

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.