

De Doenças a Estruturas, ou, da Medicina a uma Antropologia: a Constituição e Desconstituição da Nosologia Psiquiátrica entre Pinel e Lacan

(Uma Contribuição Psicanalítica à Fundamentação Teórica da “Reforma Psiquiátrica”)*

JAIME ARAÚJO OLIVEIRA**

RESUMO

O artigo parte da noção médico-jurídica de “doenças mentais”, tal como esta noção foi concebida no nascedouro da Psiquiatria em fins do século XVIII. Procura acompanhar, em seguida, as dificuldades de sustentação deste conceito, ao longo das transformações sofridas pelos paradigmas da Medicina nos dois séculos subseqüentes. Assinala o processo de progressivo “esvaziamento” da Psiquiatria, daí resultante, e a ocupação, do campo assim deixado a descoberto, por novas disciplinas, emergentes em fins do século XIX: a Neurologia e a Psicanálise. Procura mostrar como esta última, embora nascida no interior da Medicina, terminará por autonomizar-se radicalmente em relação a este campo. Sustenta a tese de que tal movimento de autonomização, inaugurado por Freud, e diluído por seus sucessores imediatos, é recuperado e completado pela releitura lacanianiana do texto freudiano. Em tal releitura, e como parte daquele processo de autonomização, a noção – propriamente psicanalítica – de “estruturas clínicas” vem ocupar o lugar da velha noção médica de “doenças” (“mentais”) no que tange à maior parte das formas de comportamento e de existência que haviam se tornado objeto da Psiquiatria desde

* A motivação para a elaboração deste trabalho surgiu de duas situações relativamente recentes. A primeira foi a participação em um painel sobre o tema “Estruturas Clínicas: Histeria”, na Escola Lacaniana de Psicanálise (de que resultou uma primeira versão mais reduzida do texto, para aquela instituição). A segunda foi a participação, como docente, no “Curso de Especialização em Psiquiatria Social” da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Ao longo deste curso tive a grata oportunidade de manter um instigante debate com os colegas Paulo Amarante e Pedro Gabriel Delgado, a quem o trabalho está dedicado, e aos quais agradeço a “provocação” representada pela oportuna cobrança aos psicanalistas quanto ao seu habitual desinteresse pelos temas institucionais da Psiquiatria Social contemporânea.

** Psicanalista. Mestre em Medicina Social (IMS/UERJ). Professor da ENSP/FIOCRUZ.

os setecentos. Com profundas implicações éticas, uma vez que a oposição normativa saúde \times doença (ou normalidade \times anormalidade etc.) dá lugar, aqui, a um mero conjunto de possibilidades alternativas entre si, sem que nada fundamente um julgamento de valor entre tais alternativas. Conclui sugerindo que estas formulações da Psicanálise contemporânea podem funcionar como uma contribuição à fundamentação teórica da, assim chamada, "Reforma Psiquiátrica".

Palavras-chave: Doença mental; medicina; antropologia; Reforma Psiquiátrica; psicanálise; Lacan; Pinel; nosologia psiquiátrica.

ABSTRACT

On Diseases and Structures, or, from Medicine to Anthropology: Building Up and Dissolving Psychiatric Nosography, from Pinel to Lacan (Psychoanalytical Approaches Toward a Theoretical Ground of "Psychiatric Reform")

This article starts with the medical-judicial notion of *mental illnesses*, as conceived at the emergence of Psychiatry in the late eighteenth century. It, then, attempts to look into the difficulties of supporting this concept along the changes made by the paradigms of Medicine in the two subsequent centuries. It points out the Psychiatry's progressive "emptying" process and, therefore, the occupation of its gap by new and rising disciplines in the late nineteenth century: Neurology and Psychoanalysis. It tries to show how the latter, though grown out of Medicine, manages to become radically self-governing within this field. It supports the thesis that such a movement toward self-government, started by Freud and undermined by his direct followers, is retrieved and completed by the lacanian rereading of Freud's writings. Though such a rereading, and as part of the self-governing process, the psychoanalytical notion of *clinical structure* ends up replacing the old medical one of (*mental*) *illnesses* concerning most ways of behaviour and existence that had been Psychiatry's objects since the seventeen-hundreds. Once the normative opposition health \times illness (normality \times abnormality) makes room for a mere set of alternative possibilities – lacking real grounds for value judgement among such alternatives – further ethical implications are brought about. The author suggests that the assumptions of contemporary Psychoanalysis can contribute to a theoretical grounding for the so-called *Psychiatric Reform*.

Keywords: Mental illness; medicine; anthropology; Psychiatric Reform; psychoanalysis; Lacan; Pinel.

RÉSUMÉ

De Maladies aux Structures ou de la Médecine a une Anthropologie: La Constitution et Deconstitution de la Nosologie Psiquiatrique entre Pinel et Lacan (Une Contribution Psicanalytique à la Fondementation Théorique de la "Reforme Psiquiatrique").

La notion médico-juridique de "maladie mentale" est à l'origine de cet article, tel qu'elle a été conçue au début de la psychiatrie à la fin du XVIII^e siècle. Ensuite ont été repérées les difficultés de rendre soutien à cette notion-là dans les deux siècles suivants, dues à des changements subis par les concepts médicaux dans cette période. Faute de soutien, un champs libre en résulte, lequel est occupé par les nouvelles disciplines de neurologie et de la psychanalyse. En dépit de celle-ci d'être née à l'intérieur de la médecine, elle cherche son indépendance. Ce mouvement se réussit, dont Freud a été le précurseur, mais Lacan en reprend dans sa lecture créatrice de l'oeuvre freudienne. Cette lecture amène à la notion de "structure clinique" en psychanalyse, remplaçant ainsi l'ancienne notion de "maladie mentale". Les conséquences de ce remplacement sont profondes, parce que l'opposition santé x maladie ou normal x anormal, débouche dans un ensemble stérile de possibilités alternatives entre elles mêmes. C'est ainsi parce que le jugement de valeur sur une alternative ou une autre quelconque s'avère sans fondement. Le propos de l'auteur est que ce progrès contemporain de la psychanalyse porte une contribution aux fondements théoriques de la "réforme psychiatrique".

Mots-clé: Maladie mentale; médecine; psychiatrie; réforme psychiatrique; Lacan; Pinel.

Recebido em 31/07/95.

Aprovado em 11/09/95.

A Medicina e as “Doenças Mentais”: da Psiquiatria à Neurologia

Como vem sendo assinalado nos últimos anos pela revisão da historiografia mais tradicional sobre o tema (cf. Foucault, 1972, 1987a; Castel, 1978), a Psiquiatria, e com ela a noção moderna de “doenças mentais”, surgem na Europa de fins do século XVIII, como parte de um projeto maior, prevalente naquela conjuntura. Qual seja, o de fundamentar em bases socialmente aceitáveis para aquela nova e revolucionária época – leia-se fundamentar em bases *racionais* – a exclusão, dos recém-formulados “Direitos Universais de Cidadania”, ou “Direitos Naturais do Homem”, do conjunto heterogêneo de indesejáveis de diversas categorias que o Absolutismo anterior, menos sutilmente, apenas fazia recolher – sem necessidade de justificativas teóricas mais sofisticadas do que a Vontade Real – às instituições de exclusão às quais Foucault denominou “Grande Internação” (de que são exemplos o *Hôpital* francês, as *Work-houses* inglesas etc).

Desta forma, num contexto em que, pela primeira vez na história, se passa a considerar que “O Homem” (essa construção deste mesmo período) é “naturalmente” sujeito de “direitos inalienáveis”, as exceções a essa regra têm de ser fundamentadas.

Assim como, por exemplo, o Direito Positivo (ou “Ciência do Direito”), ao codificar os crimes e estabelecer para cada um deles penas “racionalmente” proporcionais, passou a fornecer uma justificativa coerente com o espírito da nova época para a exclusão de uma parcela daqueles “indesejáveis”; também a Psiquiatria, enquanto um ramo da Medicina, ao codificar determinadas formas de existência ou de comportamento, e passar a entendê-las como “doenças” (ditas “mentais”), funcionou como uma justificativa para a exclusão de uma outra parcela considerável daquele contingente. Vistos como não-portadores (temporária ou permanentemente) do que passara a ser considerado então como o atributo humano essencial (a Razão), ficava assim justificada a sua exclusão da pauta de direitos.

