

Formas de apresentação do sofrimento psíquico: alguns tipos clínicos no Brasil contemporâneo

Christian Ingo Lenz Dunker

*Psicanalista, Doutor em Psicologia (USP),
Professor do Mestrado em Psicologia da
Universidade São Marcos.*

End.: R. Abílio Soares, 932, São Paulo SP

chrisdunker@uol.com.br

RESUMO

O presente artigo discute a tipificação do sofrimento psíquico no quadro dos discursos tendentes à homogeneização da subjetividade. Entendem-se por tipo clínico formas regulares de apresentação do sofrimento psíquico que se apóiam, em sua expressão, em diferentes estratégias discursivas. A tipificação opera gerando formas particulares de subjetivação onde sua tensão com o universal, que as determina, não aparece dialetizada. Exclui-se neste processo a singularidade como aspecto constitutivo do sujeito. Entende-se o discurso na acepção formulada por Lacan (1968). Utiliza-se a noção de cálculo neurótico do gozo (Dunker, 2003) para indicar as operações de ciframento e

organização discursiva do sofrimento pelo sujeito. O objetivo do estudo é descrever como tais tipos clínicos acabam por compor diferentes relações entre o sujeito, o saber e o gozo. Configurações estas que são congruentes com certas formações ideológicas contemporâneas, particularmente a estetização da subjetividade. Abordam-se alguns efeitos clínicos da tipificação do sofrimento psíquico no quadro da migração de saberes e retóricas específicas, em uma época marcada pela mercantilização da subjetividade. Apresenta-se, a seguir, um pequeno percurso clínico marcado por diferentes tipificações e, simultaneamente, pelos esforços de singularização.

Palavras Chaves: psicanálise, clínica, sujeito, estética, discurso

ABSTRACT

The present article argues the patterns of the psychic suffering in the picture of the tending discourses of homogenization of the subjectivity. One understands for clinical type regular forms of presentation of the psychic suffering that endorse in its expression, different discursive strategies. The patterns operates generating particular forms of subjectivity where its tension with the universal that determines it does not appear dialectically. The singularity is abstained in this process as constituent aspect of the subject. The discourse is taken in the meaning formulated by Lacan (1968). We take the notion of neurotic jouissance calculus (Dunker, 2003) to indicate the operations of discourse encrypting of the organization of the suffering by the subject. The objective of the study is to describe as such clinical types finish for composing different relations between the subject, knowing and the jouissance. Configurations these that are congruent with certain ideological formations contemporaries, particularly the estetization of the subjectivity. One approaches some clinical effects of the pattern of the psychic suffering in the picture of the shifting to know and specific rhetorical at this time marked by reification of the subjectivity. Is presented simultaneously to follow a small clinical passage marked by different patterns and by the efforts of singularization.

Key words: psychoanalysis, clinic, subject, aesthetic, discourse

Universal, particular, singular

O sofrimento psíquico foi tematizado de diversas maneiras pela psicanálise: sintomas, inibições, angústias, distúrbios de caráter, compulsões à repetição, são algumas de suas expressões mais freqüentes. Desenvolveu-se longamente a raiz estrutural que agrupa tais manifestações sob um mesmo regime etiológico, psicopatológico e até metapsicológico. No entanto, a tradição lacaniana, na qual se insere a perspectiva deste trabalho, tem dedicado pouca atenção aos modos de *apresentação* da variedade clínica do sofrimento psíquico, privilegiando geralmente seus modos de **representação**. Tal variedade está vagamente associada a uma apreensão descritivista e relativizante que foi objeto de crítica sistemática por parte de Lacan. Penso que esta recusa da experiência, presente em certas leituras do ensino de Lacan, equivoca-se quanto a alguns postulados envolvidos na apreensão do método estruturalista e de seu corolário lógico-formalista. Não abordarei este ponto dadas as pretensões do presente estudo, mas é no âmbito desta crítica que utilizaremos a noção de **estilo clínico** para situar algumas formas de subjetivação do mal-estar no Brasil contemporâneo.

Subjetivação refere-se aqui ao processo de apropriação discursiva através do qual o mal-estar é singularizado, adquirindo assim a forma de uma demanda, de uma queixa ou de um clamor. Por singularização, entende-se a forma única como o universal da falta e da finitude, que caracteriza o sujeito em psicanálise, se dialetiza com o particular representado pela história de um grupo e pelas vicissitudes próprias de um determinado sistema simbólico, onde o sujeito se constitui. O singular pode ser assim aproximado da noção de estilo, produto dialético entre as formas particulares de um gênero com as disposições universais da linguagem.

