

2

Do Sujeito em Questão

Na obra *O Normal e o Patológico*, Canguilhem chamou atenção para a necessidade de dar lugar à experiência individual de sofrimento no contexto de tecnificação da medicina. Essa preocupação conceitual do autor é especialmente interessante para esta tese porque resgata o debate sobre o indivíduo nas ciências da vida. Usualmente quem trata dessa questão são os cientistas sociais, que problematizam a representação liberal do indivíduo autônomo, ideal da cultura da modernidade ocidental (Bauman, 2001/2008).

É possível, por exemplo, destacar em Simmel a vertente subjetivista do individualismo. Para o autor, o processo individualista experimentou duas revoluções internas que produziram, respectivamente, uma percepção jurídica e outra psicológica do indivíduo. O século XVIII mostrou-se como o momento em que foi possível ao indivíduo libertar-se das restrições impostas por sua condição social. Com isso desenvolveu-se o individualismo quantitativo ou da *singleness*, marcado pela ideia de que todos os indivíduos são livres e iguais do ponto de vista da “lei natural” (Simmel, 1917/1950, p. 68).

No século XIX, contudo, a igualdade cedeu lugar à diferença, produzida de dentro para fora pelos próprios indivíduos e não por valores que os transcendem. Essa desigualdade ou diferenciação interna entre os indivíduos formou o chamado individualismo qualitativo ou da *uniqueness*. Nele, a liberdade em relação às atribuições e instituições sociais transmutou-se na liberdade em direção ao aprimoramento de si, denotando um indivíduo marcado pela introspecção, pela ideia de um mundo interno.

O autor afirma que os dois aspectos do individualismo se complementam e expressam, respectivamente, os sentimentos de identidade entre os indivíduos, e a percepção de uma alteridade absoluta do ser humano. Senhor de si tanto do ponto de vista jurídico quanto psicológico, o indivíduo de Simmel se autodetermina e estabelece com a sociedade uma relação de oposição e autonomia. Procura dentro

de si mesmo o ponto de referência perdido na relação anteriormente estabelecida com a sociedade.

Ao examinar a obra de Simmel, Salem (1992) afirma que as qualidades de interiorização psicológica, auto-exame, privatização de sentimentos não contestam a afirmação do indivíduo no plano jurídico. Na realidade, a autonomia característica da representação jurídica aparece no indivíduo psicológico sob a forma de uma autonomia subjetiva radical, que dispensa mediações externas significativas. É como se, tão logo fosse socialmente engendrado, o indivíduo se convertesse em uma mônada psicológica: autocontido, autorreferenciado e dotado de auto-suficiência interna.

De modo diverso em relação à Simmel, que analisou a sociedade alemã, a perspectiva de Mauss tem raízes nos estudos etnológicos sobre a condição de pessoa nas sociedades tradicionais. Esses estudos lhe permitiram definir, por contraste, a noção do “eu” como a representação do ser humano na modernidade européia (Mauss, 1938/1974). Essa noção está relacionada a uma progressiva identificação do “eu” com o conhecimento de si e com a consciência psicológica. Segundo o autor, essa identificação foi impulsionada pelos movimentos filosóficos e religiosos ocorridos na Europa nos séculos XVII e XVIII, que estabeleceram uma vinculação entre a pessoa e o “eu” e deste com a consciência. Mauss identifica o “eu” à pessoa como fato psicológico, entendendo-o como expressão da consciência e da razão buscada pela filosofia política e pela teoria econômica na modernidade.

Ao dar continuidade à obra de Mauss, Dumont (1971/1992; 1983/1985) sustenta que a transição do pensamento tradicional para o moderno teve origem no direito e na ciência. A possibilidade de o homem tornar-se produtor de conhecimento e de leis - ações até então restritas à ordem do divino ou da natureza e conhecidas pelo homem somente através da revelação ou da atribuição do todo social - marcou o início de seu processo de emancipação em relação à natureza. A afirmação do indivíduo como valor, independente do universo relacional suscitou a fragmentação da totalidade, o esfacelamento da idéia de transcendência e o deslocamento da *universitas* para a *societas*. O Renascimento e a Reforma Luterana solidificaram o fenômeno de dessacralização do mundo e o estabelecimento do individualismo como ideologia característica da modernidade.