A Medicina do século XVIII, no entanto, e com ela a nascente Psiquiatria, era uma disciplina de caráter quase que exclusivamente “taxonômico”, classificatório, que tinha como referência ainda a História Natural, e não a Biologia (ciência que só viria a surgir no século seguinte, e que forneceria as bases da Medicina contemporânea) (Foucault, 1987b). Assim, em seus primórdios, a Psiquiatria – como toda a Medicina setecentista – praticamente restringe-se a um processo de cuidadosa observação, descrição e classificação (e subclassificação: em gêneros, famílias, espécies etc.) das chama-

das “entidades nosológicas”, desta forma reificadas (cf. Bercherie, 1989).

Mas, ao longo dos dois séculos seguintes, os demais ramos da Medicina vão se desvinculando desta postura exclusivamente taxonômica. Progressivamente, a Biologia (e seus sub-ramos, como a Fisiologia e a Microbiologia) tomam o lugar da História Natural como paradigma das diferentes especialidades médicas, que vão adquirindo com isso um caráter cada vez mais anátomo ou fisiopatológico, e etiológico.

Em contraste com este processo, a Psiquiatria se mantém, ao longo do mesmo período, como que praticamente aderida ao modelo médico do século XVIII. Com o que, os 200 anos de Psiquiatria que então transcorrem, se restringem, a rigor e em síntese, a 200 anos de intermináveis discussões nosográficas, nas quais sistemas classificatórios se contrapõem a outros sistemas classificatórios, e onde o que marca os grandes nomes da história desta disciplina – como Esquirol, Morel, Kraepelin etc. – é sempre a criação de... um novo sistema nosográfico (com a cunhagem de novos termos, mudanças nas definições, reagrupamento das classes no interior do sistema etc.) (*idem*). Processo este que se prolonga até os nossos dias, hoje na forma das também intermináveis revisões e revisões do capítulo sobre “Transtornos Mentais” da “Classificação Internacional das Doenças” (CID), da Organização Mundial de Saúde.

O que promove este crescente afastamento entre a Psiquiatria e o restante da Medicina a partir de meados do século XIX é a incapacidade daquela disciplina em encontrar, ao contrário de suas congêneres, fundamentos anátomo ou fisiopatológicos para a maioria das condições que tem como objeto. Como, por exemplo, o enorme contingente das neuroses; das psicoses ditas “endógenas”; das perversões etc.¹

Posta assim na condição de um setor “atrasado” da Medicina, a Psiquiatria passa a sustentar-se basicamente numa hipótese. Hipótese que preserva seu direito a continuar reivindicando um lugar no interior do campo médico, mesmo com a nova e rigorosa configuração que este adquiriu em tempos modernos. Esta hipótese é a de que a Psiquiatria tem por objeto algo como

¹ Como se sabe, no início do século XX, o estabelecimento da relação entre um microorganismo (o *Treponema Pallidum*, agente da sífilis) e certas manifestações neurológicas e psiquiátricas reunidas sob o nome de “Paralisia Geral Progressiva” (ou “Sífilis Terciária”), gerou a expectativa de que, finalmente, tivesse sido encontrado o fundamento orgânico das “doenças mentais”. Mas, nas décadas que se seguiram desde então, esta expectativa não foi cumprida de maneira abrangente, nem por este modelo inicial das doenças infecciosas (de grande sucesso nos demais campos da Medicina à época), nem por outros que o seguiram, e continuam a emergir periodicamente.

as “doenças das funções superiores do Sistema Nervoso Central”, devendo-se à complexidade deste objeto o provisório desconhecimento de seus fundamentos “orgânicos”. Sempre prometidos e sempre postergados, com o tradicional argumento positivista de que “no estado atual dos nossos conhecimentos” é *ainda* impossível identificá-los.²

A Psiquiatria situa-se, desta maneira, como uma espécie de *sub-ramo da Neurologia* (provisoriamente “na sombra”), com a qual espera, no futuro, confluir, desaparecendo, desta forma, enquanto uma disciplina autônoma. Daí advindo a designação “neuropsiquiatria”, muito utilizada até há alguns anos atrás (e que servia, na prática, apenas como um eufemismo para facilitar o recurso às estigmatizadas consulta e internação psiquiátricas).

É interessante notar, no entanto, que o movimento de constituição e autonomização *da Neurologia* se faz, por sua vez, no século XIX, *em relação ao campo da Psiquiatria* (pelo menos a partir de um de seus pilares que é Babinski, o pai da semiologia neurológica moderna).³

Curiosa situação esta, em que a emergente disciplina que procurará reservar para si o nome de “Neurologia” surge – no interior do pantanoso terreno que era designado então como “estudo das doenças nervosas” – demarcando seu objeto como *aquilo que não é psiquiátrico*. Enquanto a velha Psiquiatria tenta sobreviver definindo seu objeto como... *neurológico*.

Esta polêmica teve um de seus núcleos na discussão sobre a histeria, redenominada por Babinsky, neste contexto, como “pitiatismo” (que significa “curável por sugestão”, e, portanto – acrescentava aquele autor –, algo de natureza não “neurológica”). Isto explica a importância teórica que a questão da histeria adquiriu neste campo no final do século passado. Este campo então designado como “estudo das doenças nervosas”, e que funcionou como uma espécie de “protoplasma” onde se reunia o que é objeto hoje da Neurologia, da Psiquiatria e da Psicanálise.

Lembremo-nos, neste sentido, e para continuidade da nossa discussão, que Babinsky foi, como Freud, e contemporaneamente a ele, discípulo de Charcot.⁴ Pode-se dizer, portanto, que foi a partir da concepção charcotiana

² Para um exemplo dessa discussão já em meados do século XX, veja-se a polêmica entre Lacan e Henry Ey (um dos últimos nomes significativos da Psiquiatria contemporânea), em Lacan (1946). Ver também De Waelhens (1990, cap. 1).

³ A este respeito, ver, por exemplo, Roudinesco (1989).

⁴ *Idem*. Segundo esta autora, é Babinski, inclusive, quem aparece como assistente, amparando a paciente histerica, atrás do Mestre parisiense, no célebre quadro de André Brouillet, “La Leçon Clinique du Docteur Charcot”, de 1885 (ano da estada de Freud na Salpêtrière), e que Freud possuía na ante-sala de seu consultório.

da histeria que tiveram origem, seguindo caminhos simultâneos e *divergentes*, a Psicanálise e a moderna Neurologia, duas disciplinas que vieram, por sua vez, “implodir” a velha Psiquiatria. À qual, desde então, não resta mais do que ceder lugar às suas duas “herdeiras”, distribuindo entre elas seu espólio: o conjunto heterogêneo de condições que constituía, como vimos, desde o século XVIII, seu objeto.

A Psicanálise: Da Medicina a uma Antropologia

Como vimos, a histeria configurava-se, no final do século passado, como uma encruzilhada num processo de autonomização de campos disciplinares então em constituição.

É isto, seguramente, que atrai para ela a atenção do principal nome francês (e mundial) no estudo das “doenças nervosas”, que era Charcot.

Como se sabe, ele demonstrou a possibilidade de influir sobre a histeria através da hipnose, produzindo ou modificando sintomas em pacientes histéricos. E, a partir daí (ou vice-versa), desenvolveu um modelo para a explicação de sua etiologia e mecanismo de funcionamento.

Ao mesmo tempo, em Nancy, Liébault e Bernheim lançavam mão da hipnose com propósitos mais pragmáticos: o de eliminar sintomas histéricos.

O modelo explicativo da histeria formulado por Charcot propunha, em síntese, o seguinte. Em pessoas constitucionalmente predispostas, portadoras de uma tendência hereditária a uma espécie de “labilidade das funções de síntese psíquica”, haveria uma tendência ao surgimento de estados de dissociação da consciência. Os acontecimentos vividos sob este estado seriam então registrados como que à parte, numa espécie de segunda consciência (que o autor designava como “*condition seconde*”), inacessível à “primeira”, mas produzindo efeitos corporais: os sintomas histéricos.

E a hipnose, entendida como uma “histeria artificial”, provia, aparentemente, uma demonstração experimental deste processo (ficando desta forma explicados, também, os efeitos terapêuticos obtidos pela sugestão hipnótica, embora Charcot não estivesse particularmente interessado neste tipo de utilização).

Charcot acrescentava ainda, ao mecanismo mais ordinário descrito acima, a possibilidade de que, em certos casos, a dissociação da consciência fosse desencadeada – sempre em pessoas predispostas – por um acontecimento traumático qualquer. E designava estes casos particulares (que chamariam especialmente a atenção de Freud) como “histeria traumática”.

Diferentes discípulos de Charcot (e conhecedores das experiências de Nancy) viriam a extrair desse debate conclusões distintas, dando a ele, como assinalávamos há pouco, um caráter de tronco comum a campos diversos.