Ora, construir algo como o catálogo dos modos de expressão desse clamor é uma conjectura impraticável, por um lado e parcialmente inútil, por outro. A literatura, neste sentido, abordou historicamente tal tarefa com maior desenvoltura que a psiquiatria ou a psicologia. No entanto, tal conjectura é extensa e intrinsecamente produzida pela cultura pós-moderna, com seus dispositivos de localização, captura e produção de gozo. Ou seja, o problema da

singularidade do sofrimento psíquico só pode ser apropriadamente enfrentado, se levamos em conta as políticas de gozo, no qual os discursos produzem e reproduzem subjetividade. Contemporaneamente, tal política se caracteriza por estratégias discursivas marcadas pela dedução do universal ao particular ou pela projeção do particular em universal. De modo que a nomeação das formas de sofrimento psíquico, segundo um vocabulário estável e normativo, apóia-se na exclusão da singularidade e no evento, que caracteriza a estrutura dramática no qual o sofrimento psíquico pode ser apreendido. Nisso, tal estratégia de nomeação se reproduz na razão direta de sua assimilação ao discurso capitalista, do qual faz parte e extensão. A mercantilização do sofrimento psíquico apóia-se, portanto, em uma confiança na tipificação.

O fato é que a inclusão num **tipo clínico** tem efeitos sobre o sujeito. Dizer a um paciente que ele sofre de tuberculose não tem efeitos sobre a própria tuberculose. Dizer a um paciente que ele sofre de uma neurose obsessiva interfere e tem conseqüências sobre a própria neurose obsessiva. Afirma-se, com isso, que a dor psíquica transforma seu modo de apresentação quando é redescrito num novo universo de linguagem. Disso decorre que a sua própria apresentação discursiva faz parte constitutiva do sofrimento. Ou seja, o sofrimento psíquico não é um referente que pode ser indistintamente descrito sem que, com isso se altere sua natureza mesma. Isso porque o mal-estar, singularizado pelo significante, convoca o sujeito, implicando, alienando ou separando sua porção de desejo. Como a etnopsiquiatria tem mostrado (Laplantine, 1998), é uma característica universal das práticas de cura psíquica, de inspiração mágica ou sugestiva, a substituição da teoria da doença, presente no paciente, pela que é oferecida pelo terapeuta. Isso implica em uma desconstrução gradativa dos esquemas de significação que sustentam a apresentação do mal-estar frente a uma concorrência retórica com um dispositivo mais poderoso. Apóia tal asserção a observação histórica de que a própria psicoterapia tem uma de suas origens no ocidente, na escola médica de Epidauro, onde era considerada como um ramo da retórica. O tratamento moral, proposto por Pinel, nas origens da psiquiatria moderna é um outro adendo que se pode encontrar para esta idéia. Deve-se entender por

retórica, neste contexto, não apenas a persuasão por meio do saber, mas também a cena discursiva mais ampla da cura, que envolveria a oratória, a autoridade, e a memória. É por isso que, se há, concomitantemente, interferência de assinalamentos corporais, a eficácia simbólica do dispositivo aumenta (Lèvi-Strauss, 1956). Ocorre que, diante de uma estratégia de universalização e homogeneização das formas retóricas de apresentação dos sintomas, em escala planetária, apoiado por uma política de saúde mental hegemônica, tal substituição de universos simbólicos entra em colapso, pois perde seu enraizamento, seu poder de singularizar a experiência (*Ehrfahrung*).

A estetização do sofrimento psíquico

A psicanálise, no entanto, se distinguiria das práticas de cura fundadas na substituição de universos simbólicos, ou seja, na retificação do saber, investindo suas forças numa estratégia de retificação do sujeito. Caberia perguntar ainda sobre a estratégia da psicanálise no quadro atual das políticas de gozo. No que toca ao tipo clínico, esta estratégia passa pelo questionamento e transformação da gramática, que comanda a “forma de vida” na qual se incluem os modos de apresentação do sofrimento, mas também o gozo que nele se articula. Podemos supor que as práticas de cura por substituição simbólica, por sua vez, alteram apenas a semântica desta “forma de vida”, deixando a sua gramática intacta. Uma consequência da aceleração do processo substitutivo, fruto da capitalização do saber sobre o mal-estar, é a produção de um sofrimento cada vez mais refratário à singularização. Nessas trocas de saber, acrescenta-se um mais-de-gozo, em tudo similar à agregação de valor própria da mais-valia. Como observou Lacan (1964, p. 202):

(...) o psicanalista deve-se dar conta de que aquilo que o ato sexual cria como problema não é social, mas vem do fato de que, no inconsciente algo funciona como ‘valor de troca’ e que é pelo viés da sua falsa identificação ao ‘valor de uso’ que é fundado o ‘objeto mercadoria’.