De acordo com essa percepção, o indivíduo aparece como valor moral central da sociedade e sujeito normativo das instituições. Dessa proposição decorre a representação ideal encontrada nas sociedades modernas, segundo a qual o indivíduo seria autossuficiente, livre dos constrangimentos sociais e igual ao seu semelhante. O indivíduo seria senhor de si, de sua humanidade, liberdade e vontade. O caráter de autonomização em relação ao todo social atribuí ao indivíduo não só um estatuto de existência anterior à sociedade bem como a capacidade de constituição da mesma pela via da livre associação e pelo contrato social, com o objetivo de proteger os interesses individuais. Independente em relação às atribuições coletivas, o indivíduo se separa da natureza e assume sobre ela uma função de domínio e de produção de conhecimento, expressas na ciência, afirmando-se como sujeito da razão.

Se a definição do individualismo como ideologia característica da sociedade é um fato da modernidade, as relações estabelecidas entre indivíduo e sociedade não são fixas. Há, conforme aponta Elias (1987[1939]/1997), uma relação de reciprocidade contínua, que permite à sociedade moldar a individualidade de seus membros e aos indivíduos formar a sociedade a partir de suas ações. Nessa interação, o processo de individualização muda e assume novas formas. Com isso, já não pensa os indivíduos hoje nos mesmos termos em que se pensava no início da era moderna.

Bauman é claro em relação a essa mudança ao ratificar a visão de Beck, segundo a qual o individualismo é uma dimensão da modernização contínua e continuadora. Nesse sentido, a individualização, entendida como um *novo modo* de socialização na relação entre indivíduo e sociedade, pode ser tomada como uma experiência em marcha, inacabada e sem um destino pré-ordenado (Beck, 1986/2010, p. 189). Assim, se “a individualização é um destino, não uma escolha”, o modo como ela ocorre e os efeitos que produz apresentam variações (Bauman, 2001/2008, p. 64).

Ehrenberg (1998/2000) é um dos autores que se dedicam à reflexão sobre as mutações do individualismo moderno e seus efeitos sobre o homem. Afirma que o indivíduo soberano da contemporaneidade radicaliza o indivíduo autônomo moderno, transformando a todos em *homens sem guia*; em condição de ter que julgar por si mesmos e construir seus próprios referenciais. O indivíduo moderno,

diz o autor, foi convertido em indivíduo puro, no sentido de que nenhuma lei moral nem nenhuma tradição vem indicar-lhe, desde o exterior, o que deve ser e como deve se portar. Desde esse ponto de vista, o ponto de equilíbrio permitido-proibido, que regulava a individualidade, teria perdido sua eficácia.

Paralelamente à relativização da noção de proibido, argumenta Ehrenberg, o lugar da disciplina nos modos de regulação da relação indivíduo-sociedade se reduziu:

Apela-se menos ao recurso da obediência disciplinar que à decisão e à iniciativa pessoais. Em lugar de que uma pessoa seja *posta em ação* por uma ordem exterior (ou pela conformidade à lei), se faz necessário que ela se apóie em seus recursos internos, que recorra a suas competências mentais. (Ehrenberg, 1998/2000, p. 16, grifo do autor).

Com isso, as noções de projeto, de motivação, de comunicação tornaram-se as normas de hoje. Converteram-se em um hábito ao qual os indivíduos são forçados a se adequar. Nesses termos, a medida do indivíduo ideal é menos a docilidade da sociedade disciplinar que a iniciativa. Nessa passagem (da docilidade à iniciativa) reside uma das mutações decisivas das formas de vida atuais, pois esses modos de regulação não são uma eleição que cada pode fazer de maneira privada, mas uma regra comum, que vale para todos, sob pena de se ficar à margem da sociabilidade. Frente à impossibilidade de os indivíduos responderem integralmente à exigência de iniciativa, restam a impotência e a inadequação, das quais a depressão é um exemplo ímpar (Ehrenberg, 1998/2000). Nesse cenário, o discurso científico, em especial o biológico, aparece como fonte de orientação (Bezerra Jr., 2010).

Assim, a prevalência da formação discursiva das neurociências na contemporaneidade estaria menos associada à eficácia das suas respostas científicas e práticas a questões concretas do que ao manejo das fragilidades resultantes da “autonomia individual generalizada” (Ehrenberg, 2004, p. 147). Diz o autor: as neurociências consolam aqueles que têm dificuldade para encarar o mundo da decisão e da ação. Dão esperança de que sua “incapacidade social” seja tratada por meio do aprimoramento cognitivo e do controle emocional. Desse modo,

A extensão das fronteiras de si que a normatividade da autonomia (valorização da realização de si, da ação individual, do *self-ownership*) recobre faz com que as condições pareçam unidas para que uma representação de si como cérebro constitua uma referência semântica apropriada. (Ehrenberg, 2004, p. 10).

