

O QUE SE PODE SABER, FAZER E ESPERAR COMO RESULTADO DE UMA ANÁLISE?

Tania Coelho dos Santos

A investigação freudiana sobre a causa das neuroses nos legou um saber, uma experiência e uma nova esperança: o inconsciente, o dizer segundo a regra fundamental, a suspensão do recalque da sexualidade. Com Lacan aprendemos, que o estatuto do inconsciente não é ôntico, e sim ético. O analista lacaniano não é um mestre, não é nem mesmo ele quem sabe, e sim o analisando, verdadeiro sujeito suposto saber. No campo da ética, Lacan renovou as respostas às questões kantianas essenciais¹. Que posso saber? Que devo fazer? O que me é permitido esperar? Como ele nos recorda, *o saber é suposto como sujeito do inconsciente*. Logo, é uma questão de lógica, não posso saber nada que não tenha estrutura de linguagem. Sua resposta, portanto não repete a resposta kantiana. Não supõe ao homem a liberdade do celibatário. O real, no discurso em que se articula o inconsciente, não pode pretender à universalidade, pois o objeto causa desse discurso é sempre singular. Segue-se, que um analista *só pode fazer, aquilo que faz*: da sua prática extrair uma ética do Bem-dizer. Considerando-se que o sujeito que fala, não é livre em suas relações ao objeto do seu desejo, trata-se de não deixá-lo abrir mão dele. E como toda ética é relativa ao discurso que a sustenta, é obrigatório concluir que “saber o que fazer” é algo próprio ao discurso analítico. Assim também, o que se pode esperar de uma análise, é de certo modo tautológico. Só espera algo de uma análise quem já está engajado na transferência, numa relação ao sujeito suposto saber. Dizendo isso, Lacan conclui que não recomenda análise aos canalhas, aos que não supõem saber ao Outro. Desta experiência não resultaria nada além de torná-los mais burros. O contrário talvez seja ainda mais problemático: o que acontece se os burros se tornarem canalhas? Para prosseguir nesta investigação inaugurada por Lacan, precisamos refletir sobre as condições éticas tanto da demanda, quanto do exercício da psicanálise no mundo globalizado. *Fazer análise quando, como e porque nos dias*

de hoje? O que fazer, quando o declínio da organização edipiana do laço social, o avanço do discurso da ciência e de seus aparelhos de gestão da saúde mental e do mal-estar², o aprofundamento da inconsistência do Outro com seus comitês de ética³, assim como o esvaziamento de toda palavra oracular⁴ nos confronta com casos de difícil classificação? Será neurose, doença da mentalidade, canalhice ou psicose? A clínica continuísta: uma clínica do não-todo No campo freudiano, a constatação do declínio da organização edipiana, fruto dos avanços do discurso da ciência, produziu uma hipótese nova: a de uma forclusão generalizada do Nome-do-pai A idéia central é a seguinte: o afrouxamento da organização edípica modifica tanto as formas da neurose quanto as da psicose. Temos doenças da mentalidade, no lugar das doenças do Outro, isto é, as neuroses e psicoses clássicas. Do mesmo modo, neo-modalidades de psicose - mais ordinárias, do que extraordinárias - são a resposta psicótica à rarefação dos representantes paternos. Numa cultura onde o Outro tende a ser inconsistente, não-todo, uma clínica continuísta⁵ vem responder ao que *fazer, como e quando* o sintoma é cada vez menos típico ou coletivo. Valorizamos, desta feita, o que é comum à neurose e à psicose, ou seja, o que o ser falante apresenta de mais singular e inclassificável - em seu esforço de nomeação e defesa contra o gozo invasor - sem desprezar, mas sem nos servir exclusivamente da diferença entre neurose e psicose. A perspectiva continuísta pode esclarecer porque, em *RSI*⁶, Lacan pluraliza os Nomes-do-pai. Ele nos apresenta a *inibição* como a patologia do *fazer ou do laço social*, nomeação do imaginário e, a *angústia*, como a patologia da *esperança*, nomeação do real. Esse passo implica em colocar os três registros em igualdade de condições. Desta forma, o *sintoma* e o *delírio*, patologias da *crença ou do saber*, não são os critérios por excelência do diagnóstico de neurose ou de psicose.

¹ Cf. LACAN, J. (1974) Télévision, in: *AUTRES ÉCRITS*, Seuil, Paris, parte VI, 2000 pag. 537/543

² MILLER, J.A et MILNER, J.C ÉVALUATION, Entretiens sur une machine d'imposture, Agalma Eds., 2004 pags. 7-30

³ Laurent, É. et Miller, J.A (1996/97) "L'Autre qui n'existe pas et ses comités d'éthique", seminário inédito, Aula I.