Aquilo que funciona como valor de troca no inconsciente é o falo, ou seja, o significante que representa a falta, o que funciona como valor de uso é o gozo. O cálculo neurótico do gozo efetua uma falsa identificação entre os dois, produzindo assim o “mais de gozar” cujo objeto funciona como uma mercadoria (Dunker, 2002). Tal objeto-mercadoria guarda, dentro de si, a contradição que o originou, apresenta-se assim como um objeto insustentável, paradoxal, fracassante, formando o dispositivo sintomático clássico pelo qual se pode ter acesso ao desejo.

Mas o que aconteceria, se esta “falsa identificação”, ao invés de produzir um objeto-mercadoria fetichizado, fosse levada ao extremo de estetização onde nem mais o valor de mercadoria nele se reconhecesse? Estaríamos às voltas, neste caso, com uma situação na qual o cálculo do valor ético, político ou epistêmico, no qual o gozo se ordena e distribui, é substituído pelo cálculo estético, em uma espécie de transvalorização de todos os valores. Ou ainda, como diz Hannah Arendt (1995), uma época em que a aparência se torna a própria essência e a falsidade reside apenas na utopia, na transcendência e nas proféticas ou míticas narrativas ainda não conscientes de seu próprio aprisionamento, no aqui e agora. É exatamente esta imaterialização do capital, que se adensa em torno do valor da marca, do logotipo, do direito autoral, por exemplo, que tem caracterizado a pós-modernidade (Zizek, 2003). Por que não pensar que processo semelhante estaria em curso em relação à psicopatologização do sofrimento psíquico? Não seria ainda o caso de imaginar que, neste processo, a estetização seria o melhor universal para esta produção em série de tipos de mal-estar? Segundo Eagleton (1993), a ideologia estética de nossa época funciona como uma espécie de política negativa, substituindo o sujeito pelo corpo, a emancipação pela micropolítica (multiculturalista ou fundamentalista, por exemplo) e o saber narrativo pela técnica:

Talvez tudo deve se tornar estético. A verdade, o cognitivo, torna-se aquilo que satisfaz a mente (...) A moral é convertida numa questão de estilo, de prazer ou de intuição. Como viver sua vida de forma mais adequada? – Tornando-se a si mesmo uma obra de arte – é a resposta. (Eagleton, 1993, p.206)

Surge assim um enquadramento do gozo, que funciona fora de qualquer nomeação, anônimo e ilocalizável, cernido pelo universal estético. Inversamente, encontramos políticas locais de tipificação que se encarregam de sua administração e controle. Em outras palavras, a falsa liberdade induzida pela estetização de si tem seu corolário na falsa igualdade representada pelos tipos clínicos.

O paciente profissional

Admitindo que a cultura no Brasil contemporâneo está sob o impacto desta tensão ideológica, e que tal tensão traz consigo uma narrativa básica de expressão do mal-estar, poderíamos descrever alguns tipos clínicos que lhe parecem consoantes.

Temos em vista quatro situações clínicas que se prestam a exemplificar a presença disto no cenário brasileiro das políticas de subjetivação. Primeiro, o que podemos chamar de “**pacientes profissionais**”, ou seja pessoas que circulam pelos mais variados discursos e práticas à procura de um saber que resista à sua substituição por outro. De práticas terapêuticas alternativas a discursos de auto-ajuda, de dispositivos para-religiosos a técnicas de salvação, modelagem e enriquecimento de suas “formas de vida”. Inclui-se neste caso também o fenômeno da migração religiosa, onde sucessivas conversões compõem um trajeto de trocas, saber cada vez mais ligado à instrumentalidade da crença religiosa, ou seja, uma religiosidade de resultados.

Esta estratégia retórica é patente em inúmeros discursos de auto ajuda, especialmente de inspiração orientalista. Tipicamente tais textos começam por um apelo à importância de valores não materiais e da necessidade do cultivo de certas virtudes ou práticas. Aprofundam-se aqui as ligações do sujeito com sua experiência estética, geralmente ligada à natureza ou a uma auto observação do cotidiano. A seqüência do argumento conduz invariavelmente às inúmeras vantagens que esta “nova forma de vida” traz para quem nela se engaja: sucesso, resultados e enfim toda a gama de valores recusada na abertura.

