que trabalham com o doente mental sabem dos impasses e dos paradoxos com que nos deparamos a todo o momento. As certezas inexistem, as verdades não são únicas e os caminhos são abertos na própria caminhada. O caso de Z, brevemente resenhado acima, expõe claramente as dificuldades, impasses e limites do nosso trabalho.

Confrontada com essa situação manteve a posição de sustentar uma escuta não comprometida com nenhuma direção que não fosse a indicada pela própria paciente. Isso não significa, e não significou simplesmente acatar sem nenhum questionamento a fala do sujeito. Procurei desvendar a enunciação nos seus enunciados. Ao fazer isso, com a ajuda dos demais pacientes da oficina, coloquei em evidência a posição subjetiva de Z. Um primeiro movimento foi o de responsabilizá-la pela sua decisão, fosse qual fosse. Segundo, os próprios pacientes da oficina com suas questões levaram-na a desenhar os vários cenários engendrados pela sua decisão, com as consequências possíveis. Esses movimentos não se confundiram com o dirigismo da equipe da enfermaria ou do hospital- dia, que estabelecera de antemão o que era melhor para ela.

O que seria melhor para o sujeito?

É uma pergunta que talvez um psicanalista não se deva colocar. E, se o fizer, não deve operar a partir daí. Não se trata de desmerecer o trabalho das equipes multiprofissionais que atuam nos serviços psiquiátricos. Mas a visada do psicanalista é necessariamente outra. Essa diferença talvez se perca nos atuais dispositivos de atenção onde as equipes procuram dar uma assistência dita integral ao paciente. Evoca-se aqui a própria definição da saúde como o estado de completo bem estar biopsicossocial Essa universalidade humanista não deve

seduzir o psicanalista a ponto de fazê-lo esquecer a particularidade de cada um. E justamente por ter como ofício e visada o particular, o psicanalista não pode se deixar absorver no universal, no conjunto, na chamada equipe de saúde mental. Ele não é mais um; sua função, seria mais apropriado dizer, é ser menos um no conjunto. Ou, dito de outro modo, é não deixar fazer conjunto. Da mesma forma que em relação ao saber, onde sua operação é introduzir a dimensão do não _ saber, em relação às equipes de saúde a posição do analista deve ser a de sustentar a radical originalidade do desejo de cada sujeito. A responsabilidade do analista, e o risco decorrente do seu ato, é o de abolir ou reconhecer o outro como sujeito.

Autorizar o dizer de cada um _ trata-se de uma clínica que não se presta à universalização. Operar sem cair na rede de uma clínica estandardizada demanda uma abordagem de não rigidez, que intervenha por uma lógica que responde pelo não - todo. Uma lógica que não trata de prometer a normalização ou a reabilitação dita social cujo indicador mais freqüente costuma ser a reinserção no trabalho.

5.7

Uma existência escritural

A ata é feita para falar sobre as nossas vidas e pela vida dos pacientes do IPUB e as nossas coisas que acontece na vida. A oficina na minha vida é muito importante... Porque eu vejo como a minha vida é muito importante... porque a gente aprende a viver. (Livro VI, 2007, p. 5).

O próprio do campo freudiano é supor que o discurso do sujeito se desenvolve na ordem do desconhecimento, do erro, do tropeço, e mesmo da denegação. Nesse discurso que se desenvolve algo se manifesta. O sujeito emite uma palavra, um significante cujo encadeamento no fluxo do discurso produz um efeito de significação ele próprio desconhece. Isso resulta mesmo da estrutura do significante cujo aspecto essencial está em que ele seja articulado. Conforme assinala Lacan (1957), com base na lingüística de Saussure, os elementos significantes se compõem segundo as leis de uma ordem fechada, resultado de uma estrutura combinatória cujo substrato topológico é a cadeia significante.

A significação é efeito de uma ação retroativa do último significante sobre a cadeia: não é senão com a última palavra que uma significação vem se produzir. Na medida em que sempre mais um significante pode ser encadeado há necessidade de um ponto final, um ponto de basta, um corte que interrompa o fluxo contínuo das palavras e faça emergir a significação. A palavra escrita é de outra natureza, pois ao conferir uma materialidade à fala impede o desvanecimento ou até mesmo o deslizamento incessante dos significantes, produzindo um traço no real.

Com base nessas considerações é que, desde o início do Palavrear, pensei em fazer um registro que desse conta de algo da experiência. Primeiramente, eu mesma me encarreguei da tarefa, esmerando-me por fazer um registro tão fidedigno quanto possível, objetivando uma transmissão de tudo o que se passara em cada encontro. Logo depois, porém os próprios pacientes se encarregaram de redigir as atas, dando uma versão própria do movimento da oficina. Se, como assinala Foucault (1987), a primeira e mais fundamental violência contra o louco é destituí-lo da sua palavra, a oficina devolve-a a ele; ao atribuir-lhe a responsabilidade pela escrita da ata.

Em realidade, houve uma espécie de passagem, na qual se transitou de um modelo mais ou menos comum, tradicional, em que o terapeuta faz um registro ou diário de campo, para um modelo novo, em que o registro é feito pelos próprios pacientes. Não foi propriamente uma escolha_ pelo menos no sentido consciente do termo. Ocorreu algo que já disse a respeito da oficina: institui-se pelo seu funcionamento. E confesso que não foi sem alguma resistência.

Como não lembrar a surpresa diante de algumas atas bastante desconexas? O que fazer com algumas cuja escrita era francamente desorganizada, expressão de um pensamento descarrilhado? Como evitar a tentação de interpretar o registro, praticamente um vício profissional? Evidentemente, o primeiro obstáculo foi vencer a minha resistência e me deixar conduzir, sem me agarrar a modelos ou roteiros já conhecidos, aventurando-me sem preconceitos pelos caminhos que a própria experiência abriu. Sem bússola nem mapas, tomei como orientação um verso de nosso poeta maior: “penetra surdamente no reino das palavras” (Drummond).