2.1 O sujeito cerebral

O conceito de *sujeito cerebral* certamente representa uma instigante reflexão teórica do campo das ciências sociais sobre a tentativa de reduzir o ser humano a seu cérebro. Esse conceito é desenvolvido no contexto do debate sobre a virada naturalista da psiquiatria ocorrida nas últimas décadas do século passado (Ehrenberg, 2004; Vidal, 2005; Ortega e Vidal, 2007). Os autores analisam o projeto das neurociências e da psiquiatria biológica de redução da vida subjetiva à biologia.

Ehrenberg afirma que, até os anos de 1980, as disciplinas hoje reagrupadas sob a etiqueta das neurociências interessavam-se prioritariamente pelo estudo do movimento, dos sentidos, da aprendizagem e das doenças neurológicas, deixando para a psiquiatria a pesquisa acerca das patologias mentais. Desde então, o quadro mudou substancialmente. Por um lado, os avanços científicos deram a entender que doenças neurológicas e transtornos psiquiátricos poderiam ser tratados como uma única espécie de doença. Por outro, o raio de ação das neurociências foi estendido às emoções, aos comportamentos sociais e aos sentimentos morais.

Com o desenvolvimento dos exames de imagem cerebral e das técnicas de biologia molecular que permitem “ver o cérebro em ação”, acenou-se para a possibilidade de progressos no tratamento das patologias mentais e, mais ainda, para o surgimento de uma biologia da consciência ou do espírito. Dito de outro modo, para uma biologia da mente. A partir de então, divulgou-se no meio científico e também social a ideia de que apreender o cérebro é condição indispensável para compreender o ser humano (Ehrenberg, 2004, p. 131).

Ehrenberg argumenta que as neurociências defendem programas científicos de configuração fraca e forte. O programa fraco tem por objetivos o progresso no tratamento das doenças neurológicas e a descoberta dos aspectos neuropatológicos das doenças mentais. O programa forte, por outro lado, identifica, no plano

filosófico, o conhecimento do cérebro com o conhecimento de si e, no plano clínico, acredita poder fundir neurologia e psiquiatria. Com isso, pretende tratar as psicopatologias neuropatologicamente e agir sobre o cérebro para aumentar as capacidades de decisão e ação do homem.

O programa forte propõe a construção de uma biologia do espírito ou uma neurobiologia da personalidade que contemple a totalidade do ser. Ou seja, uma biologia que demonstre experimentalmente a associação entre as funções mentais e o funcionamento neuronal (Ehrenberg, 2008). O êxito desse programa, portanto, permitiria a construção de uma biologia do indivíduo que identifica o ser ao corpo.

Nessa empreitada, o programa forte desenvolve três perspectivas diversas: teórica, prática e social. A perspectiva teórica pretende explicar o espírito (a mente, o psiquismo) sobre uma base exclusivamente materialista (fiscalista), adotando como postulado que o cérebro é o fundamento do espírito. Essa perspectiva não é nova e remonta ao projeto naturalista presente na psiquiatria e na neurologia desde o início do século XIX, com a proposição da teoria da localização cerebral (Gall e Spurzheim, 1809). Atualmente, contudo, essa perspectiva teórica assumiu um viés prático, que visa fundir neurologia e psiquiatria e tratar patologias psiquiátricas como problemas neurológicos. A perspectiva social se situa simultaneamente na esfera clínica e além dela, com a transformação do cérebro em ator social e com a progressiva transformação no modo como as pessoas compreendem suas dificuldades relacionais e psicológicas. Segundo Ehrenberg (2004), há um declínio da percepção social de que essas dificuldades são pessoais, ou seja, relativas ao sujeito ou indivíduo. Instaure-se em seu lugar a noção de que o problema é neuroquímico.

Ortega e Vidal (2007) igualmente afirmam que as neurociências têm contribuído decisivamente para a construção de um novo modo de leitura dos indivíduos sobre si mesmos. Sustentam que isso ocorre porque as neurociências estão incrustadas no tecido social, engendrando disciplinas, práticas, grupos sociais pautados pela cerebriedade, ou seja, pela idéia de que o sujeito *é* um cérebro, e não de que ele *tem* um cérebro. Essa ação tem efeitos diretos sobre o indivíduo, colando-o ao seu cérebro e instituindo uma apreensão de si mesmo construída prioritariamente a partir de um vocabulário fiscalista.