Assim, como vimos, um dos principais discípulos do mestre parisiense, Babinski, enfatizará, após a morte de Charcot, a questão da *eliminação* dos sintomas pelo método da sugestão hipnótica. Proporá, a partir daí, como também já indicamos, uma nova designação que vê como mais adequada para a velha histeria: “pitiatismo” (de *peithos*, persuasão + *iatos*, curável). E a utilizará num processo de depuração do campo que então ajudava a construir: o da Neurologia. Para Babinski, preocupado em criar uma semiologia neurológica, a histeria (ou “pitiatismo”) corresponde, desta forma, apenas a um diagnóstico diferencial, àquilo que não é neurológico, e que, portanto, deve ser afastado *deste campo*.

Talvez à sua revelia, no entanto, ele terminará, com isso, por suscitar, mais amplamente, uma espécie de desqualificação da histeria enquanto problema *médico*,⁵ ajudando a *expulsar esta condição, enquanto objeto, do campo da Medicina*.

Já outro discípulo de Charcot – Pierre Janet –, mais afeito ao campo da velha Psiquiatria, atribuirá mais importância ao modelo charcotiano de *explicação* da histeria. E vislumbrará nele a possibilidade de, finalmente, satisfazer as expectativas daquela disciplina. Ou seja: encontrar um fundamento neurológico para as “doenças mentais” enquanto “doenças das funções superiores do Sistema Nervoso Central”.

Foi por esta via que o “jovem Freud” – apesar de mais próximo da Neurologia do que da Psiquiatria no interior do “protoplasma” do “estudo das doenças nervosas” – se aproximou da questão da histeria, promovendo com isto uma reviravolta no seu campo de interesses, que iria resultar na criação da Psicanálise.

Como se sabe, Freud era, a princípio, por formação e interesse, um pesquisador da neuroanatomia ou neuro-histologia (onde chegou a dar algumas contribuições relativamente significativas em face do pouco tempo que dedicou-se a esta disciplina). Mas – ao que parece por razões de ordem

⁵ E, em seguida, por extensão, enquanto, simplesmente... problema, reduzindo-se aquela condição a uma espécie de engodo ou farsa, que é, como se sabe, a concepção que se tornou dominante entre os médicos: e, a partir deles, entre o público em geral. Como sabemos, o termo babinskiano (que por isto mesmo não foi mantido no vocabulário médico corrente) – e entre nós sua corruptela, “piti” –, adquiriram claramente esta significação.

prática, e a contragosto – foi levado a ter de se ocupar da clínica, tendo escolhido, para isto, talvez por proximidade com sua área de interesse e formação acadêmica, o campo então designado como “das doenças nervosas”, que tinha, então, a configuração – heterogênea aos olhos de hoje – que já assinalamos. E onde as terapias correntemente em uso eram de caráter tão empírico quanto inócuas (coisas como banhos, massagens, estímulos elétricos locais etc.).⁶

Em 1882 (antes, portanto, de sua ida a Paris para um período de estudos com Charcot), Freud tomara conhecimento, através de Breuer, de um caso clínico, e de uma concepção da histeria desenvolvida a partir deste caso, que, sem dúvida, o instigaram.

Breuer era um fisiologista e clínico, conhecido em Viena, mas com prestígio não mais do que local.

O caso era o da paciente que viria a ser conhecida como “Anna O.”. Em síntese: a história de uma histérica, tratada por Breuer – e, em certo sentido, surpreendentemente, por ela mesma –, cujos sintomas desapareciam cada vez que ela entrava, espontaneamente e em presença de Breuer, num estado semelhante à hipnose, e, nesta condição, recordava-se de situações traumáticas ligadas à origem daquele sintoma, e as relatava a seu médico (Breuer, [1895]).

Breuer formulara, a partir daí, um modelo de compreensão da histeria muito semelhante àquele de Charcot, designando por “estado hipnóide” a condição original de dissociação da consciência a partir da qual, supostamente, os sintomas haviam sido produzidos. Estado que lhe parecia bem ilustrado pela situação de verdadeira auto-hipnose em que “Anna O.” voltava a se colocar em sua presença. E que era utilizado, agora, no sentido oposto, ou seja, num sentido terapêutico, para o qual Breuer cunhou a expressão “catarse” (*idem*).

Assim, quando, em 1885, Freud vai a Paris, ele encontra lá, na verdade, uma espécie de confirmação, por parte de um luminar internacional da área das “doenças nervosas”, das teorias do relativamente obscuro Breuer, que o haviam, anteriormente, instigado. Essa impressão não se desfaz nele nem mesmo quando Charcot parece não demonstrar o menor interesse pelo relato do caso clínico e das idéias de Breuer que Freud lhe faz.

Reunindo, de qualquer forma, as experiências e as concepções de Charcot

⁶ Para as indicações biográficas sobre Freud, aqui e em outras passagens do texto, ver Jones (1975); Gay (1991); Roudinesco (1989). Ver também Freud [1910].

e de Breuer, que o impressionaram, Freud passa a se interessar pela histeria, não no sentido de Babinski, como sua formação prévia pareceria sugerir (ou seja, enquanto um mero diagnóstico diferencial frente às doenças neurológicas “de fato”), mas sim naquele sentido que indicamos mais acima como o apontado por Pierre Janet. Isto é, como um caminho para a busca da compreensão do fundamento neurológico das “doenças mentais”.

Foi por essa via que, como adiantamos, Freud se aproximou da questão da histeria, introduzindo, no entanto, desde logo, um elemento crucial de precisão no modelo charcot-janetiano, e constituindo com isso o que passa a ser uma primeira teoria já propriamente freudiana (mas, diríamos nós, ainda “médica”) da histeria.

Teoria que ele estenderia, em seguida, para o conjunto das condições que agrupou sob o nome de “psiconeuroses”: a histeria, a neurose obsessiva e a paranóia, às quais ele acrescentaria mais tarde a “demência precoce” e a melancolia, dividindo este conjunto entre as categorias “neuroses de transferência” e “neuroses narcísicas”. Além de abarcar a problemática das assim chamadas perversões. Com o que Freud cobria uma parcela muito considerável do campo das “doenças mentais”, até então, como vimos, carentes de modelos explicativos abrangentes.

Tendo abandonado logo a técnica da hipnose, substituindo-a por uma atenta escuta de seus “doentes”, Freud preservará, a princípio, a concepção “traumática” que tomara de empréstimo ao conceito de “histeria traumática” de Charcot. Mas pretende ter demarcado melhor, *a partir daquela escuta, e para sua própria surpresa*, a natureza desse “trauma”, a saber, seu conteúdo sempre *sexual*, e sua ocorrência sempre *na infância*. Formulações que, como se sabe, tornar-se-iam motivo de escândalo para a, ainda parcialmente vitoriana, cultura *fin-de-siècle*. E de descrédito, quando não de escárnio, e surpresa, no meio médico, ao qual Freud comunicou suas teorias, que pareciam perverter o que era antes apenas uma asséptica teoria neurológica da histeria.

Como dissemos, Freud estende essa concepção, em seguida, para o conjunto das ditas “psiconeuroses”, abrangendo, com isso, uma parcela significativa do campo das supostas “doenças mentais”. Pretendia ele, nesse sentido, que circunstâncias – como o período da infância em que ocorrera o “trauma”, ou a postura (ativa, passiva) adotada pela criança durante o episódio –, definiriam as alternativas daquilo que ele designará como “escolha da neurose”. “Escolha” esta complementada, além disso, pela velha idéia de “disposições constitucionais”, da qual ele nunca abrirá mão totalmente.

Mas, a mesma mistura de sensibilidade clínica com destemor frente às conseqüências da formulação daquilo que a escuta lhe impunha, que havia levado Freud a introduzir a incômoda questão da sexualidade infantil – aliadas a uma honestidade intelectual marcante, que o fez desmontar, mais de uma vez, construções teóricas próprias, elegantes, mas errôneas ou incompletas –, todos estes fatores levaram nosso autor, num segundo momento, a abrir mão dessa articulada teoria. Pondo em questão, não seu achado original sobre a sexualidade infantil, mas sim a idéia da natureza “traumática” das psiconeuroses.

A escuta – sempre a escuta – levou-o a perceber, a partir de certo momento, que os pretensos episódios traumáticos de sedução infantil que os “doentes” lhe relatavam, com freqüência não haviam ocorrido “de fato”. Mas sim correspondiam ao que ele iria passar a denominar, mais tarde, de “fantasias”. As quais, por sinal – outra surpresa –, giravam sempre, ao fim e ao cabo, em torno de uma temática novamente enigmática e surpreendente, que ele viria a designar por “castração”.