Assim, abandonei a pretensão de trilhar um caminho já conhecido, um terreno já mapeado, e deixei-me levar pela experiência, onde o muro da

linguagem nem sempre permitia ver muito longe. Mas, para me dar conta do que tinha ali na minha frente, não seria necessário abandonar a pretensão de enxergar ao longe? Não deveria me permitir errar? Ao seguir por esse caminho optei pela construção de um saber fragmentário, à moda do inconsciente, opção não compatível com as exigências do discurso universitário, no sentido que lhe dá Lacan (1969-70), em que o saber ocupa o lugar do agente.

De qualquer modo, a clínica ensina que todo caso é sempre uma construção. Ao fazermos uma apresentação não trabalhamos senão a partir de fragmentos, procedendo como um arqueólogo um tanto estouvado, metáfora a qual Freud (1937b) freqüentemente recorreu: “... assim como o arqueólogo ergue as paredes do prédio a partir dos alicerces que permaneceram de pé,... também o analista procede quando extrai suas inferências a partir dos fragmentos de lembranças, das associações e do comportamento do sujeito da análise” (p. 293).

O que busquei obter foi um efeito de fixação. A ata é fixação, amarra o que, por natureza_ o discurso, a fala _, é fluído, cava uma marca no real, uma espécie de marca entalhada cujo efeito, ao ser reconhecido pelo outro, é de inscrição social. ... *A ata é o monopólio das palavras* (Livro I, 1994, p. 44).

... *Foi bom fazer para mim a ata gostei. Eu adoro ser útil para meu trabalho. Fiz uma ata palavrear presença do meu trabalho* (Livro VII, 2007, p. 10).

A ata é um documento escrito das palavras. São passagens da vida da gente inclusive do hospital e de antes também. Falamos de tudo, internações, problemas de família, angustias, medos, relacionamentos e até dos médicos (Livro VI, 2006, p. 32).

É evidente que não se trata do registro factual, da minúcia dos acontecimentos, mas fragmentos significantes, em cujo registro está implicada ademais a subjetividade do escrevedor, aquele que lavra a ata. Este assume a responsabilidade pelo texto e pela leitura do registro, o qual ocasiona reações tanto de reconhecimento quanto de estranhamento. Não raro os pacientes pedem uma retificação do que foi anotado como condição para que ao final a ata seja aprovada e possa ser assinada por todos. Assinatura é firma_ firma o dito. Ao firmar o dito como uma conclusão do trabalho, ponto de basta no deslizamento dos significantes, a assinatura se faz ato.

A oficina dá um projeto de vida. Rochelle faz a apresentação e explicando a oficina, para cada um pergunta sobre seus problemas. Você acha que precisa ficar internada? Como? O que você vai fazer depois que sair do hospital? A oficina é um espaço que procura escutar os outros, tem dois momentos, tem um começo e assinatura na ata (Livro V, 2005, p. 54).

A professora Rochelle se apresentou e todos se apresentaram. F não tem vontade de viver ela foi violentada. Q acha que F deve dar uma chance para ela viver mais. F hoje não está bem deu ataque de epilepsia está internada disse que será pior quando sair daqui. Lavrei a presente ata que será assinada por mim pelos participantes (Livro III,2002, pp. 20-24).

Destaco três significantes que me parecem essenciais nessa articulação: lavar, ata e ato. Lavar, do latim *laborare*, tem significados cuja pluralidade nos aproxima da complexidade de efeitos que intento fixar aqui. Lavar pode ser tomado no sentido de trabalhar (que nos remete ao trabalho psíquico), de marcar ou sulcar a terra (refere-se a uma marca no real), registrar e assinar (dimensão simbólica).

Ata deriva de *acta*, coisas feitas_ escrita que firma o significante, o que a assinatura confirma. Aliás, o verbo firmar tem exatamente esse significado. Firmar um documento ou um ato no sentido de assinar. Ato deriva de *actu*, feito, fazendo, faz, tem ou é passível de conseqüências jurídicas. Decorre de um ser de desejo, que se responsabiliza livre e conscientemente. Dá a idéia de presente e durável, em grau definido de realidade e perfeição. Na língua francesa existe a palavra *acte*, que se pode traduzir como ato e como ata, ressonâncias da língua de que se aproveita Lacan (1967-68).

A psicanálise inaugura uma nova concepção de ato que está profundamente implicada com o começo de suas formulações, pois todo ato funda um principio de organização, refere-se a um momento inaugural, de criação. Diria que o ato inaugural de Freud foi atribuir um saber ao Outro, saber este que subverteu a boa forma de qualquer discurso. Essa descoberta permitiu que se considerasse a emergência de uma nova língua que vem articular-se entre esquecimentos banais, interditos e contradições. No lugar de abordar as falhas de linguagem como contraponto para o estudo de línguas formais, Freud, desde seus primeiros estudos, tratou de escutar os deslizos de linguagem, relacionando-os ao inconsciente. O inconsciente faz ato. Esta afirmação serviu como uma premissa

estrutural na definição de seu projeto científico; era preciso continuar a investigar ainda sua forma de atuação.

Ao fazer esse pequeno apanhado das várias significações desses termos, autêntica polissemia, me aproprio dessa riqueza semântica e com os equívocos da língua para me aproximar de um aspecto fundamental da oficina incidência deve ser pensada nos registros do real, simbólico e imaginário. Esses três registros psíquicos são trabalhados por Lacan desde sua conferência “*Le symbolique, l’imaginaire et le réel*” (1953b), quando são vistos de forma isolada, até *O Seminário RSI* (1974-75) em que se tornam dependentes de seu enodamento na cadeia borromeana.⁵⁰ Ele vê nesses três a possibilidade de uma nomeação ou de uma releitura da psicopatologia freudiana: o real da angústia, o imaginário da inibição e o simbólico do sintoma.