A consideração de que o cérebro é suficiente para determinar o que somos é tributária do desenvolvimento da individualidade somática (Novas e Rose, 2000; Rose, 2003). Por individualidade somática Novas e Rose compreendem a tendência a definir aspectos-chave da individualidade em termos corporais, o que inclui pensar em si como 'encarnado' e entender o corpo a partir da linguagem biomédica.

A ascensão desse tipo de individualidade nas sociedades contemporâneas vem progressivamente substituindo a individualidade psicológica como modo privilegiado de os indivíduos se perceberem. Assim, noções como interioridade, profundidade, alteridade, história – que caracterizavam o indivíduo psicológico dos séculos XIX e XX – têm cedido lugar ao achatamento do psiquismo, à superfície plana do funcionamento cerebral, à engrenagem neuroquímica (Rose, 2013). Cabe notar que não se trata da substituição integral de uma forma de representação do indivíduo por outra, mas da convivência entre arranjos internalistas e modulações somáticas (Zorzaneli e Ortega, 2011).

Ehrenberg está atento à produção de subjetividade presente nas neurociências e na biomedicina de modo geral, mas não superestima essa perspectiva porque assume que a mudança no modo como os indivíduos se percebem não é efeito de transformações regionais (no caso, da biomedicina), mas estruturais. Assim, o autor defende que o programa forte é um sub-produto típico de uma das principais crenças individualistas: a crença de que o homem está primeiramente fechado na interioridade de seu corpo (lugar de sua verdade) e que só posteriormente entra em relação com outrem para formar uma sociedade.

No caso específico das neurociências, a crença aparece sob a forma de que o homem tem de saída um si-mesmo biológico, ao qual se acrescenta uma relação intersubjetiva. Com isso, o mundo desaparece da análise neurocientífica. Desaparece também o “*fato natural*” de que o homem vive de maneira comunal, que o contrato social é parte da condição humana (Ehrenberg, 2008, p. 81, *itálico no original*).

Diante disso, é necessário problematizar os limites teóricos da noção de indivíduo presente no programa forte dentro do campo sociológico. A crítica diz respeito ao fato que mesmo o indivíduo soberano idealizado pela sociologia

contemporânea é parte de uma totalidade social que interfere em todas as dimensões da vida. Beck chama atenção que:

a vida privada individualizada se torna cada vez mais dependente de circunstâncias e condições que escapam inteiramente ao seu controle. Surgem situações de risco, conflitivas e problemáticas, que se contrapõem a qualquer tipo de arranjo individual. (Beck, 1986/2010, p. 194).

A esfera privada, na contemporaneidade, não seria, portanto, uma esfera delimitada em oposição ao mundo à sua volta, enfraquecendo a tese da individualidade soberana¹.

2.2 O sujeito do inconsciente

Os psicanalistas de orientação lacaniana também reconhecem na contemporaneidade a derrisão dos ideais responsáveis pela organização societal e procuram analisar os efeitos subjetivos dessa derrisão (Miller, 1997; Laurent, 2007a). Sua crítica se ampara na leitura de Lacan (1960b/1998) para quem o sujeito não é a causa de si mesmo, é efeito de linguagem. Assim, diferentemente dos cientistas sociais, não consideram o sujeito como soberano, autônomo e muito menos como uma mônada. Sustentam que o sujeito (do inconsciente) só se constitui na relação com a alteridade e que ele é, desde sempre, dividido, faltoso.

O conceito sujeito do inconsciente foi cunhado por Lacan (1955a/1985) para diferenciar o sujeito da psicanálise do indivíduo sociológico, do sujeito da consciência da filosofia e da psicologia e ainda da noção psicanalítica de ego². Lacan (1966/1988) sustenta que a psicanálise como prática e o inconsciente como descoberta freudiana só se tornaram possíveis com o nascimento da ciência no século XVII. O autor situa no *Cogito* cartesiano a ruptura com o mundo tradicional, com a crença na existência do Cosmo e na ordenação hierárquica de mundo. No cogito cartesiano “penso, logo sou” Lacan encontra os traços do sujeito da ciência. Afirma que esse sujeito, da ciência, é o sujeito da psicanálise.

¹ Para uma crítica sociológica pormenorizada à noção de indivíduo soberano, ver Beck (1986/2010)

² No âmbito da teoria lacaniana, a noção de sujeito é postulada de diferentes maneiras, que, entretanto, não serão trabalhadas nesta tese porque escapam ao seu escopo. Privilegiarei a discussão da obra freudiana.

