

“ O ÚLTIMO BASTIÃO ?”

“Após ter sido ignorada completamente durante uma década, ela se torna de repente objeto de interesse geral e desencadeia uma tormenta de repulsa indignada”, diz Sigmund Freud em “ Résistences à la psychanalyse”.

É de conhecimento de todos que nem o interesse nem os detratores terminaram. O desejo manifestado por encontrar causas diversas que não sejam psíquicas e que produzem o sofrimento, a loucura ou a angustia, é o desafio que impulsiona o cientista, ou pseudo cientista, a longas querelas e objeções.

Parece incrível que até mesmo as neurociências ainda não consigam explicar tudo, apesar do desejo intenso de fazê-lo!

Consequentemente, é de nossa responsabilidade – ainda mais hoje -, enquanto psicanalistas, afirmar a teoria psicanalítica e seus aportes, em relação às demais ciências, religiões, filosofias e outras áreas.

Freud produziu uma concepção chamada “metapsicologia”, oposta à “alma” e à consciência filosófica da psiquê, que Lacan completou definitivamente retirando todo sujeito filosófico da psicanálise, para “desontologizar”, abrindo uma via para o sujeito do inconsciente.

O aporte das estruturas clínicas *neurose*, *psicose* e *perversão* é hoje colocado em questão. Novas denominações clínicas se multiplicam e tentam reforçar a postura científica, com auxílio de itens que asseguram tartar-se realmente de patologia.

Porém, o que constatamos na experiência cotidiana do “um por um”, com nossos pacientes, não funciona assim. Essa pretensão de querer “classificar”, avaliar e, assim, conferir um nome que nomeie um sofrimento, em lugar de representar o sujeito que sofre, talvez seja apenas uma tentativa de se assegurar aquele que trata.

Não esqueçamos que Freud, por sua parte, ressaltava: “Nem sempre fui psicoterapeuta. Como outros neurologistas, fui acostumado a me referir aos diagnósticos locais e a estabelecer prognósticos usando eletroterapia, e por isso me

espanto em constatar que minhas observações sobre os enfermos sejam lidas como romances e que não sejam reconhecidas seriamente, como os escritos dos sábios.”<sup>1</sup>

Freud nos fala dos efeitos do real na clínica, pela palavra; efeitos que não podem ser descritos do modo convencional, pela quantificação das teorias científicas habituais. Seria muito mais fácil colocar rótulos em “uma crise de pânico” e escrevê-lo, por exemplo.

Para a psicanálise, aquilo que solicitam os pacientes por meio de seus sintomas não pode ser rejeitado com uma “tacada”, ou somente freiado com uma prescrição. Trata-se de fazer a suposição de que em toda palavra há uma parte de real e que os sintomas – enquanto objetos resultantes de construções de objetos diferentes e irreduzíveis – revelam uma grande multiplicidade de reais, que devem ser tomados um por um, para cada sujeito. Isto é precisamente o que a ciência não pode levar em consideração.

Para a psicanálise, igualmente, os diagnósticos são importantes para a condução de uma cura; uma importância que não se sobrepõe, evidentemente, à semiologia psiquiátrica. Porém, às vezes (para não dizer sempre), requerem um tempo para definir o diagnóstico, por conta das interrogações e das dúvidas que surgirão ao longo do trabalho analítico. Pois a dúvida é difícil de ser admitida em medicina, mesmo se no passado ela tenha conduzido à tentativa de outros tratamentos, como as curas termiais do século XIX, as lobotomias e, mais recentemente, os eletrochoques.

Talvez por este aspecto perturbador a psicanálise seja apontada como obsoleta ou retrógrada, que se obstina a respeitar as leis inconscientes, seus princípios, sua ética e seus avanços, que são hoje esquecidos ou negados.

Defendemos que as noções clínicas de neurose, psicose e perversão poderiam ser o último bastião para sustentar o sujeito, hoje.

Foi nessa vasta vertente que Freud pôde edificar, sobre a base da clínica, no capítulo VII de *A Interpretação dos Sonhos*, um primeiro modelo teórico que pudesse dar conta da representação e dos afetos em sua complexidade, na dinâmica do sujeito inconsciente.

---

<sup>1</sup> FREUD, Sigmund. (1974). *Estudos sobre a histeria*. In: S. Freud. Edição Standard das obras completas de Sigmund Freud. (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago.

Também compreendemos que Lacan rapidamente se diferenciou dos pos-freudianos que retornavam à verdade científica e se aproximavam, por exemplo de Alexandre Koyré. Para Lacan, a questão permanente consiste em saber se a ciência rima com a forclusão do sujeito e a redução da verdade às formulas lógicas. E em nome de uma ética da verdade que Freud, pouco antes de sua morte, nos transmite que “não podemos esquecer que a relação analítica esta fundada sobre o amor da verdade”, mensagem que podemos ler em *Análise terminável e interminável*.