A angústia se refere a um objeto desde sempre faltante, vazio que a pulsão não faz senão contornar. É nesse sentido que o real é o impossível na medida em que escapa ao simbólico e à mobilidade que lhe é própria. É o que esta fora do que faz sentido. Nas palavras de Lacan: “o real ex-siste enquanto impossível”⁵¹ (p.66). Essa ligação do objeto com sua falta necessária é onde se situa o que, em sua análise da transferência, ele introduziu sob o termo *agalma*. É porque esse lugar vazio é como tal que se constitui a dimensão da transferência, conforme vimos na leitura do *Banquete*.

O simbólico, dominante na tópica lacaniana em seu período inicial, refere-se ao campo do Outro, à linguagem. Mesmo reconhecendo um ponto de opacidade, resistente à significação, Lacan (1953a) afirma que tanto o inconsciente quanto o sintoma se estruturam como uma linguagem. Por isso, ele entende que o símbolo e a linguagem são a estrutura e o limite do campo psicanalítico. Ao contrário do real, que insiste sempre no mesmo lugar, o sintoma é movente por ser linguageiro, por ser “... linguagem cuja fala deve ser libertada” (p.270). O sintoma, como sonho, é um enigma. Ele representa o sujeito. Atrás de cada sintoma está o sujeito. E sua cura consiste na reintegração de sua história.

⁵⁰ Cadeia borromeana é uma cadeia tal que, se cortarmos qualquer um dos seus anéis, todos se desligam. O uso analítico está mais explicitado em *O Seminário, livro 22, RSI*.

⁵¹ Ex-sistir quer dizer, mais precisamente, se situar alhures, fora, mas cuja presença é necessária aos outros dois termos (simbólico e imaginário) como ponto de apoio, de nodulação.

Se o real se caracteriza por sua ex-sistência e o simbólico por sua insistência, o imaginário se define pela consistência que empresta a estrutura. Como mostrou no estádio do espelho, Lacan localiza na identificação imaginária a assunção jubilatória de um corpo, operação psíquica pela qual o ser humano se constitui numa identificação com seu semelhante, instaurando-se numa dualidade interna ao sujeito. Do início do seu ensino quando o registro do imaginário aparece como o do engano, das ilusões do eu e da alienação, da tensão agressiva da relação especular, sua teoria lhe confere outra dimensão, a de dar consistência, isto é, corpo e imagem à estrutura.

LO está internada desde maio, escuta vozes que perturbam muito. Queria matar a avó dela com quem morou tem 23 anos e começou seu problema aos 18 anos. Diz que os remédios foram os culpados por sua internação. PC reclama que está aqui por engano, que está bem, que seu irmão é que é doente e quer prejudicar e ficar com tudo dele. Acha que ele devia ser internando. MF diz que de tanto ouvir essas conversas está meio pinel, está misturando tudo. Num outro dia viu LO agitada e ficou nervoso agitado também (Livro V, 2005, p. 64).

EL está internada, veio a oficina antes e disse ser EL. Hoje disse que é cid10 f32 bipolar e se apresentou com esse nome. Falou alto e não parou sentada e fez muitos gestos. Os outros estranharam a mudança de EL (Livro VII, 2007, p. 16).

É uma oficina que concerta cabeças (Livro II, 1996, p. 34).

O pensamento precisa ser escrito, alivia a tensão. É o lugar pra falar dos sonhos (Livro I, 1995, pp. 49-50). Aqui é tudo registrado é conversa séria (Livro II, 1996, p. 29).

A ata tem por objetivo e efeito reconstruir um pedaço da história, reinscrevendo nela o sujeito, numa dialética com o outro. Assim, nessa reconstrução o sujeito acede a uma temporalidade da alteridade, no sentido literal em que ele consegue re-situar-se na interação simbólica. Aquele que constrói o texto dá provas de responder para os demais, com o seu produto, o que escutou e, posteriormente, ler enquanto os demais participantes escutam.

Quando assinalo que o registro, a leitura e a assinatura da ata promovem um laço entre os participantes, um laço que por seus efeitos pode ser chamado de laço social, estou acrescentado um quarto termo que vem balizar o trabalho na oficina: do latim *laceu* ou *laqueu*, laço remete a aliança, vínculo ou união.

A assinatura da ata é um ato de bom senso (Livro VII, 2007, p. 5).

... Rochelle assistente social é que preside o palavrear. M.diz que aqui as pessoas escutam o que se fala. M diz que a ata é um registro. Sem mais lavro a presente ata (Livro III, 1997, p. 13).

Ato, assinatura, alguém é convocado a assinar seu nome, uma função subjetiva está em jogo, condição de responsabilidade, afirmação necessária do falante.

O que se afirma é um nome, não um nome comum, mas um nome próprio, ponto de junção entre a linguagem e o sujeito.

Ao apresentar a oficina através dos registros dos pacientes tenho a pretensão de trazer o vivo da experiência, com suas dificuldades, imperfeições e limites. Não obstante sei que essa é uma missão impossível, não resultando mais do que uma pálida amostra do trabalho. O próprio Freud (1918) se defrontou com essa dificuldade, deplorando que nenhuma apresentação de uma psicanálise possa restituir as impressões que se experimentam durante sua realização e que a convicção final não possa ser comunicada pela leitura, mas pelo vivido.