Talvez essa afirmação inesperada de Lacan possa ser compreendida pelo fato de ter sido no cientificismo de sua época que Freud encontrou a via que o permitiu fundar a psicanálise. Por outro lado, a leitura da obra freudiana desautoriza qualquer relação de continuidade entre o sujeito do pensamento consciente e o sujeito da psicanálise, como destaca Lacan (1957/1988). A descontinuidade entre o sujeito do pensamento consciente e o sujeito da psicanálise deve ser atribuída à radicalidade da noção de inconsciente e ao fato de que, com sua postulação, todos os seres humanos se viram deslocados em relação à noção de indivíduo. Para Freud, há uma divisão, dada por estrutura, entre aquilo que o sujeito inconscientemente deseja e aquilo que ele conscientemente refuta ou ignora querer (Quinet, 2000). Essa condição faz com que o homem não seja senhor de si mesmo e experimente uma determinação inconsciente que muitas vezes age à sua revelia e pela qual, ainda assim, ele deve se responsabilizar (Lacan, 1966/1998).

Essa determinação mostra que o inconsciente freudiano não diz respeito a algo que está fora da consciência, no sentido descritivo, mas à outra cena, que opera segundo leis próprias (Freud, 1915b/2001). No registro inconsciente não há temporalidade, nem contradição. Há traços deixados pela experiência do sujeito. Esses traços não têm sentido e se associam segundo os mecanismos de condensação e deslocamento. São palavras, fonemas, letras que escapam ao controle do eu da consciência e que habitam o sujeito como restos da fala, do discurso (Freud, 1896/2001). Constituem o desejo do sujeito a partir do que vem de fora e orientam suas ações, escolhas e até mesmo seus sintomas (Fink, 1998).

Ao considerar que nada no homem escapa à ação do inconsciente, Freud confronta as fronteiras do normal e do patológico, indicando que a patologia, de modo paradoxal, se encontra em todos os homens. Abala também as concepções tradicionais da medicina acerca do corpo. Amparado nos estudos sobre a histeria, Freud indica que o corpo é construído, não um dado *a priori* (Freud, 1914/2001, 1915a/2001). A materialidade física existe, mas ela é insuficiente para explicar os processos psíquicos e mesmo alguns fenômenos somáticos. Isso porque o corpo é marcado pelo investimento libidinal do outro parental e do próprio sujeito, o que faz com que cada órgão tenha, além de sua função biológica, uma significação sexual (Freud, 1905b/2001, 1910/2001). Freud se apercebe desse fato ainda nos

primórdios da psicanálise ao afirmar que “a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse notícia alguma dela” (Freud, 1893/2001, p. 206). A histeria, portanto, responde a uma determinação outra, que não exclusivamente orgânica. É dessa determinação – inconsciente e pulsional – que a psicanálise, como discurso e como prática, vai se ocupar.

Um passo importante nessa direção foi dado com a criação do conceito de pulsão (Freud, 1905b/2001, 1915a/2001). Com ele Freud refuta a ideia de que o homem é regido por instintos, que seguem um padrão de comportamento fixo e biologicamente herdado que visa à reprodução da espécie e à autopreservação. Em seu lugar, afirma que o homem é movido pela pulsão e que, no que diz respeito ao sexual, não há padronização. Ao contrário, a sexualidade é o que há de mais diverso e errático, não se reduzindo nem ao sexo genital nem à reprodução. É perverso-polimorfa e admite qualquer objeto. A falta de um objeto pré-determinado, entretanto, faz com que a satisfação pulsional seja sempre parcial e que o sujeito seja infinitamente remetido a um novo objeto de desejo. É esse movimento desejante que coloca a vida em movimento. Ele também atesta que, para a psicanálise, não há completude e que o sujeito é o sujeito da falta (Lacan, 1958/1998).

Amparado nessa premissa, o analista debruça-se sobre o sintoma como solução particular inventada pelo sujeito para lidar com essa ausência de satisfação plena (Laurent, 2007b), rejeitando a opção adaptativa. Ao invés de adequar o sujeito à norma e aos costumes compartilhados socialmente, procurou provocá-lo em direção à sua “verdade” inconsciente, ao desejo, do qual ele costuma nada querer saber. Faz isso tomando em consideração o sintoma como uma manifestação subjetiva, não um simples efeito de alterações funcionais ou anatômicas do sistema nervoso, ainda que elas possam existir.