Esse momento constituiu uma encruzilhada dramática na obra e na vida de Freud. Aparentemente, todo o edifício teórico que ele começara a construir ruía, a partir das próprias bases charcotianas. E seu biógrafo mais famoso nos conta que, nessa hora, ele pensou em desistir da empreitada a que se propusera, e que batizara como Psicanálise (Jones, 1975).

Não era para menos, uma vez que, como a posteridade o demonstraria, a continuidade de seu trabalho teórico a partir daí viria a exigir uma *ruptura radical* com o modelo médico-científico, etiológico, causalista, mecânico, no qual este neuro-histologista fôra formado intelectualmente. Este neuro-histologista que desprezava a filosofia (à exceção de um rápido contato com a obra de Brentano);⁷ que simplesmente ignorou todo o movimento de constituição da Lingüística moderna que lhe foi contemporâneo e que tanto impacto viria a ter sobre o conjunto das Ciências Humanas, e da própria Psicanálise no futuro; além de desconsiderar, por exemplo, toda a original produção no campo da Lógica que estava sendo gestada contemporaneamente na sua própria cidade, e que Lacan viria a utilizar extensamente na sua “releitura” da obra freudiana.⁸

⁷ Sobre a relação entre Freud e Brentano, ver os biógrafos, citados mais acima, Jones, Gay e Roudinesco. Sobre Franz Brentano, ver, por exemplo, Stegmüller (1977).

⁸ Lembrar, neste sentido, que Saussure nasceu em 1857, apenas um ano depois de Freud, e morreu em 1913, tendo seu *Curso de Lingüística Geral* sido publicado em 1916, portanto, em plena vida

Mas uma tal ruptura foi, de qualquer forma, promovida no seu pensamento (apesar da manutenção, fora de contexto, de uma terminologia “antiga” que ele nunca abandonou: “doença”, “doente”, “paciente”, “médico”, “tratamento” etc.). Sem essa ruptura Freud simplesmente não teria como prosseguir, após a crise de sua primeira teoria das neuroses.

Desqualificada a questão do evento traumático, e mantida a da sexualidade infantil, nosso autor só prossegue porque percebe que, se algo é “traumático” na base das “psiconeuroses”, este algo não é da ordem de um acontecimento acidental, fortuito, episódico, datável. Mas sim, é *a própria sexualidade infantil*.

Assim, de uma circunstância fortuita, passa-se a algo que é *da ordem do universal nos humanos*. Não se trata, na base das “psiconeuroses”, de um acidente biográfico na vida de algumas crianças particularmente infelizes (o encontro com um adulto perverso), mas sim de algo que é *estruturante de todos os falantes*.

Com o que abre-se o caminho que levará, mais adiante, da noção médica de “doenças” (por oposição à saúde ou à normalidade), à concepção de “estruturas”, simplesmente alternativas entre si.

De Freud a Lacan: “Retorno” e Superação (a Universalidade da Temática da Castração e a Constituição das Estruturas Clínicas)

A *démarche* basicamente empirista, porém acurada e radical de Freud, foi suficiente para nos levar, portanto, da fenomenologia sintomática, superficial, descritiva das “psiconeuroses”, a circunstâncias até então inusitadas que estão na sua base: a sexualidade infantil, e a temática da castração, este “rochedo” (Freud) para o qual convergem todas as análises levadas à termo.

Trata-se de dados da clínica, de achados empíricos da escuta atenta do autor, confirmados (ou, mais precisamente, reconstruídos) desde então por gerações de psicanalistas no seu quefazer cotidiano. E tornados praticamente senso comum na cultura do nosso século.

Mas, o que está em jogo na “sexualidade infantil”? E de onde provém

de Freud. Quanto à filosofia, um intelectual de língua e cultura alemã, como Freud, não poderia, por exemplo, desconhecer a obra hegeliana, mais particularmente a *Fenomenologia do Espírito*, de 1807, da qual Lacan, via Kojève, iria extrair tantas conseqüências. Jacques-Alain Miller (1991) nos recorda, por seu turno, a relação de, simultaneamente, proximidade física e desconhecimento que Freud manteve com o chamado “Círculo de Viena” (inclusive com a informação de que Freud teria tido como analisante “a irmã de Wittgenstein”).

essa temática da “castração”? Por que ela se constitui com esse caráter de *universalidade* que a marca?

Ouso sugerir que o empirismo da escuta clínica, eixo da *démarche* freudiana, não pode nos levar a uma resposta a estas questões.

E não pode porque, como o próprio Freud o sugere bem com a metáfora de um “rochedo” intransponível, estamos aqui *no limite do dizível*, no ponto em que *se institui a própria fala*. E, portanto, o que “antecede”, lógica e cronologicamente, a isto, é, rigorosamente, da ordem do inefável. É “inconsciente”, não no sentido lato daquilo que está provisoriamente fora da consciência e, portanto, pode vir a ser recuperado por ela um dia, ou “rememorado” como acreditava Freud a princípio. Mas sim no sentido estrito (e propriamente psicanalítico), daquilo que *não tem como* aceder à consciência, e que nosso autor fica “arranhando” com termos enigmáticos como “recalque originário”, “protofantasias”, “herança filogenética”, “umbigo do sonho”, “rochedo da castração” etc.

Somente com a incorporação lacaniana de contribuições essenciais, vindas de um universo mental radicalmente distinto do contexto médico em que a Psicanálise surgiu – contribuições provenientes, em especial, da Linguística e do Estruturalismo, da Antropologia Cultural, da Filosofia (dos Antigos aos contemporâneos), da Lógica Matemática, da Topologia etc. – é que se instituiu a possibilidade de abordar o que é dessa ordem do radicalmente inefável no falante. E, portanto, vedado à empiria, a não ser por seus efeitos. Terreno onde entram em jogo noções, digamos, “abstratas”, como “gozo”, “desejo”, “objeto causa do desejo”, “pulsão”, “falta” (e, se quisermos recolocar na “origem” de tudo isso um fenômeno “material” e, outra vez, empiricamente apreensível, a “necessidade”).

Mas, o que nos indica, em síntese, a *démarche* lacaniana, sobre isso que estaria para além da fantasia de castração?

Em primeiro lugar – “retroativamente” – aquilo que este autor chama de “gozo”.⁹ Esta ilusão, ao mesmo tempo fascinante e terrivelmente ameaça-

⁹ “A fantasia angustiante de castração que domina a vida psíquica do histérico certamente é a fonte e o motivo do sofrimento do neurótico, mas é também, e acima de tudo, uma tela protetora, uma defesa segura contra qualquer eventual aproximação do gozo máximo. Tudo se dá como se o histérico preferisse adoecer de uma fantasia angustiante do que enfrentar aquilo que teme como o perigo absoluto: gozar. [...] Para se manter afastado do gozo e persistir em sua recusa, o histérico inventa inconscientemente uma fantasia protetora: a fantasia angustiante de castração. Com essa fantasia ele cria uma ameaça fictícia – a ameaça de perder sua força fálica – para esquecer uma outra ameaça igualmente fictícia, porém mais obscura, indefinida e muito mais terrível: a de sucumbir

dora da possibilidade de recuperação da totalidade perdida desde o nascimento. Ilusão que se identifica, portanto, à morte (e que dá fundamento à intuição freudiana sobre a “pulsão de morte”, enigmática formulação tão desprezada pelos pós-freudianos imediatos). É “contra” o horror dessa pretensa possibilidade mítica de refusão ao Todo (imaginarizado na mãe), que a fantasia de castração se instala. Como um artifício, ou uma defesa, que faz aparecer algo da ordem da interdição, como ameaça ou proibição “de alguém” (lugar da função paterna no Édipo), o que é, a rigor, da ordem da impossibilidade.

A ilusão do gozo é, portanto, a ilusão da possibilidade de realização (“de uma vez por todas”), daquilo que a Psicanálise denominou “desejo”. Realização que, por sua vez, corresponderia à obturação da “falta”. A qual tem, finalmente, por fundamento último, e radicalmente irresolúvel, a “necessidade”, imposta pelo real, pelo real do corpo, condenado desde sempre à entropia, como qualquer sistema.¹⁰

A fantasia de castração é, portanto, uma *atribuição de sentido* (leia-se superposição de imaginário e simbólico), ali onde só havia, até então, o puro real, inefável, da Falta, e seus desdobramentos (pulsão, desejo, gozo). É por isto que, como já o assinalava Freud em sua passagem à teoria da fantasia, ela é uma “construção” (Freud, [1914]; [1937]), e não a consequência mecânica de uma percepção ou representação (como o supunha a teoria do trauma). Ela é uma “teoria sexual infantil” para tentar dar conta de um indizível. Uma construção *a posteriori* (*nachträglich*) que vem significar, retrospectivamente, algo até então inefável, a partir de elementos sensoriais (a voz do pai, a visão do corpo da mãe, do corpo de outras crianças etc.).