Considerações Finais

É chegado o momento de concluir. Não deixa de ser estranha a obrigação de colocar um ponto final em um trabalho ainda em movimento. Isto me leva a formular algumas considerações que não se pretendem conclusões fechadas, um ponto final, a última palavra decorrente de um trabalho longamente desenvolvido. Tenho consciência de que as conclusões são sempre provisórias, parciais, pois não refletem senão o estágio alcançado e a visada que se lhes imprime. Se há uma verdade a ser transmitida nesse trabalho, com Lacan direi que não se pode nem se deve dizer tudo, não se deve dizê-la toda, é preciso dizê-la não-toda. Explicito assim que esse trabalho representa uma tomada de posição em relação à teoria e à prática clínica, sobretudo em relação a minha experiência institucional. Falo de uma tomada de posição no sentido de uma implicação pessoal tanto no recorte teórico que procedi, quanto na proposição do dispositivo clínico que apresento: a oficina Palavrear.

Um outro significado que encerra esse trabalho é o de testemunho: testemunho de um percurso; testemunho de uma prática; testemunho do poder do dispositivo da palavra, do laço transferencial que é a condição *sine qua non* para a entrada no “palco regido pela maquinaria do inconsciente”.

O trabalho de que dou testemunho e a leitura que faço da clínica e da história da loucura trazem a marca de uma formação psicanalítica que, julgo, segue sendo o essencial para uma abertura à palavra do outro. Se a prática psicanalítica se constituiu no solo da clínica psiquiátrica, então, julguei pertinente começar o trabalho, num esforço de contextualização, indagando quais as condições de constituição do saber e das práticas psiquiátricas. Nesse esforço, fiz uma digressão aos tempos do alienismo, no século XVIII, quando a psiquiatria ensaiava seus primeiros passos, abraçando a loucura e a agasalhando nas malhas do saber médico. Inaugurava-se uma nova era, cheia de promessas, sob as luzes da ciência positiva.

A figura de Pinel simboliza a chegada desse novo tempo quando a loucura ultrapassa a fronteira cinzenta da exclusão e penetra nos limites luminosos da

cidade. Na sociedade contratual da ordem burguesa nascente, a loucura encerra paradoxos de difícil solução: de um lado, o reconhecimento da humanidade do louco e seu direito ao tratamento; de outro, o seu aprisionamento no manicômio revestido da autoridade médica e convertido em centros de reeducação-modelo onde o tratamento moral acabou por forjar um novo tipo de exclusão. Se, por um lado, Pinel inclui o louco e sua loucura no discurso médico, possibilitando uma relação até então inexistente, por outro, essa inclusão abre as portas para um novo tipo de segregação cujas engrenagens e efeitos atravessaram dois séculos até encontrar na reforma psiquiátrica de nossos dias sua contestação mais frontal.

Relação paradoxal, todavia, essa entre medicina e psiquiatria. A primeira fazia da lesão somática, anatômica, a razão última da conjugação dos sinais e sintomas que denunciavam a doença; a segunda, não conseguindo se reduzir aos padrões teóricos da doença somática, encontrava dificuldades de se inscrever no campo médico.

Esse desconforto pareceu ter encontrado uma solução quando Bayle descobriu que a paralisia geral progressiva, uma das formas então descrita de loucura, nada mais era que o estágio avançado da sífilis. Entusiasmo fugaz, esperança frustrada, pois a inquietante experiência da loucura permaneceu infensa à exploração anatômica, não confirmando as pretensões médicas da psiquiatria. Prevaleram os defensores da causalidade moral, uma vez que a anatomia patológica não conseguia demonstrar na intimidade do corpo o substrato irrefutável do desatino.

O impasse no campo teórico se estendeu ao campo terapêutico e ético. A flagrante ineficácia do tratamento apenas deixava patente a violência com que a experiência da loucura foi enfrentada no ocidente. Ela era percebida como pura negatividade, os manicômios se convertiam em centros de clausura e a psiquiatria apenas legitimava a exclusão social e o vilipêndio dos mais elementares direitos.

A psicanálise trouxe uma nova leitura do fenômeno da loucura. Fundada no campo psiquiátrico, a psicanálise constitui saberes sobre a loucura a partir de uma nova concepção sobre o sujeito, não mais o sujeito cartesiano, mas um sujeito descentrado e em irremediável desacordo com seu desejo. Perquirindo as razões desse sujeito, a psicanálise reconhece a singularidade de cada formação subjetiva, desvelando o mal-estar constitutivo da relação do homem com a cultura.

Se, na modernidade, com o avanço da bioquímica, da genética e das neurociências, o medicamento se tornou onipresente como um instrumento privilegiado da descrição da enfermidade e da relação com o paciente, a psicanálise continua apostando na palavra para responder ao mal-estar sempre presente na experiência humana. Onde a medicina somática e a psiquiatria biológica silenciam o sintoma, a psicanálise oferece uma escuta para que uma verdade possa ser anunciada.

Não obstante, certa estranheza sempre caracterizou o encontro entre a psiquiatria e a psicanálise. Apesar de a psicanálise ter pavimentado o terreno para o estabelecimento de uma verdadeira clínica, o aparato institucional da psiquiatria jamais deixou de objetivar a loucura e de exercer um mandato social baseado na segregação. Os movimentos de contestação foram inúmeros: a psiquiatria preventiva e social, a psicoterapia institucional, as comunidades terapêuticas, a antipsiquiatria etc. Esses movimentos constituem antecedentes da reforma em curso, cuja inspiração pode ser situada na psiquiatria democrática italiana e em seu grande teórico, Franco Basaglia.

A reforma psiquiátrica no Brasil tem no lema “por uma sociedade sem manicômios” o seu norte definidor. A questão da cidadania do louco entra na agenda do movimento ao lado de um questionamento radical de todas as formas de estigma e de segregação. Os conceitos psicanalíticos são instrumentalizados na proposição de uma clínica ampliada, que não fosse reducionista e que promovesse a integração e não a exclusão do paciente. No rumo de uma desinstitucionalização, novos dispositivos foram construídos como alternativa ao manicômio: hospital-dia, centros e núcleos de atenção psicossocial, oficinas, residências terapêuticas e outros. A palavra de ordem é investir nos programas e nas ações de inclusão social, reinventando as relações entre sociedade e loucura.