No período de estudos pré-psicanalíticos, Freud situa o sintoma como expressão de uma disputa entre o impulso de satisfação libidinal e a defesa. No início do século XX mantém a tese original, mas vislumbra um sentido no sintoma. Sustenta que o relato do paciente permite descobrir sua significação e leva à cura (Freud, 1917b/2001). Freud dá à palavra um lugar de destaque na clínica. Situa na biografia dos pacientes, ou melhor, no seu discurso acerca dos fatos da vida, a via pela qual o psicanalista pode ter acesso à dimensão

inconsciente. Não o faz, contudo, privilegiando o enunciado consciente, mas o que Lacan posteriormente chama de enunciação inconsciente ou simplesmente enunciação (Lacan, 1964/1985). Também não o faz em busca de algo escondido nas profundezas do ser, na sua suposta interioridade. A sua preocupação está nas lacunas, nos lapsos, nas deformações presentes nos sonhos, nos atos falhos, nos sintomas, pois que é ali que o inconsciente – logo o sujeito – se manifesta (Freud, 1900/2001; 1905a,c/2001).

Em 1917 Freud afirma que decifrar a mensagem contida nas formações inconscientes é o caminho para a extinção do sintoma (Freud 1917b,c/2001). A despeito dessa orientação, que toma a fala como objeto privilegiado na clínica, Freud vê-se frente aos limites do tratamento pela via do sentido. A dificuldade dos pacientes em abrir mão de seu sintoma força o psicanalista a reconhecer que “o ser humano nunca abandona de bom grado a posição libidinal antes ocupada” (Freud, 1917a/2001, p. 104).

A clínica com a neurose obsessiva traz para o primeiro plano a tenacidade com que a libido adere a determinadas tendências ou objetos e, fundamentalmente, a dimensão da repetição presente no sintoma. A concepção do sintoma como mensagem, modelo da histeria, passa a conviver com um novo modo de entendimento do sintoma, marcado pela compulsão à repetição, onde a dimensão pulsional, mais do que a significante, é posta em cena (Miller, 1997, 2012).

A compulsão à repetição aparece para Freud na clínica, pela via da transferência, e também por meio de situações peculiares como os sonhos na neurose traumática e a brincadeira do *fort-da*³. Nessas ocasiões a premissa de que o psiquismo é regido pelo princípio do prazer é questionada, pois o sujeito repete experiências que desde sempre foram desagradáveis. Essa compulsão à repetição mostra-se mais primitiva, elementar e pulsional que o princípio do prazer, o que leva Freud a supor um mais-além do princípio do prazer.

O criador da psicanálise revê sua teoria de que a pulsão é um impulso em direção à vida e afirma que há dois tipos de pulsão, uma de vida e outra de morte (Freud, 1920/2001). Esta última está na raiz da compulsão à repetição, da reação

³ Brincadeira infantil testemunhada por Freud em que uma criança revive a experiência de desaparecimento e retorno da mãe por meio do uso de carretel e linha (Freud, 1920 [2001]).

terapêutica negativa e do masoquismo primário e conduz o sujeito à mortificação (Freud, 1923/2001, 1924/2001). Sua existência constitui um impasse para o tratamento psicanalítico posto que exige um tipo paradoxal de satisfação – pelo sofrimento – e faz com que o sintoma resista ao dizer, não ceda, retorne sempre ao mesmo lugar.

As discussões feitas por Freud em “Análise Terminável e Interminável” parecem indicar que a alternativa à mortificação está na articulação da pulsão de morte com a pulsão de vida ou, em termos lacanianos, do gozo com o prazer, do gozo com o desejo. A questão que se apresentou para o autor foi saber como incidir sobre a pulsão de morte tendo em conta os limites da interpretação pela via do sentido. Freud não dá solução para o impasse, apontando que há um resto, um incurável na análise (Freud, 1937).

Assim, para além do que se interpreta do sintoma, resta o traço de um gozo não reabsorvível pelo simbólico e do qual o sujeito, por vezes, não abre mão (Gaspard, 2012). O gozo do sintoma faz limite ao ideal de cura e à ideia utilitarista de que ele faz escolhas racionais e trabalha para seu próprio bem (Lacan, 1960/1997).

A prática psicanalítica refuta respostas de caráter adaptativo, próprias à psiquiatria e às práticas psicoterápicas, posto que ignoram o sujeito do inconsciente e a satisfação pulsional, em especial a pulsão de morte. Em vez de procurar livrar o sujeito do sintoma, a psicanálise tenta fazê-lo falar, dando lugar ao que insiste e que, por provocar horror ou êxtase, tende a ser ignorado ou recusado na medicina, na psiquiatria e nas práticas psicoterápicas. Toma o sintoma de modo original em relação ao campo médico-psicológico. Pensa-o como um arranjo particular do sujeito para lidar com o gozo e sublinha que qualquer modificação em relação a esse modo paradoxal de satisfação exige um trabalho árduo e longo do sujeito.