Ao atribuir sentido ao inefável, a fantasia de castração marca o ponto de entrada na fala, de acesso ao Simbólico, de emergência do ser falante.

ao gozo. *Ele se angustia diante de uma castração que pretende possível, para não desaparecer diante de um gozo insustentável. A recusa do gozo se transforma, na fantasia, em angústia de castração.* E o objeto ameaçado não é a totalidade do ser, mas o falo. [...] Em suma, a lógica da gênese da histeria se resume nisso: *o desejo descortina o gozo, o gozo suscita a fantasia, a fantasia contém a angústia e a angústia, por fim, transforma-se em sofrimento*” (Nasio, 1991, pp. 73-4, ênfases minhas).

¹⁰ É claro que a colocação da necessidade como fundamento último da falta corresponde a uma observação “externa” do processo que estamos aqui considerando. Para o sujeito então em constituição ao longo deste processo, a “causa” do seu desejo, como nos aponta Lacan, é um objeto mítico, para sempre perdido, que o autor designa por “a” (de *autre*, outro).

Em termos lingüísticos, ocorre aí um processo inaugural de (dupla) metaforização, que Lacan designa como “metáfora paterna”. Processo através do qual aquilo que é radicalmente indizível, uma incógnita irresolvível (“x”, o “significado ao sujeito” na fórmula lacaniana da “metáfora paterna”¹¹), se faz representar por significantes. “Sucessivamente”: o “Desejo da Mãe” (S1) e o “Nome-do-Pai” (“Nom(n)-du-Père”) (S2). E, a partir daí, a partir do recalque “originário” destes primeiros significantes, se institui, por metonímia, toda a cadeia significante, toda a cadeia falada (expressa como “S1, S2, ..., Sn” em outro célebre matema lacaniano).

É por isso que a temática da castração é um *universal* para o homem. Porque é a partir dela que emerge o ser falante.

Mas, além disso, ela é também o ponto onde se definem as *estruturas clínicas*, ou “*estruturas existenciais*”, como as designa Juranville (1987), de uma forma que nos parece marcar ainda melhor a ruptura aí estabelecida com o modelo médico. De modo que, como dizíamos mais acima, *não há como ser humano, como ser falante, sem ser portador de uma dada estrutura qualquer*.

Em termos topológicos, poderíamos dizer que, ao atribuir sentido (imaginário + simbólico) ao que é da ordem do puro real, a temática da castração nodula estes três registros (R, S, I). Mas o faz, para cada caso, de forma particular, através de um quarto elo: Sintoma (*Sinthome*), estrutura.

Dito de outra forma. É a *maneira* de lidar com a temática da castração que definirá as diversas estruturas (e “tipos”) clínicos. E esta maneira, por sua vez, depende da posição que o futuro sujeito ocupa, desde antes, frente ao primeiro significante aí em jogo, ou seja, o “Desejo do Outro”.

O Que é uma “Estrutura”?

Mas, o que é uma “estrutura clínica”?

A noção de “estrutura” (ou de “sistema”, para usar a expressão saussureana original) surge com a Lingüística moderna, e difunde-se, a partir dela, por diferentes ramos do campo das Ciências Humanas neste século – aí incluída a “releitura” lacaniana da Psicanálise –, dando origem, com isto, a um “terreno” conceitual compartilhado por (e constitu-

¹¹ $\frac{\text{Nome-do-Pai}}{\text{Desejo da Mãe}} \cdot \frac{\text{Desejo da Mãe}}{x} \rightarrow \text{Nome-do-Pai} \left(\frac{A}{\text{Falo}} \right)$

ido a partir de) diferentes disciplinas, a que se veio designar, por vezes, como “estruturalismo”.¹²

Poderíamos dizer, em síntese, que uma “estrutura” é um conjunto virtual de lugares (*loci*), que se definem exclusivamente por suas relações, ou diferenças, para com os demais *loci* da estrutura, constituindo-a desta maneira.

Assim, uma estrutura, enquanto tal, é uma pura virtualidade, que só se atualiza pela ocupação de seus *loci* por elementos “empíricos”.

Dizer que uma estrutura se define pelo conjunto das *relações* estabelecidas entre seus elementos componentes significa dizer que uma estrutura se define por “leis” (no clássico sentido newtoniano de “*relações* necessárias entre fenômenos observáveis”). Ou, em outras palavras: recortar a estrutura de um determinado território é apreender a Lei de sua constituição.

Entendida nestes termos, a noção de “estrutura” veio introduzir uma terceira dimensão (dita “*Simbólica*”) na velha dicotomia entre Real e Imaginário que percorre, sob diversas designações, toda a tradição filosófica. Enquanto domínio da Lei, o Simbólico é visto, desta perspectiva, como não somente antecedendo, mas também constituindo as dimensões do Real e do Imaginário (que corresponderiam a atualizações da estrutura, em diferentes dimensões ou registros).

A autonomização deste terceiro registro permite identificar, para cada domínio temático em questão, um *locus* particular dentre os demais, dito “operador” da estrutura aí em jogo (ou, nos termos propositadamente enigmáticos de Deleuze: “Objeto = x”, ou “Grande Móvel”), o qual tem uma natureza essencialmente simbólica: seja pela sua função articuladora central do conjunto da estrutura, no interior da qual ele circula; seja pela sua eventual não-expressão nos demais registros.¹³

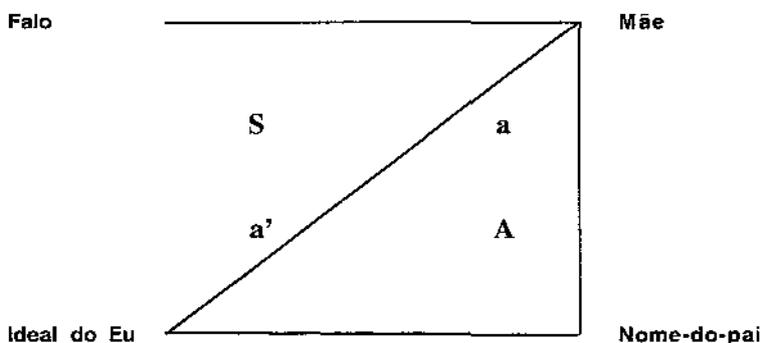
Uma última característica da noção de estrutura que é importante assinalar para a continuidade de nossa discussão é a sua duplicidade. Ou seja, ao contrário da relação de identificação ponto-a-ponto que marca o que se passa no registro do Imaginário, a relação entre uma estrutura (latente) e sua atualização é sempre marcada por deslocamentos intrínsecos, necessários, propriamente estruturais ou simbólicos.

¹² A respeito ver, por exemplo, Deleuze (1982), Masotta (1988) e Leite (1994).

¹³ Um célebre exemplo, nesse sentido, no campo da Antropologia Cultural, é o *mana* (cuja tradução aproximada seria “troço”, ou “coisa”), como elemento central da estrutura social de determinados povos ágrafos estudados por Lévi-Strauss (ver Deleuze, 1982; Lévi-Strauss, 1973). Outro exemplo, tornado célebre na Psicanálise e na Teoria Literária, é a carta, do conto de Poe, “A Carta Roubada” (ver Poe, s/d; e Lacan [1956]).

Dito isto, a questão que se coloca para retomarmos nosso tema central é a seguinte: qual é a estrutura em jogo no domínio temático de que nos ocupamos, ou seja, no domínio das “estruturas clínicas” de que trata a Psicanálise?