Apesar das inegáveis conquistas da reforma psiquiátrica, que vem permitindo a desospitalização da assistência, não se pode deixar de perceber um outro movimento, bem mais sutil e perigoso que o manicômio, que busca reinterpretar a dor psíquica e reinscrever o desamparo no registro médico, promovendo uma medicalização generalizada do espaço social. O que importa, para não reproduzir a lógica do manicômio, é renunciar a transformar dor em doença, medo em síndrome e diferença em anormalidade e abrir caminho para a alegre afirmação do desejo.

Quando o dilaceramento psíquico toma o sujeito, certo modo de presença, de acompanhamento, de atos e palavras se faz necessário como um lugar onde, nas palavras de JU, *seja possível sair da escuridão do seu esconderijo interior*. Minha resposta ao desafio proposto por esse paciente é a oficina Palavrear. Esta se inscreve como um dispositivo psicanalítico _ psicanálise em extensão _ na interseção de dois campos: psiquiatria e psicanálise.

Caracterizar a oficina como um dispositivo psicanalítico implica afirmar a existência de um lugar de analista a partir do qual o trabalho é conduzido. Lugar de analista é definido aqui como o lugar daquele que se faz porta voz do inconsciente. Para sustentar esse lugar, o conceito de transferência revelou-se a mola propulsora e a ascese da palavra o fio condutor do trabalho. Contudo, algo mais fundamental e definitivo se constitui como condição para essa sustentação: o desejo do analista.

Falar em desejo do analista não é listar atributos ou qualidades, nem falar deste ou daquele psicanalista. Trata-se de um conceito _ um significante _ referido a uma função: o desejo como função. Se Freud afirmou que um analista funciona com seu inconsciente, Lacan sustentou que ele analisa com seu desejo. É essa a manifestação real e concreta do inconsciente. Por isso, acompanhamos Lacan na leitura original que ele faz do *Banquete* de Platão da qual ele extrai conseqüências fundamentais: primeiro, o desejo do Outro é colocado em posição de objeto; segundo, a separação entre o amor _ uma das paixões do ser, junto com o ódio e a ignorância _ e o desejo, essencialmente caracterizado por sua falta; terceiro, a função do sujeito suposto saber. Essa função não se recobre nem se confunde com a formulação imaginária de que o analista deve saber. Aliás, assinalei que a expressão “douta ignorância” se presta melhor para definir sua posição. Uma análise opera na interpelação desse saber.

No Palavrear verifica-se um permanente confronto com as identificações imaginárias reveladoras da posição problemática do sujeito face à castração. Não raro, essas identificações vêm ocultar os pontos onde o saber claudica e o rótulo diagnóstico vem propiciar o significante do qual o sujeito faz nome: *eu sou Cid10 F32*, apresenta-se o primeiro; *sou esquizofrênico*, nomeia-se o segundo, ou ainda *sou dependente, não posso trabalhar*, dirá um terceiro.

Se, como defendi, o desejo do analista é a função que possibilita desbaratar as tapeações imaginárias, a afirmação desse desejo provou-se

fundamental para liberar o sujeito das aderências significantes onde sua alienação fecha, estreita, reduz e aprisiona.

É claro que o trabalho com muitos, como se pode chamar o trabalho em uma instituição pública universitária, encerra contradições inerentes ao entrecruzamento de saberes no mesmo território. Com o caso da paciente que denominei Z pretendi trazer à luz os conflitos, resistências e impasses do trabalho psicanalítico em instituição. Há situações na vida em que parece não haver uma boa solução possível. É mesmo uma armadilha trivial pensar que se tem a solução para os problemas do paciente. Precipitar uma resposta à demanda do paciente pode significar uma inibição ou um fechamento do campo da enunciação. Não se deve esquecer que mesmo diante de algo que não tem solução há muito a fazer. Suportar a tragicidade da condição humana não é pouca coisa e não pode ser confundida com a busca açada de uma solução. Por vezes, é essencial manter a tensão, isto é, suportar o impasse até o ponto em que o sujeito possa, ele mesmo, vislumbrar sua saída, fazer seu caminho, montar a equação onde seu desejo se confronta com o real.

O trabalho do analista, desde a sua “ignorância doutra”, deve ser persistente, pois a hora e a vez lhe são dadas pelo outro. Se o paciente demanda e o analista acolhe, um caminho se torna possível. Caminho que se faz ao caminhar, no qual a palavra serve de balsa para conduzir o sujeito no mar revolto por entre os escolhos da vida em busca de um porto seguro. Como disse um poeta, a vida... não existe; a vida é inventada. Invenção que por definição é sempre da ordem da singularidade, pois, como demonstrou Lacan, não há uma cura-padrão, assim como não há duas estruturas desejantes iguais ou duas configurações discursivas coincidentes. Há, isto sim, “variantes da cura-padrão”, lugar onde, para FL, *a oficina ajuda a construir a vida*.

Uma ajuda, como assinala FL a propósito da oficina, não tem nada de material, mas inscreve-se inteiramente na função da palavra e no campo da linguagem. Isto começa com a oferta feita aos pacientes, indistintamente, sem nenhuma seleção prévia, que se desdobra para alguns numa demanda de escuta. Há um tempo de espera necessário para que a demanda apareça e a transferência crie o vínculo que sustenta e impulsiona o trabalho. A própria estrutura da demanda faz apelo à presença do Outro, e ao amor como dom desta presença.

Assim, o tema do reconhecimento me pareceu central nos discursos dos pacientes: reconhecimento da presença de um sujeito, de uma estrutura subjetiva, de um desejo de inscrição simbólica. A aposta de uma escuta na palavra do louco confirmou a crença de que cada um é portador de uma verdade e sujeito de sua própria experiência. Reconhecer sentido nessa experiência significa validar a originalidade da trama discursiva que cada sujeito é capaz de tecer. O reconhecimento e a escuta tornam-se assim os fundamentos de um esforço de construção ou reconstrução subjetiva.