Qual é o estatuto do sujeito na psicanálise? Como se constrói o sujeito no lugar do A (Outro) que o pré-existe? Como surge alguém no lugar do sujeito?

“Wo es war , soll ich werden”. Para o psicanalista, trata-se de considerar o significante que se apresenta como passível de ser apagado, e é por esta operação que se inaugura como significante. O dito que se desloca e faz com que a negação caia da enunciação ao enunciado.

Isto que constitui o significante, mais que sua pegada (*empreinte*), é o fato de que pode ser apagado. Pegada (*empreinte*) do que j não resta, contorno de um vazio, pegada de ausência, vazia de objeto.

O sujeito surgirá na ação da linguagem e localizamos o inconsciente num lugar de corte, corte, fenda, hiato, encerramento e abertura.

O inconsciente se apresenta em estado de “realização”, não concluído, sempre “sendo”: o sujeito é POR-VIR.

Afirmamos anteriormente que os conceitos de neurose, psicose e perversão constituiriam o último bastião que sustenta o sujeito, hoje. Essas estruturas que a psiquiatria também utilizou são muito diferentes, na abordagem feita pela psicanálise, tanto em Freud que em Lacan. E a relação dessas estruturas com o discurso, o significante e a língua, é o que as diferencia, no que diz respeito ao sujeito.

Muito cedo, Freud já afirmava que os discursos tinham origem no fantasma; recordemos das queixas das primeiras históricas após terem sido abusadas!

Foi assim que, ao renunciar muito cedo aos “comportamentos”, pôde introduzir na interpretação dos sonhos a metáfora e a metonímia como leis da linguagem, as enunciações, a função significante, a falta e o desejo.

Hoje, em razão das DST, assistimos a uma volta dos “comportamentos”, o sexo não define o sujeito. A psiquiatria atual rejeita as manifestações psicossomáticas enquanto problemas. E, evidentemente, rejeita o sujeito em todas as suas dimensões: o sujeito da história, o sujeito do desejo, o sujeito do direito e, é claro, o sujeito da

linguagem e do gozo. Por essa razão, rejeitamos essa ótica. Ao nosso ver, a histeria é o próprio inconsciente e a causalidade psíquica está na origem dos sintomas.

Poderemos conceber esse sujeito unicamente enquanto produz sintoma, pois onde há sujeito há sintoma. Por conseguinte, acolher a histeria é acolher o sujeito do inconsciente, sabendo que as histéricas são as militantes da causa analítica, a qual elas amplamente contribuíram para descobrir. Através de suas palavras, seus sintomas se fundem e se liberam, revelando assim seus desejos patógenos através de suas reminiscências e recordações dolorosas.

Do mesmo modo, poderíamos colocar a questão sobre a sexuação na criança, ou sobre o momento em que ela se torna sujeito, quando consideramos que uma criança é sujeito. Entenda-se bem: o sexo não define o sujeito.

Outra questão consiste em indagar se há sujeito nas psicoses. Ou seja, se o que diz em que Freud quando se refere ao recalque compreende o delírio, a cinestesia ou também um automatismo mental.

Com efeito, podemos falar do sujeito quando não há acesso possível ao fantasma? Ou o que entendemos por sujeito perverso, se consideramos como Freud que o sujeito tomado nos três tempos do fantasma? Então, falar de fantasma na perversão deveria incluir os desenvolvimentos de Lacan, que compreendeu o fantasma perverso como vontade de gozo, em “Kant com Sade”, estabelecendo a diferença com o fantasma neurótico.

Dito de outra maneira, de que sujeito se trata quando falamos de forclusão, em um caso, e de denegação, em outro, pois a relação ao discurso se difere? Ou, ainda, como conceber essas questões a respeito do sujeito visto como um por um, sem considerar as estruturas, compreendidas evidentemente como discursos e, por consequência, como recorrido possível na estrutura?

Isso é exatamente o que a psiquiatria moderna tentou fazer, ou seja: utilizar muitas apelações e palavras, mas que são nomes que apenas não nomeia, ou que nomeiam sem nomear.

A psiquiatria moderna inventou uma nova terminologia que somente descreve os sintomas, sem mais. Nomes como “bipolar”, por exemplo, evitam a estrutura e fazem desaparecer o sujeito sob o peso opressor de uma definição.

Entretanto há outros nomes como Édipo e Hamlet, que revelam como era a concepção de sujeito de Freud, que não tinha afinidade com a medicina nem com patologias que repousam em suas variantes fisiológicas (e menos com a psicologia

comportamental, a antropologia, ou a sociologia).

Ele finalmente inventou uma “ciência do real”.

Essa é a nossa visão sobre como a questão da estrutura nos remete à via do sujeito.