Juranville (1987, pp.141 e ss.) a designa como “a estrutura significativa fundamental do inconsciente”. E a descreve, a partir de uma adaptação do assim chamado “Esquema R” lacaniano, como uma estrutura quaternária, composta, em síntese, pelos três elementos do triângulo edípico (mãe, pai, filho), acrescidos de um quarto elemento, que funciona como “operador” dessa estrutura: o falo.¹⁴



¹⁴ Sobre essa mesma questão, diz Dor (1991, pgs. 24-5): “É em função dos amores edípianos que se constitui, para todos, a entrada em cena de uma estrutura psíquica, ou, como assinalava Freud, a ‘escolha’ da sua própria neurose. Esses amores edípianos nada mais são que o desenvolvimento, com estardalhaço, da relação que o sujeito trava com a função fálica, ou seja, com a função paterna. [...] Neste sentido, a memória dos amores edípianos ganha toda importância, visto ser nessas vicissitudes que o sujeito negocia sua relação com o falo, isto é, sua adesão à conjunção do desejo e da falta. [...] Assim acontece para com a organização das estruturas perversas, obsessivas, histéricas e psicóticas, das quais se pode referenciar a posição, a partir de fatores favoráveis que intervêm nas interferências dos desejos recíprocos da mãe, do pai e da criança, em relação ao objeto fálico”. Ver Dor (1991, pp. 24-5) e também Leite (1994). Sobre o caráter do falo como “operador” dessa estrutura, diz Deleuze: “Em que consiste este objeto = x? [...] Consideremos a resposta psicanalítica de Lacan: o objeto = x é determinado como falo. Mas este falo não é, nem o órgão real, nem a série das imagens associadas ou associáveis: é o falo simbólico” (Deleuze, 1982, pp. 295-6).

O que significa essa formulação conceitual e gráfica?

Vimos mais acima que a *démarche* freudiana se interrompe no plano imaginário do “rochedo da (fantasia de) castração”, da qual o mito de Édipo é uma expressão universalizante. E vimos que a superação (*aufhebung*) lacaniana desse limite corresponde a concebê-lo – referindo-o às dimensões do Simbólico e do Real – como uma atribuição de sentido ao inefável da Falta.¹⁵

Ora, o que Lacan designa por “falo” – elevando à categoria de um conceito central uma expressão rara e imprecisamente presente em Freud – é, simultaneamente: por um lado, em sua expressão imaginária, como “falo imaginário”, o pênis; e, por outro lado, nos registros simbólico e real, um *locus* irredutivelmente vazio na estrutura, um “significante zero”, que sustenta a condição irremediável da Falta e a (interminável) sucessão de objetos (imaginários) e de significantes com que os falantes tentam supri-la, assegurando, assim, o movimento permanente da estrutura, a que a Psicanálise denominou “desejo”.¹⁶

É neste sentido que o falo atua com “operador”. Porque ele, ao mesmo tempo, articula os demais elementos estruturais; o faz em diferentes dimensões (real, simbólica e imaginária); articula estas diferentes dimensões ou registros entre si; e garante o movimento do conjunto da estrutura.

Assim, a estrutura quaternária apresentada acima expressa, simultaneamente: no registro imaginário, a “cena” da castração e seus elementos (criança, mãe, pai, pênis); e, no registro simbólico, a relação aí subjacente entre, respectivamente, sujeito, objeto, Outro (interditivo), e aquilo que circula entre estes elementos no processo dialético de constituição da subjetividade (o falo).

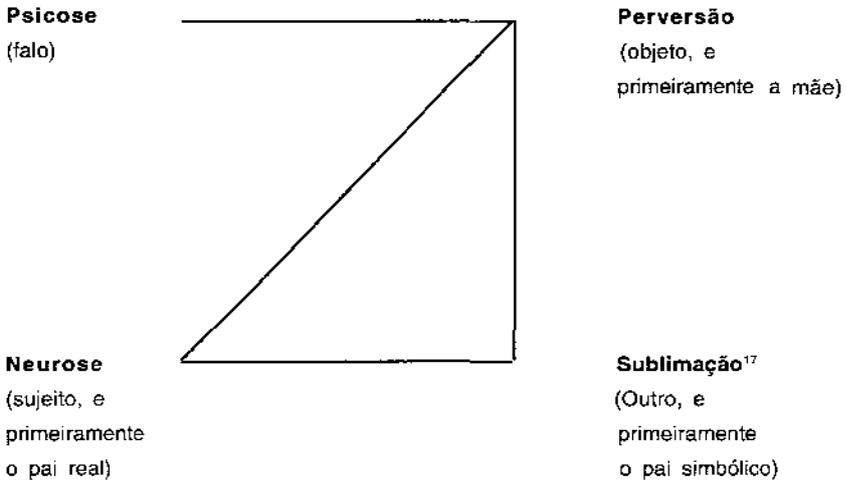
As “Estruturas Clínicas”: Neurose, Psicose, Perversão

As chamadas “estruturas clínicas” correspondem a formas de atualização dessa estrutura latente, através da identificação do sujeito aos seus diferentes *loci*. Processo no qual o sujeito a vir segue a alternativa que lhe é dada pela posição que ele já ocupa, previamente, frente ao “desejo da mãe”.

¹⁵ Sobre o caráter de “superação” (no sentido hegeliano do termo *aufhebung*) da relação entre Lacan e Freud, e sobre o papel aí desempenhado pela introdução lacaniana do paradigma R. S. I., ver, por exemplo, Julien (1990), Allouch (1990), e Gaufey (1992).

¹⁶ A respeito, ver, por exemplo, Nasio (1992, pp. 33-43) e Deleuze (1982).

Juranville (1987, p. 214) expressa assim este conjunto de possibilidades, sob o título “lugar da identificação imaginária nas diferentes estruturas existenciais”:



Como já indicamos anteriormente, nos três casos o que está em jogo é sempre a negação da castração, através de diferentes estratégias ou mecanismos, para cada um dos quais Lacan reservou termos distintos (que nem sempre apresentam a mesma significação, ou, às vezes, sequer uma significação precisa, em Freud¹⁸).

Assim, como aponta o esquema acima, a *psicose* corresponde à identificação *com o falo*. Ou, em outros termos, à temática do “ser o falo”, por oposição à temática do “tê-lo”, que vigirá nas demais estruturas.¹⁹

¹⁷ A concepção de Juranville, expressa aqui, da “sublimação” como uma quarta modalidade de estrutura clínica, distinta das demais, é uma concepção polêmica, pelo que não a consideraremos na seqüência deste texto. A nosso ver ela traz de volta uma perspectiva normativa que, como procuramos sublinhar, a noção de “estruturas clínicas” exatamente supera.

¹⁸ Ver, a este respeito, os verbetes “rejeição”, “recalque”, e “recusa” em Laplanche e Pontalis (1970).

¹⁹ Neste sentido, diz, por exemplo, Dor: “[...] isso implicaria retomar em detalhe toda a dinâmica edipiana, que se joga, como sabem, na *dialética do ser e do ter*, ou seja, esse momento que leva o sujeito, de uma posição em que está *identificado com o falo da mãe*, a uma outra posição, onde, renunciando a essa identificação, aceitando, então, a *castração simbólica*, ele tende a se identificar, seja com o sujeito *suposto não tê-lo*, seja, pelo contrário, com aquele *suposto tê-lo*” (ver Dor, 1991, p. 25, ênfases do autor).

Dito de outra forma: o que está em jogo, na base da estrutura psicótica – a partir da configuração do “desejo da mãe” aí em vigor, que aponta exatamente nessa direção – é algo como que a imposição de uma “barreira” à intervenção interditora do Nome-do-Pai. Uma “barreira” à intervenção dessa instância simbólica no sentido de desfazer a unidade fusional “totalizante” imaginária inicial (que é a princípio, mais do que isso, também uma unidade real) entre aqueles que viriam a ser, com isso, “sujeito” e “objeto”, num tal processo de constituição da subjetividade. Ou, em outras palavras: “filho” e “mãe”.

Obstaculizada essa intervenção simbólica, da Lei do pai, aquela unidade fusional imaginária inicial – de que a captura do *infans* por sua imagem no espelho é uma expressão experimental tornada célebre por Lacan – persiste. E é neste sentido que se diz que o psicótico está “identificado com o falo”, identificado com aquilo que falta radicalmente ao Outro.

Talvez se possa afirmar que esta é a forma mais radical, ou mais “bem-sucedida” de negação da castração. Na medida que, “identificado ao falo”, aquele que em outras condições viria a ser um sujeito não chega sequer a constituir-se como tal. O mesmo ocorrendo com aquele (aquela) que viria a constituir-se como objeto deste processo. Persistindo, com isto, a situação totalizante imaginária a que designamos há pouco como uma “unidade fusional”, entre o que talvez se pudesse chamar aqui, por isso mesmo, de “proto-sujeito” e “proto-objeto”.

Na base da psicose está, portanto, a ausência de uma operação simbólica – a “castração” (castração do Outro, expressa na álgebra lacaniana como $S(A)$) – que é crucial para a constituição das demais estruturas. Decorrendo daí as suas expressões fenomênicas (tanto do lado do psicótico – alucinações, delírios, “distúrbios de linguagem” etc. – quanto do lado dessa figura singular que é a “mãe do psicótico”²⁰).