Falar em reconhecimento traz à tona dois temas correlatos: responsabilidade e laço social. Em primeiro lugar, responsabilidade do analista pela sustentação do dispositivo da transferência e pela sua palavra, que pode não apenas sancionar ou retificar o discurso do outro, mas reconhecê-lo ou aboli-lo como sujeito. O dispositivo que criei, a ata e a assinatura do escrevedor e dos demais participantes, longe de ser uma banalidade, assume na oficina o caráter de um chamamento ao sujeito, uma convocação para que responda em seu próprio nome. Em segundo lugar, responsabilidade do paciente, convocado a falar em seu próprio nome e a responder pelo seu mal-estar.

O sujeito, assinala Lacan, é sempre responsável por sua posição subjetiva. A prática do inconsciente mostra que o sujeito não é joguete do destino e sim sujeito da escolha, responsável por seus atos e decisões na vida. Isso confere toda a dimensão trágica da existência, na medida em que há sempre uma perda em jogo. Inevitável. Inarredável. A não-escolha, em contrapartida, deixa o sujeito sob o jugo do Outro. Na teoria de Lacan é a opção entre a bolsa ou a vida, alienação ou separação. Na formulação de Hegel, a dialética do senhor e do escravo vem dar conta desse processo de assujeitamento no campo do Outro.

Fazer laço social ou nele incluir-se significa demarcar um lugar próprio no campo simbólico. Imprimir uma marca, construir um nome a partir do qual o sujeito faz um endereçamento a um outro sujeito.

Retomar as atas para construção desse trabalho revelou-se um exercício meticuloso e árduo. Cada uma é uma peça singular. Não há homogeneidade. Em geral, é difícil perceber qualquer continuidade. É um estilo de achados, fragmentário. Às vezes, apresenta um caráter de sucessão, destacadamente quando são feitas por um mesmo paciente ou por alguns pacientes mais bem articulados. Nestes casos aparecem seqüências narrativas. São recortes de histórias de sujeitos

com seus dramas, descaminhos, desencontros, mas também ações afirmativas e conquistas. Histórias de sujeitos, em que a nomeação é essencial. É o que Freud chama *Kranke*, o sujeito da loucura, que emerge do relato. Como se depreende dos casos de Freud, é sempre da história de alguém que se trata. A loucura está ali mesmo, no relato, na medida em que o sujeito a testemunha.

O Palavrear aposta que o paciente, pouco a pouco, se inclui no que lhe acontece, consente no que lhe advém, acata os acasos, torna-se responsável. Malgrado marchas e contramarchas, o paciente se torna sujeito. Esse é um trabalho de perdas e ganhos: perdas de velhos apegos, ganhos de mobilidade e saber, saber efetivo, saber errar, saber fazer, inventar enfim. Na companhia de Cecília Meireles (2007), digo que

“no fim do caminho, estava a porta. Um dia, todas as coisas que sempre vimos com indiferença fazem a sua revelação. Transmitem-nos o seu nome profundo. E sentimos que estivemos sempre diante do infinito, sem o compreendermos. No fim de um caminho uma porta” (p.93).

O desafio permanente é manter a roda em movimento e recomeçar, sabendo que se recomeça sempre de outro lugar.

Referências bibliográficas

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

———. **O homem e serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

———. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BARBALET, J.M. **A cidadania**. Lisboa: Estampa, 1989.

BARRETO, J. **O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental**. Juiz de Fora: Ed. da UFJF, 2005.

BARROS, M. **Gramática expositiva do chão (poesia quase todas)**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1990.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

———. (org) **Os crimes da paz**. México: Siglo, 1977.

BASTIDE, R. **Sociologia das doenças mentais**. São Paulo: Cia Ed. Nacional, p.250, 1967.

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

BENVENISTE, E. **Problèmes de linguistique générale**. Paris: Gallimard, 1966.

BERCHERIE, P. **Génesis de los conceptos freudianos**. Buenos Aires: Paidós, 1996.

———. **Os fundamentos da clínica-história e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

———. **Enfermidade e loucura**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

———, J; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante, P (org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

———. A cidadania tresloucada. In: Benilton, Jr. B e Amarante, P (orgs). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL, I.E.A. **Proposição de um dispositivo de formação para o psiquiatra clínico.** Rio de Janeiro: Tese de Doutorado aprovada pelo programa de Pós-graduação em Saúde Pública. ENSP – Rio, 2001.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico.** Rio de Janeiro: Forense – Universitária, 1978.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva.** Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CARVALHO, J.M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

CASTEL, R. **A questão dos riscos: da antipsiquiatria à pós- psicanálise.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

_____. **A ordem psiquiátrica: a idade do alienismo.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CAVALCANTI, M, T. **A trama do tear: sobre o tratar em psiquiatria.** Rio de Janeiro: Tese de Doutorado aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRJ - Rio, 1997.

CERQUEIRA, L. **Pela reabilitação em psiquiatria.** Rio de Janeiro: Universidade do Brasil, 1965.

_____. **Psiquiatria social - problemas brasileiros de saúde.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

COMTE, A. Discurso sobre o espírito positivo. São Paulo: Abril Cultural, 1983(**Os Pensadores**).

COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria.** São Paulo: Perspectiva, 1967.

COSER, O. **De corpo e alma, cabeça e coração: psiquiatria, psicanálise, genética, subjetividades.** Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

COSTA, C; Figueiredo, A. **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania.** Coleção IPUB, Rio de Janeiro: Contracapa Livraria, 2004.

COSTA, J.F. **A história da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** Rio de Janeiro: Taurus, 1976.