⁴ MILLER, J. A (2002/03) UN EFFORT DE POÉSIE, Cours du Département de Psychanalyse Paris VIII, seção I e II

⁵ GEORGES, P. et alli (org.) LA CONVENTION D'ANTIBES, Collection Le Paon, Ed. Agalma, Seuil, Paris, 1999

⁶ LACAN, J RSI, (1974/75) Le Séminaire XXII, Éditions de L' Association Freudienne Internationale, lições dos dias 10/12/1974, 14/01/75, 11/02/1975

Precisamos considerar também que a inibição e a angústia podem ser defesas psicóticas. O mais importante são as lições que podemos tirar para o trabalho do analista diante das doenças da mentalidade e das psicoses ordinárias. A clínica da neurose é hoje habitada por impulsões, compulsões, depressões inespecíficas, astenias, conversões históricas ou psicóticas, além de fenômenos psicossomáticos. Muitas vezes não sabemos distinguir esses quadros de uma psicose não desencadeada. Como diferenciar eventos de corpo de fenômenos de corpo⁷. Como saber quando isso é uma inibição ou uma suplência à psicose? Essa dificuldade se acentua porque, quando o Outro não existe, as psicoses também são menos delirantes. Quando uma psicose não é delirante, o corpo, na sua vertente real ou imaginária vem suprir a carência do simbólico, produzindo uma nomeação. É o caso das neo-conversões⁸ e dos fenômenos psicossomáticos. É a partir dessa modalidade de nomeação que teremos que pensar os neo-desencadeamentos. São muito mais desenlaçamentos e reenlaçamentos do discurso comum, ou do laço social, do que grandes desencadeamentos à maneira das psicoses extraordinárias. O corpo em sua vertente real (lesões psicossomáticas) ou imaginária (neo-conversões) é o terreno onde se dão os fenômenos de encadeamento e desencadeamento das neo-psicoses, ou psicoses ordinárias.

Uma dificuldade diagnóstica exemplar: isso é um sintoma histórico, um fenômeno psicossomáticos ou uma neo-conversão?

A conversão é um fato de estrutura e é idêntica ao desejo, se considerada a partir da causa (o objeto libidinal) e da inscrição corporal da castração (o significante fálico). Um corpo é efeito da ação do significante, a significação fálica, que anima todo ser falante. O sintoma histórico é, justamente, a conseqüência da desproporção entre a causa e aquilo que falta, o significante do ideal. A castração remete à divisão do Outro, sua impotência ou sacrifício, que coloca o sujeito à serviço de um ideal. O recalque, a identificação ao que falta ao Outro, produz

⁷ MILLER, J A CONVERSATION SUR LES EMBROUILLES DU CORPS, Ornicar? n.50, Navarin/Seuil,, 2003

⁸ Cf. De GEORGES, P. et ALLI, 199, op. cit. p.101 a 143

uma perda de gozo, e o reforço da satisfação pulsional clandestina que prolifera no inconsciente. Quando o Outro não existe, a identificação não se limita pela castração do Outro. O uso do corpo, como manifestação somática do significante, só é interpretável à partir de sua relação com a marca da castração do Outro. A parte *subjetiva* depende dessa relação com o *texto* como Outro: o fantasma como resíduo da organização edipiana. O *uso do corpo*, no sentido de um *fazer* que não procede de uma interpretação, nos remete a um Outro como *imagem* (que é um saber não limitado pela interpretação), saber que não é suposto, e sim exposto. A isso chamamos uma neo-conversão. Ela se distingue também do fenômeno psicossomático. Este último escapa à regulação fálica por meio de um *significante* ilegível, escrito no corpo, no lugar de um sintoma. Na neurose ele reflete um fracasso momentâneo da defesa diante de um evento traumático. Na psicose pode funcionar como uma bolha do nome próprio, delimitando um espaço separado do Outro, que lhe permite existir sem passar pelo Nome-do-pai. **Uma clínica homeopática?** A posição do analista, e seu ato, numa clínica continuísta, não se desvencilham de uma exigência de decidir quanto ao diagnóstico. A hipótese continuísta alarga as distinções diagnósticas, ampliando, consideravelmente, as ferramentas do analista. Em particular, numa clínica continuísta, o que valorizamos mais não é o déficit – presença ou ausência da metáfora paterna (?) – nem a distinção sintoma ou suplência (sinthome) (?) e sim a solução singular que um ser falante arranja para se defender do real. Algumas vezes eu me sinto como um homeopata. Aparentemente, tratamos o mal pelo mal. A doença é o próprio remédio⁹. O que faz então um analista? O analista, freqüentemente, é o parceiro de uma neo-transferência¹⁰ – onde o analisando é o agente (a) e ele analista o (\$). O papel que lhe cabe é o de aprendiz de uma modalidade de laço social que o analisando lhe propõe. Somente depois de um árduo aprendizado é que nos arriscamos a agir. Isso nos