Foi por esse motivo que Lacan lançou mão da expressão alemã, freudiana, *Verwerfung* (“traduzindo-a” por “*forclusion*”, em português “forclusão” ou “foraclusão”) da castração, ou do Nome-do-Pai, para designar *esse* processo de negação da castração típico da psicose. Como se sabe, o termo em francês (e seu correspondente em português) é de origem jurídica e significa algo como a perda de um direito por ultrapassagem do prazo legal para seu pleiteamento.²¹

²⁰ Uma dessas senhoras me dizia, na sua primeira manifestação sobre o pai de seu filho, ocorrida, por sinal, apenas muito tempo depois que comecei a ouvi-la: “Ele não valia nada !!! ...”.

²¹ Sobre a psicose, ver, por exemplo, Lacan ([1956], [1958]); De Waelhens (1990); Caligaris (1989); Juranville (1987, pp. 236 e ss.).

Nas demais estruturas, o que está em jogo já não é mais a temática do “ser”, e sim a do “ter o falo”, que a substitui.

Ou seja, ao contrário do psicótico, o neurótico e o perverso acedem originalmente à castração (sempre a partir do padrão do “desejo da mãe” em vigor em cada caso). E só “depois” disto é que a negam.

Assim, o falo, aqui, não é mais visto como identificado ao próprio sujeito (se é que é possível nos expressarmos desta maneira). Este não supõe “sê-lo”. A posição do falo está irremediavelmente deslocada para outro lugar no “desejo da mãe”. E o neurótico, assim como o perverso, aspiram a este lugar, por via de uma identificação a ele. Este lugar desde onde, já que não podem “ser” o falo, pelo menos podem supor “tê-lo”.

Mas, com isso, após terem acedido à castração, eles também voltam a negá-la, apenas que por outras vias, ou outros mecanismos.

Na estrutura *neurótica* este “outro lugar” – que, repetimos, é sempre apontado pelo “desejo da mãe” – corresponde ao que Juranville chama de “*pai real*” (mas que talvez devêssemos entender, mais precisamente, como “*pai imaginário*”). Que é suposto “ter” o falo, e ao qual o neurótico, por isso mesmo, se identifica.

Houve aqui, portanto, como dizíamos há pouco, um acesso inicial à castração, mas, “em seguida”, um movimento no sentido de supor a possibilidade de tamponá-la, de obturá-la, através desse objeto mítico – o falo – de que o “pai real”, e o sujeito por identificação a este, seriam portadores.

Lacan reserva para *este* mecanismo de negação da castração, próprio da neurose, o clássico termo “recaique” (*Verdrängung*).

Este movimento no sentido de “ter” o falo por via da identificação ao “pai real”, que caracteriza a neurose, pode se apresentar, como é sabido, através de pelo menos duas formas alternativas, que Lacan designa como “*tipos clínicos*”, a saber: o *histérico* e o *obsessivo*.²²

No caso do tipo clínico *obsessivo*, o que está em jogo é, efetivamente, a suposição de “ter” o falo. A partir de uma criança assim “falicizada”, com base no desejo insatisfeito de uma mãe que, diferentemente daquela do psicótico, acedeu à Lei do Pai (simbólico), mas que em seguida “sugere” ao filho a incapacidade do “pai real” de satisfazê-la, instando-o, com isso, a ocupar esse lugar.²³

²² Alguns autores como, por exemplo, Nasio (1991, pp. 70-2), parecem sugerir uma caracterização da *fobia* como um terceiro tipo clínico da estrutura neurótica. Mas esta é outra formulação polêmica, pelo que também não a consideraremos na seqüência deste texto.

²³ “Pôr em evidência que o *obsessivo* é um sujeito que se sentiu amado em demasia por sua

A conseqüência clínica de tal suposição – “ter o falo” – é o temor, a ela correlato, do risco permanente de perda desse “agálma”, desse bem tão valioso. O que está na base das manifestações fenomênicas da neurose obsessiva, com sua ritualização cuidadosa da vida, do mundo, seu permanente postergamento da satisfação do desejo, tornado assim “impossível” etc.²⁴

No caso do tipo clínico *histérico*, o que está em jogo não é, diretamente, a suposição de “ter” o falo (a partir de uma criança que, ao contrário do obsessivo, não foi assim “falicizada”²⁵), mas sim uma suposição subordinada a esta, dela derivada: a de *poder vir a “tê-lo”* um dia, num futuro sempre aspirado e idealizado.²⁶

Essa é a base das manifestações fenomênicas da neurose histérica, com sua marca central de insatisfação permanente e irredutível, seus esforços de falicização de partes do corpo, ou de sua totalidade etc.²⁷

Por fim, na estrutura *perversa*, o que está em jogo é uma identificação *com a mãe*, suposta “fálica”, ou seja, suposta como “tendo” o falo (que, no entanto, ao contrário do psicótico, o perverso não imagina “ser”).

Trata-se, com isto, de uma situação muito peculiar, já que, ao contrário do psicótico, e à semelhança do neurótico, houve aqui um acesso original à

mãe é apontar algo específico do ponto de vista da função fálica. De fato, o obsessivo se manifesta freqüentemente como um sujeito que foi particularmente investido como objeto privilegiado do desejo materno, ou seja, *privilegiado em seu investimento fálico.* Donde essa fórmula já evocada: ‘os obsessivos são os nostálgicos do ser’. Essa nostalgia tem o seu principal apoio na lembrança de um modo particular de relação que o obsessivo manteve com sua mãe. Seria, sem dúvida, mais exato dizer: que sua mãe manteve com ele. *Descobre-se sempre na história dos obsessivos a menção a uma criança que teria sido a preferida pela mãe, ou que pelo menos pôde, num dado momento, sentir-se privilegiada junto a ela*” (ver Dor, 1991, pp. 97-8). Ver também, no mesmo sentido, por exemplo, Lemaire (1989, pp. 281-2).

²⁴ Sobre a neurose obsessiva, ver, por exemplo, Lacan ([1961], cap. XVIII); Dor (1991, 4a parte); Duque Estrada e outros (1992).

²⁵ “Em todo sujeito histérico persistem, de forma mais ou menos invasora, os vestígios de *uma queixa arcaica que se desenvolve sobre o fundo de uma reivindicação de amor concernente à mãe.* De fato, o histérico *se viu freqüentemente como não tendo sido amado o bastante pelo Outro*, como não tendo recebido todas as provas de amor esperadas da mãe. Esta frustração de amor *inscreve-se sempre em referência ao jogo fálico.* O histérico investe-se, assim, nesta frustração, como um objeto desvalorizado e incompleto, ou seja, como um objeto derrisório para o desejo da mãe face ao que poderia ser, pelo contrário, um objeto completo e ideal: o falo” (Dor, 1991, p. 72). Ver também, no mesmo sentido, Lemaire (1989, p. 281).

²⁶ “Nessa *reivindicação do ter*, identificamos, evidentemente, alguns dos traços mais notáveis da histeria. [...] essa busca, ou mesmo conquista inscreve-se numa mesma dinâmica: *apropriar-se do atributo fálico de que o sujeito se estima injustamente desprovido*” (Dor, 1991, p. 67).

²⁷ Sobre a histeria, ver, por exemplo, Lacan ([1961], cap. XVII); Dor (1991, 3ª parte); Nasio (1991).

castração simbólica (à castração “do Outro”), e a conseqüente constituição de uma subjetividade no perverso, com todas as conseqüências que daí advêm. Mas, em seguida, este “recusa”, ou “desmente”, no plano imaginário, o fato da castração a que ele acedera, supondo que o “outro lugar” onde se situa o falo (que ele não “é”), é a própria mãe, com a qual, por isto mesmo, ele se identifica imaginariamente.

Por esse motivo Lacan utiliza o termo *Verleugnung* – que tem sido traduzido entre nós ora como “recusa” (Laplanche e Pontalis, 1970), ora como “desmentido” (Quinet, 1991) – para designar a especificidade deste mecanismo de negação da castração, constituinte da estrutura perversa.

O “fetichismo” é, como se sabe, uma das expressões clínicas mais clássicas desse fantasma da “mãe fálica”.²⁸

Conclusão

Vimos como, de Pinel a Lacan, a “nosologia” no campo das assim chamadas “doenças mentais” apresenta um duplo movimento. Inicialmente de constituição, e depois de desconstituição.