_____. **Violência e psicanálise.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.

COULANGES, F. **A cidade antiga.** São Paulo: Hemus, 1975.

COUTINHO, C.N. **Notas sobre cidadania e modernidade.** In: Praia Vermelha, Vol. I, n/1 1º semestre. Rio de Janeiro: ESS-UFRJ, 1997.

DAVIDOVITSH, A. **Serviço Social: trabalhando em equipe interdisciplinar e a Oficina Palavrear.** Rio de Janeiro: Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Serviço Social da UVA - Rio, 2007.

DESCARTES, R. Discurso do método. São Paulo: Nova Cultural, 1999(**Os Pensadores**).

DELGADO, P.G. **As razões da tutela: Psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil.** Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

- DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ENGELS, F. **The condition of the working class in England**. Penguin Classic, 1987.
- ESQUIROL, J.E.D. (1838) **Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal**. Paris: Frénésie Éditions, 1989.
- . **Dissertation sur les passions considerées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale**. Paris, 1805. Tese.
- FLEMING, M. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 1976.
- FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- . Verdade e poder. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- . **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- . **O nascimento da clinica**. Rio de Janeiro: Ed. Forense-Universitária, 1994.
- . **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1977a.
- . **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1977b.
- FREUD, S. (1888). Histeria. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. I, Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- . (1893). Charcot. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol.III, Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- . (1895a). Estudos sobre a histeria. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. II, Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- . (1895b). Projeto para uma psicologia científica. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. I, Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- . (1900). A interpretação dos sonhos. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. IV e V, Rio de Janeiro, Imago, 1969.
- . (1901). A psicopatologia da vida cotidiana. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol.VI, Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- . (1905a). Três ensaios sobre a sexualidade. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol.VII, Rio de Janeiro: Imago. 1969.

———. (1905b) Fragmento da análise de um caso de histeria. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. VII, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

———. (1908). Fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol.IX, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

———. (1909a). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol.X, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

———. (1909 b). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos.. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol.X, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

———. (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol.XII, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

———. (1912a). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. XII, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

———. (1912b). A dinâmica da transferência. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. XII, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

———. (1913a). Totem e tabu. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. XIII, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

———. (1913b). Sobre o início do tratamento. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol.XII, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

———. (1914 a). A história do movimento psicanalítico. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

———. (1914 b). Recordar, repetir e elaborar. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol.XII, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

———. (1915a). O inconsciente. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

———. (1916). Sobre a transitoriedade. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol.XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

———. (1917a) Luto e melancolia. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol.XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

—————. (1917b). Uma dificuldade no caminho da psicanálise. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

—————. (1916-1917) Conferências introdutórias sobre psicanálise. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. XV, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

—————. (1918). História de uma neurose infantil. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

—————. (1920) Além do princípio do prazer. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

—————. (1921) Psicologia de grupo e a análise do ego. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

—————. (1923). Observações sobre a teoria e a prática da interpretação de sonhos. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

—————. (1924). A perda da realidade na neurose e na psicose. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

—————. (1925). A negativa. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

—————. (1930a). O prêmio Goethe. **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**, Vol. XXI, Rio de Janeiro : Imago, 1969.

—————. (1930b). O mal-estar na civilização. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. XXI, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

—————. (1933). Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise. **Edição standard brasileira das obras completas psicológicas de Sigmund Freud**, Vol. XXII, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

—————. (1937a). Análise terminável e interminável. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. XXIII, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

—————. (1937 b). Construção em análise. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. XXIII, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

—————. (1940). Esboço da psicanálise. **Edição standard brasileira das obras s psicológicas completas de Sigmund Freud**, Vol. XXIII, Rio de Janeiro: Imago, 1969

FREUD, S. (1873-1939). **Correspondance**. Paris: Gallimard, 1966.

- FREUD, S.; JUNG, C. (1906-1909). **Correspondance, T.I** Paris: Gallimard, 1975.
- FREUD, S.; ZWEIG, A (1927-1939). **Correspondance**. Paris: Gallimard, 1973.
- GABBAY, R. **O serviço social face ao diagnóstico global – COI**. Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Escola de Serviço Social da UFRJ. Rio, 1969.
- _____. **Um trabalho em serviço social: a construção de um espaço clínico: a Oficina Palavrear**. Dissertação de mestrado em Serviço Social: Rio de Janeiro. PUC, 1997.
- _____. Oficinas: um fazer/ conviver terapêutico. In. Costa, C. M e Figueiredo, A.C. (orgs). **Oficinas terapêuticas em saúde mental – sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- GAGNEBIN, J.M. **Lembrar, escrever, esquecer**. Rio de Janeiro: Ed 34, 2006.
- GOFFMAN, E. **Prisões, manicômios e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1988.
- GRANON - LAFONT, J. **A topologia de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.
- HEGEL, F (1830). **Encyclopédie des sciences philosophiques em abrégé –** tradução francesa M. de Gandillac. Paris: Gallimard, 1970, p. 377.
- HOBSBAWM, E. **Globalização, democracia e terrorismo**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2007.
- JAKOBSON, R. **Lingüística e comunicação**. São Paulo: Cultrix, 1989.
- JONES, M. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972.
- JURANVILLE, A. **Lacan e a filosofia**. Rio de Janeiro; Jorge Zahar, 1987.
- KRAEPELIN, E. **Trattato di psichiatria**. Milano: Ed. Fr. Vallardi, 18 ?
- LACAN, J. (1953-1954). **O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.
- _____. (1954-1955). **O Seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- _____. (1955-1956). **O Seminário, livro 3: as psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- _____. (1956-1957). **O Seminário, livro 4: a relação de objeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- _____. (1957-1958). **O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- _____. (1958-1959). **O Seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação**. Mimeo. Inédito.