O analista assume um papel singular em relação à prática médica. Não é o mestre que pergunta ao paciente o que vai mal para apoderar-se desse saber e, com base no conhecimento científico, explicar o que se passa com ele e curá-lo. Essa conduta submete o paciente e coloca-o na posição de objeto da ciência e do próprio médico (Alberti e Elia, 2008). Tampouco é, como propõe Jaspers

(1913/2003), um *sujeito* que, por identificação imaginária, procura compreender o que se passa com o paciente. Com o discurso inaugurado por Freud, o analista é o *objeto* que pode causar o paciente – este sim um sujeito – a querer saber o que vai mal, evitando seu apagamento sob o conhecimento científico ou sob a subjetividade do médico ou do psicólogo.

Essa perspectiva do analista remete a Canguilhem e ao lugar que ele reivindica para o sujeito na clínica. Para ele, o médico é aquele que aceita que, de modo geral, o sujeito o instrua sobre aquilo que só ele pode dizer, ou seja, sobre o que seu corpo anuncia por meio de sintomas e cujo sentido ele próprio desconhece. O médico é aquele que aceita que o sujeito veja nele um exegeta antes de vê-lo como reparador (Canguilhem, 1990/2005).

O que está em jogo nesse modo de pensar a clínica não é a tentativa de fazer corresponder o prazer e a dor relatados pelo paciente ao conhecimento científico, aos protocolos e mesmo ao sentido. Trata-se de situá-los na transferência. Como afirma Miller (2008) ao comentar esta passagem da obra de Canguilhem, o fato de pôr em palavras, inclusive o sintoma orgânico, constitui o médico na condição de um leitor do sintoma. Seguisse o médico as indicações de Canguilhem, ele se aproximaria da figura do analista e identificaria o que há de transferencial na base do endereçamento feito pelo paciente.

O campo biomédico, entretanto, ignora a dimensão da transferência e especialmente do gozo presente no sintoma (Lacan, 1966/2001). Ao tentar firmar-se como uma ciência das doenças, a medicina se afasta da clínica como arte. Acompanha a ciência, que funda o sujeito, mas o ignora, foraclui. Nega tudo que está fora do campo da representação. Com isso, deixa de fora o gozo, aquilo que do encontro do corpo com a linguagem não se deixa reabsorver, que não entra totalmente na ordem do significante (Miller, 2004).

É justamente essa dimensão inassimilável ao campo do simbólico que a ciência foraclui. Para a ciência só é possível investigar aquilo que é da ordem do pensável e do dizível (Alberti e Elia, 1998). A psicanálise, de modo distinto, trata exatamente daquilo que é vazio de significantes, daquilo que não é possível situar completamente no campo do conhecimento (Lacan, 1973/1982). Isso porque postula que o sujeito do inconsciente situa-se entre a linguagem e o gozo.

Privilegiar a dimensão simbólica do sujeito, restringindo-a ao seu aspecto de sentido, e deixar de lado o que está fora de sentido seria mimetizar a ciência, que lida com o sujeito somente a partir do que é mensurável, localizável, cognoscível.

A versão mais notável desse reducionismo científico é a afirmação naturalista de que tudo o que existe pertence ao mundo natural e que, portanto, não faz sentido postular a existência de instâncias ou entidades fora dele (Bezerra Jr., 2013). O naturalismo se opõe a dualismos do tipo corpo e mente, defendendo o monismo, a unidade corpo e mente.

Na defesa do monismo, o naturalismo pode assumir versões mais ou menos reducionistas. No monismo de duplo aspecto, por exemplo, concebe-se que propriedades não físicas (crenças, desejos, sentimentos) emergem da substância física (cérebro), mas adquirem características próprias. Essa concepção assume que a mente depende do corpo, mas não é reduzível a ele.

No outro extremo do naturalismo encontra-se o materialismo ou fisicalismo eliminativista que propõe “não apenas reduzir fenômenos mentais complexos às suas bases neurobiológicas, mas (...) tornar obsoletas descrições psicológicas, descrições da vida mental, fazendo-as desaparecer por ilusórias e inúteis” (Bezerra Jr., 2013, p. 197).