⁹ COELHO DOS SANTOS, T. O que não tem remédio remediado está!, Revista de Psicopatologia Fundamental, vol VII, número 1, Ed. Escuta, SP, 2004

¹⁰ DE GEORGES, P. 1999, op.cit. pags.147-149

desencoraja a sonhar com um ideal de final de análise. O analista de uma clínica continuísta não sonha com a saúde mental! E se não precisamos recuar diante da psicose, é porque podemos aplicar a psicanálise à psicoterapia. Um difícil aprendizado: a língua do mais ou menos. Quando eu recebi a Gabriela, me disseram que se tratava de uma depressão. Ela só tinha dezoito anos, já tomava psicofármacos e eu não seria sua primeira "terapeuta". Eu seria **analista**? Ela não dizia nada. Sentada à minha frente, de cabeça baixa, evitava me olhar e quando muito respondia às minhas perguntas. Nunca tomava a iniciativa de falar. Uma primeira modificação na minha posição se impôs a duras penas. Era de mim que seria esperado falar. Docilmente, eu falava, comentava, perguntava... Tudo que eu consegui saber foi que ela comia muito, dormia sem parar, faltava às aulas, chorava muito e não saía sozinha. Aparentemente, sua impotência em impor limites ao gozo do corpo a angustiava. Ela sempre vinha acompanhada do pai ou do irmão mais velho. Aparentemente, recusava-se à crescer. Toda a atenção que recebia era insuficiente para limitar seu desamparo, sua astenia, sua apatia e uma forte depressão encarnava-se em sua recusa em falar. Freqüentemente alguém da família me ligava dizendo que ela não viria à sessão porque não conseguiu levantar-se da cama. O tratamento parecia inviável. As faltas prometiam multiplicar-se. Comecei a perceber que ela não gozava do corpo, mas o reforçava como uma defesa contra a invasão de gozo. Outra mudança no enquadre se impôs. A cada vez que me ligavam de sua casa, eu pedia que a trouxessem ao consultório. Por fim, quando ninguém se dispunha a fazê-lo, eu solicitava que a colocassem num táxi, eu descia e ia buscá-la na portaria. Isso trouxe transtornos aos demais analisandos. Ah! Minha outrora sossegada clínica, estava virando um ambulatório! Com esse **dispositivo** eu me oferecia como muro, tentando trocar o reforço de seu corpo pelo reforço de nosso vínculo. Geralmente quem falava era eu. Aproveitava pequenas ocasiões para iniciar um comentário, fazer uma pergunta, contar um caso. Entre as suas respostas fragmentadas e lacônicas pude recortar a recorrência da frase: eu sou gorda! A certeza localizada neste significante era tão desproporcional à realidade

de fato que tomei suas palavras como idêntica à coisa. Seu suposto excesso de peso era uma suplência, uma neo-conversão. A insuficiência de sua imagem, um fenômeno elementar, sinal discreto da carência simbólica. Um dia, medindo minhas palavras, eu lhe digo. Eu não acho que você seja gorda, mas isso não tem a menor importância. Se você acha isso, é preciso tomar uma providência. Você precisa de uma clínica de emagrecimento! À surpresa seguiu-se um movimento decidido de encontrar uma nutricionista. Ela passou algumas semanas difíceis num estabelecimento para emagrecer. Voltou um pouco mais magra. O que me pareceu uma perda insignificante de peso, representou uma mudança essencial na relação de trabalho. Ela agora era mais ou menos gorda (ou magra?). Da extração desse pequeno excesso de seu corpo, construímos um artifício: a língua do mais ou menos. Com ela, passamos à regulação de suas relações com os pais, os amigos, os compromissos com os estudos. Essa língua "dietética" resultava em evitar uma lógica feroz do tudo ou nada. Uma nova suplência tornou-se a língua comum: tudo que é bom é só "mais ou menos". Por exemplo: não se deve faltar às provas quando não se pode tirar 10. Tirar 7 já é ótimo. Daí à conclusão de que tirar dez não é bom, foi um passo. Deste modo conseguimos evitar a ameaça de novos desenlaçamentos em suas relações com os outros e em seus compromissos. Os efeitos estabilizadores dessa prática verificam-se na redução da angústia e da depressão. Contornam a ausência de um sujeito de desejo e a falta da significação fálica relativas à precariedade da metáfora paterna. O mais ou menos como suplência lhe permite, inclusive, um nome próprio, "ela é sensata". É notável a modificação de sua postura, antes acuada e evitativa, e hoje discretamente ereta e sorridente.