Assim, na Europa de fins do século XVIII são subordinadas ao campo médico (uma vez tidas como “doenças”) um conjunto de formas de existência vistas como socialmente inconvenientes a partir daquele contexto histórico e cultural. E tal subordinação se mantém, em seguida, apesar de que a plena caracterização de tais condições como “doenças” – de acordo com os rigorosos padrões que viriam a ser estabelecidos pela Medicina científica a partir do século XIX – tenha permanecido uma mera aspiração, ainda hoje perseguida pela Psiquiatria (atualmente dita “biológica”). Disciplina que se vê, neste sentido, como um subcampo (sempre) “atrasado” da Neurologia.

A obra de Freud se inicia no auge deste processo. Num momento em que, com base na Neurologia, a Psiquiatria pretendia ter começado a encontrar os fundamentos “científicos” das supostas “doenças das funções superiores do Sistema Nervoso Central”, de que ela se ocupava.

Mas a produção do autor viçense leva, ao contrário, a uma crise deste modelo de compreensão daquelas condições, e aponta para a sua superação.

Sugerimos neste texto que é somente com Lacan que tal superação se completa, no entanto, com a elaboração de um referencial teórico alternativo

²⁸ Sobre a perversão, ver, por exemplo, Dor (1991, 2a parte); Juranville (1987, pp. 228 e ss.); Escola Lacaniana de Psicanálise (1990); André (1995).

para a compreensão das formas de existência aqui em discussão.

A “releitura” lacaniana da Psicanálise leva, assim, no nosso entendimento, a um processo de desconstituição daquilo que se entendia como uma “nosologia” nesta área. Na medida em que o que vem ocupar este lugar é um conjunto de condições, ditas “estruturais”, que fogem ao modelo normativo da oposição saúde/doença, apresentando-se, ao invés disto, como meras possibilidades alternativas entre si, sem que nada fundamente um julgamento de valor entre tais alternativas. O que constitui, por sinal, uma das características da chamada “ética da Psicanálise”.²⁹

É sabido que – à exceção de um curto período no imediato pós-guerra, quando demonstrou, após uma viagem à Inglaterra, interesse por experiências inglesas de desospitalização –, Lacan não evidenciou nenhuma preocupação pelas questões ditas “institucionais” que marcam o campo da Psiquiatria nos últimos anos, com a discussão sobre a, assim chamada, “Reforma Psiquiátrica”. A ponto de – com sua habitual e cáustica ironia – ter caracterizado, nos anos 70, o movimento da chamada “Antipsiquiatria” como algo voltado a resolver um problema... dos próprios psiquiatras (Lacan, [1971]).

Mas, ainda que à sua revelia, nos parece, como procuramos demonstrar, que a obra de Lacan, ao pôr em questão, radicalmente, o estatuto daquilo que se coloca como objeto da Psiquiatria e da Psicanálise, pode funcionar como uma contribuição à fundamentação teórica das proposições antinosocomiais hoje em curso. As quais, embora marcadas pelo entusiasmo político dos seus “militantes”, nos parecem, por vezes, carentes de tal fundamentação. O que as torna fragilizadas nos duros embates com que têm de se defrontar contra a pesada tradição médico-jurídica da Psiquiatria.

²⁹ Ver, a respeito, Lacan [1960].

Referências Bibliográficas:

- ALLOUCH, J. (1990), "Freud Deslocado". *Dizer*, nº 2, agosto, pp. 69-79 (Escola Lacaniana de Psicanálise).
- ANDRÉ, S. (1995), *A Impostura Perversa*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- BERCHERIE, P. (1989), *Os Fundamentos da Clínica: História e Estrutura do Saber Psiquiátrico*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- BREUER, J. [1895], "Srta. Anna O.", in J. Breuer e S. Freud, *Estudos sobre a Histeria*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Freud, vol. II. Rio de Janeiro, Imago.
- CALIGARIS, C. (1989), *Introdução a uma Clínica Diferencial das Psicoses*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- CASTEL, R. (1978), *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro, Graal.
- DELEUZE, G. (1982), "Em Que Se Pode Reconhecer o Estruturalismo?", in F. Châtelet, *História da Filosofia. Idéias, Doutrinas*, vol. 8: "O Século XX". Rio de Janeiro, Zahar.
- DE WAELEHENS, A. (1990), *A Psicose: Ensaio de Interpretação Analítica e Existencial*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- DOR, J. (1991), *Estruturas e Clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro, Taurus-Tímber.
- DUQUE ESTRADA, D. et alii. (1992), *Neurose Obsessiva*. Rio de Janeiro, Letter.
- ESCOLA LACANIANA DE PSICANÁLISE. (1991), "Estrutura e Perversões". *Publicação Anual*, nº 1 (III Encontro do Campo Matêmico).
- FOUCAULT, M. (1972), *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo, Ed. Perspectiva.
- _____. (1987a), *Vigiar e Punir* (5ª ed.). Petrópolis, Vozes.
- _____. (1987b), *O Nascimento da Clínica* (3ª ed.). Rio de Janeiro, Forense-Universitária.
- FREUD, S. [1910], "Psicoanálisis (Cinco Conferencias Pronunciadas en la Clark University, Estados Unidos)", in *Obras Completas* (3ª ed.). Madri, Biblioteca Nueva, 1973, tomo II.
- _____. [1914], "Historia de una Neurosis Infantil (Caso del 'Hombre de los Lobos')", in *Obras Completas* (3ª ed.). Madri, Biblioteca Nueva, 1973, tomo II, pp. 1941-2009.
- _____. [1937], "Construcciones en Psicoanálisis", in *Obras Completas* (3ª ed.). Madri, Biblioteca Nueva, 1973, tomo III, pp. 3365-74.
- GAY, P. (1991), *Freud: Uma Vida para Nosso Tempo*. São Paulo, Companhia das Letras.
- JONES, E. (1975), *Vida e Obra de Sigmund Freud* (2ª ed.). Rio de Janeiro, Zahar.
- JULIEN, P. (1990), "Lacan, Freud: Um Encontro Faltoso". *Dizer*, nº 3, setembro, pp. 5-12.

- JURANVILLE, A. (1987), *Lacan e a Filosofia*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- LACAN, J. [1946], "Acerca de la Causalidad Psíquica", in *Escritos* (16ª ed.). Mexico, Siglo Veintiuno, 1990, tomo 1.
- _____. [1956a], "El Seminario sobre La Carta Roubada", in *Escritos* (16ª ed.). Mexico, Siglo Veintiuno, 1990, tomo 1.
- _____. [1956b], *O Seminário*. Livro 3: "As Psicoses" (2ª ed.). Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1988.
- _____. [1958], "De una Cuestion Preliminar a todo Tratamiento Posible de la Psicosis", in *Escritos* (16a. ed.). Mexico, Siglo Veintiuno, 1990, tomo 2.
- _____. [1960], *O Seminário*. Livro 7: "A Ética da Psicanálise". Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1988.
- _____. [1961] *O Seminário*. Livro 8: "A Transferência". Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1992.
- _____. [1971], *Le Savoir du Psychanalyste*. Utilizei uma tradução, para uso interno, da Biblioteca Freudiana Brasileira.
- LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.-B. (1970), *Vocabulário da Psicanálise*. Santos, Martins Fontes.
- LE GAUFEY, G. (1992), "Representação Freudiana e Significante Lacaniano". *Dizer*, nº 6, julho, pp. 62-82.
- LEITE, N. V. A. (1994), "O Conceito de Estrutura", in *Psicanálise e Análise do Discurso: O Acontecimento na Estrutura*. Rio de Janeiro, Campo Matêmico.
- LEMAIRE, A. (1989), *Jacques Lacan*. Rio de Janeiro, Campus.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1973), *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.
- MASOTTA, O. (1988), "Psicanálise e Estruturalismo", in *Introdução à Leitura de Lacan*. Campinas, Papirus.
- MILLER, J.-A. (1991), "La Logica del Significante", in *Matemas II* (3ª ed.). Buenos Aires, Manatíal.
- NASIO, J. D. (1991), *A Histeria: Teoria e Clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- _____. (1992), *Lições sobre os 7 Conceitos Cruciais da Psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- POE, E. A. (s/d), "A Carta Roubada", in *Poesia e Prosa*. Rio de Janeiro, Ediouro.
- QUINET, A. (1991), *As 4+1 Condições da Análise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- ROUDINESCO, E. (1989), *História da Psicanálise na França: A Batalha dos Cem Anos*. Vol. 1: "1885-1939". Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- STEGMÜLLER, W. (1977), "Filosofia da Evidência: Franz Brentano", in *A Filosofia Contemporânea*. São Paulo, EPU, vol. 1.