- . (1959-1960). **O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- . (1960-1961). **O Seminário, livro 8: a transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- . (1961-1962). **O Seminário, livro 9: a identificação**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, Inédito, 1988.
- . (1964a). **O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- . (1966-1967). **Le Seminaire, livre 14: la logique du fantasme**. Paris, Document du travail, Inédito, Vol. I.
- . (1969-1970). **O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- . (1972-1973) **O Seminário, livro 20: mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- . (1971- 1972). **O Seminário, livro 19: ...ou pior**. Inédito.
- . (1974-1975) **O Seminário, livro 22: RSI**. Bilíngüe português-francês. E. Pirata, editor: Gordo e o Magro; s/d-1 (E Pirata editor).
- . (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- . (1951). Intervenção sobre a transferência. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- . (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- . (1954). Introdução ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “*Verneinung*” de Freud. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- . (1955). A coisa freudiana ou sentido do retorno a Freud em psicanálise. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- . (1957). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- . (1960a). Posição do inconsciente. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- . (1960b). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- . (1964b). Do “*trieb*” de Freud e do desejo do psicanalista. IN: **Escritos**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- . (1965-1966). A ciência e a verdade. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

- . (1967-1968). O ato psicanalítico. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- . (1972). O aturdito. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- . (1973). Televisão. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- . (1953b). Le symbolique, l'imaginaire et le réel. In: **La psychanalyse** n. 1, Paris : PUF, 1956
- . (1976). Conference et entretiens dans des universités nord-américaines. In: **Silicet**, n. 6/7. Paris: Seuil.
- . (1971-1972). **O saber do psicanalista**. Recife, Centro de Estudos Freudianos do Recife-PE: Inédito, 1997.
- . (1967a). Proposição de 9 outubro de 1967. In: **Documentos para uma Escola**. Rio de Janeiro, publicação n. 0, Letra Freudiana, 1983.
- . (1967b). **Petit discours aux psychiatres**. Edição s/d, não oficial,
- LAGACHE, D. **Le transfert et autres travaux psychanalytiques**. Paris: PUF, 1980.
- LAING, R. **Sobre loucos e sãos**. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- LEBRUN, J-P. **De la maladie médicale**. Bruxelles: De Boeck, 1995.
- LOBOSQUE, A. M. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- MACHADO DE ASSIS. O alienista. In: **Obras Completas de Machado de Assis**. Rio de Janeiro: Aguillar, 1962.
- MACHADO, R. et al. **Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MANHEIM, K. **Ideologia e utopia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.
- MANNONI, M. **O psiquiatra seu “louco” e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- MASSON, J.M. **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess**. Rio de Janeiro, Imago, 1986.
- MEIRELES, C. **Episódio Humano, Prosa-1929-1930**. Rio de Janeiro: Desiderata, 2007.
- MENNINGER, W. **Bulletin of the Menninger Clinic**, n. 1, 1937.
- MILLER, J-A. **Percorso de Lacan - uma introdução**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

- _____. As Conferências. In: **Revista Falo**, EBP-RJ, n.2, 1988. Rio de Janeiro: Ed. Fator, 1988.
- _____. As contra-indicações ao tratamento psicanalítico. In: **Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**, n. 25. São Paulo: 1999
- QUINET, A. **Psicose e laço social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.
- PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. São Paulo: Ed. 34, 1994.
- _____. I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996.
- _____. I. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Ed. 34, 1999.
- PINEL, P. **Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale**. New York: Arno Press, 1976.
- PINTO, D. **A percepção da loucura: análise do discurso de pacientes internados em uma instituição psiquiátrica**. Rio de Janeiro: UFRJ – Faculdade de Letras, 1995. Dissertação de Mestrado em letras anglo-germânicas.
- PORTOCARRERO, V. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- ROTELLI, F. *et alli*. **Desinstitucionalização**: São Paulo: Hucitec, 1990.
- ROUDINESCO, E; PLOUN, M. **Dicionário de psicanálise**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- ROUSSEAU, J-J. Do contrato social. São Paulo: Nova cultural, 1999 (**Os Pensadores**, Vols.). I e II. São Paulo: Nova Cultural, 1999.
- SANTOS, W.G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1987.
- SILVA FILHO, J.F.; RUSSO, J.A. (orgs) **Duzentos anos de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, UFRJ, 1993.
- SIMON, H. **Une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique**. Berlim: Ed. W. de Gruyter, 1929. – tradução francesa do Hospital Psiquiátrico de Saint-Alban, 1955.
- SAFOUAN, M. **A transferência e o desejo do analista**. São Paulo, 1991.
- SAUSSURE, F. **Curso de lingüística geral**. São Paulo: Cultrix, s/d.
- SULLIVAN, H.S. Sociopsychiatric research. It's Implications for the schisoffhrenia problem and for mental hygiene. **American Journal of Psychiatry**, 1993, pp. 977-991.
- SOLER, C. **Artigos clínicos: a transferência, interpretação e psicose**. Salvador: Fator, 1991.
- SWAIN, G. **Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie**. Toulouse: Privat, 1977.

- TOSQUELLES, F. **Le vécu de la fin du monde**. Nantes: Arefppi, 1998.
- . **L'enseignement de la folie**. Toulouse: Privat, 1992.
- TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. (orgs). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**, p. 159.
- TURNER, B. **Citizenship and capitalism**. London: Allen & Unwin, 1986.
- VALADARES, J.C. **Qualidade do espaço e habitação humana**. Rio de Janeiro; Fiocruz Revista ciência e saúde coletiva. Vol. 5, n.1, 2000.
- VILHENA, J. “Quem cala consente” – A cultura da violência e a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: **Psychê, Revista**. Ano V, nº 5, 2000.
- WINNICOTT, D. **Da pediatria à psicanálise**. São Paulo: Francisco Alves, 1982.
- WITTGENSTEIN, L. **Investigações filosóficas**. São Paulo: Nova Cultural, 1999 (Os Pensadores).