O fisicalismo eliminativista recusa a ideia de mente ou psiquismo. Defende que sentimentos, expectativas, decisões e mesmo a experiência de identidade pessoal resultam da interação entre as células nervosas, sem qualquer referência à ideia de vida subjetiva. Os autores que abraçam esse tipo de naturalismo têm razão ao afirmar que a vida subjetiva não surge fora do mundo natural, nem se dá independentemente de processos biológicos. Contudo, eles dão um passo a mais, excessivo, ao decretar como inexistente tudo aquilo que não é passível de explicação segundo seu enquadre teórico. Na análise de Bezerra Jr. (2013), isso que resiste à redução é exatamente a experiência na primeira pessoa, o modo como os fenômenos aparecem para o sujeito.

Assim, afirma o autor:

o problema do eliminativismo, na verdade, não está no reducionismo [metodológico]. Está naquilo que ele inerentemente não pode explicar e que, em vez de ceder a outras formas de investigação, pretende simplesmente varrer como ilusório ou inexistente. O problema está na insistência em definir como pertinente apenas um plano da realidade, o físico. (Bezerra Jr., 2013, p. 206).

A análise de Bezerra Jr. traduz com clareza o problema experimentado na psiquiatria hoje, onde a associação com o *programa forte* das neurociências faz avançar o projeto de naturalização da mente. Nesse projeto, o que está em jogo é “encontrar, para os fenômenos psíquicos individuais, descrições universais referidas à neurobiologia da espécie humana e, portanto, imunes a quaisquer contaminações ideológicas, humanistas ou sociais” (Winograd, 2010, p. 522).

Miller (2004) também critica a tentativa de identificar o mental e o cerebral, ainda que não descarte a existência de uma base material para o mental. Sustenta que o sujeito não pode identificar-se com seu corpo. Isso porque ele não é a causa de si mesmo, é efeito de linguagem, é uma resposta à incidência dos significantes sobre o corpo (Lacan, 1960b/1998; 1973/1982). Assim, por mais corporal que seja o homem, ele não é só isso. O discurso afeta o corpo, deixa marcas significantes, causa gozo, produz sintomas, que não podem ser reduzidos à dimensão de natureza, que escapam à equação ser = corpo.

Como apontado anteriormente, a impossibilidade de identificação subjetiva ao corpo se evidencia claramente na histeria, onde o corpo afetado pelo significante e pelo gozo encontra pouca ou nenhuma correspondência com o organismo. A histeria dá notícias da distância para com o corpo-organismo. Melhor dizendo, dá notícias de que se *tem* um corpo e não de que se *é* um corpo. Ignorar essa diferença, fazendo equivaler o ser e o corpo, tem por resultado apagar o sujeito (Miller, 2004). Conforme se busca argumentar ao longo da tese, o apagamento do sujeito é um resultado intencional do alinhamento da psiquiatria à perspectiva naturalista radical das neurociências, que pretende definir o psiquismo como duplo do cérebro, como duplo do orgânico.

Na leitura de Miller (2012), essa duplicação abole o sujeito e joga fora o psíquico. Desconsidera que o sujeito é efeito de discurso e que a biologia não dá conta de isolar questões centrais como a pulsão de morte e mesmo a interação entre cérebro e cultura, cara aos neurocientistas. A reticência do autor em relação à biologia não implica uma negação do real do corpo. Tampouco implica a negação do esquema imaginário, a partir do qual o ser humano tem a experiência de integração, de totalização corporal. Entretanto, chama atenção que a integração

é sempre parcelada e que o sujeito é justamente o que é parcelado nessa integração. Assim, não há como encarnar o sujeito em um corpo e muito menos no cérebro. Há uma incompletude, uma falta-a-ser que define o sujeito do inconsciente (Miller, 2012).

Nos próximos capítulos discuto como a psiquiatria se articula à individualização e ao programa forte das neurociências. Tomo como ponto de partida a formação discursiva da psiquiatria, que se organiza a partir da tensão entre uma concepção do homem como ser corporal e cerebral e outra do homem como ser social e falante. Essa tensão é explicável pela análise das principais correntes que tratam da “patologia mental”. Tomo por referência a indicação de Ehrenberg de que essa patologia é um bom terreno para clarear a confusa questão do indivíduo/sujeito, pois é o “domínio onde a dupla constituição biológica e social da espécie humana, dupla constituição que condiciona a possibilidade de nossa vida psíquica, se mistura inextricavelmente” (Ehrenberg, 2004, p. 132).