O fenômeno já fora descrito na sociedade americana da década de 70, em associação às chamadas personalidades narcísicas. O similar brasileiro dos anos 90 comporta uma diferença significativa: em vez da queixa difusa sobre um certo “vazio” de existência e seu correlativo sentimento de tédio, vemos apresentar -senos “pacientes profissionais” a entrega a certas compulsões esteticamente orientadas. Cinema, televisão, internet, enfim, o mundo da imagem parece oferecer um substituto que não é mais um saber narrativo, mas uma vivência (*Erlebnis*) ligada a um consumo disperso e generalizado de práticas. Se o narcisismo dos anos 70 parecia orientar-se para uma estética do eu (*moi*), nossa época reverte a situação para um narcisismo concentrado na imagem do objeto especular [i(a)]. Se o primeiro tempo se fazia acompanhar do processo sociológico de individualização, o segundo refere-se mais a uma objetificação estética, a transformação de cada um em uma marca, ou seja, um estilo que se degrada em tipo.

O que entra em colapso, neste caso, é a proporcionalidade entre o elemento que veicula o gozo, ou seja o saber (S2), e o elemento que o torna descontínuo, que o detém temporalmente, ou seja o que Lacan (1968) chamou de significante mestre (S1). O cálculo neurótico do gozo funciona, aqui, como uma espécie de dízima periódica, uma divisão contínua que sempre apresenta um resto não assimilável ao saber. Neste tipo clínico, tudo se passa como se o saber, decomposto em circulação de imagens, tornasse o gozo imune a qualquer forma de detenção, escansão ou suspensão. Periodicamente, o meio de gozo deve ser substituído por um novo semblante superegóico.

O consumidor unicista

O tipo clínico inverso é representado pelo que poderíamos chamar de “**consumidor unicista**”. A sociedade da proliferação de objetos produz não mais em série, mas em rede. A oferta daí decorrente suporta-se na especialização do gozo. A semântica do gozo, neste caso, não é substituída por um novo universo de aparelhamento, mas reduzida e indexada. As “formas de vida” tornam-se uma espécie de finito incontável. A escolha do gozo torna-

se assim uma tarefa mediada por especialistas, dada sua complexidade. Uma vez realizada, ela torna-se suficiente para tipificar o sujeito. É neste cenário que a adesão ao objeto insubstituível, a não ser por ele mesmo, torna-se uma estratégia possível. O “consumidor unicista” é aquele que adere a uma forma precisa e única de vivência (*Erlebnis*) que não se define pelo saber que a envolve, mas pelo objeto. Podemos pensar no alcoólatra ou no drogadito como seu caso extremo, mas há também, como mostrou Giddens (1996), consumidores de certas formas de intimidade, consumidores de certos tipos de discurso ou entretenimento. Aqui o característico para a descrição do tipo clínico é a fixação do significante mestre ao objeto mais de gozar.

O cálculo neurótico do gozo, neste caso, entra em colapso pelo paradoxo representado pela idéia de trocar algo por si mesmo. A detenção de gozo, produzida na relação com o saber transforma-se em detenção no gozo, num tipo específico de gozo, monótono, inútil e autístico. O consumo endêmico de drogas, nas grandes metrópoles brasileiras, admite inúmeros ângulos de compreensão, mas, entre estes, podemos destacar a situação ocasionada pela extensiva perda ou ruptura dos universos simbólicos, de enraizamento, filiação e pessoalização. Neste caso, não há substituição de saber (S2) mas fixação ao imperativo de gozo (S1 = a).

No filme **Invasões Bárbaras** (2003), há uma cena onde uma jovem, dependente de heroína, administra, pela primeira vez, uma dose da droga em um professor à beira da morte. Este professor, que passara a vida migrando de uma forma de gozo a outra, em paralelo com suas migrações teóricas, escuta da jovem que ele deve prestar muita atenção e aproveitar ao máximo esta primeira vivência. O que vier depois será apenas uma tentativa de encontrar esta primeira dose mais uma vez. Esta idéia de uma única e jamais repetível vivência, que engendra sua reatualização em simulacros dos quais não se pode mais abrir mão, encontra-se amplamente na retórica da degradação da vida amorosa, mas também na retórica da reatualização da juventude.

O corporalista

O terceiro tipo clínico, que pode ser descrito como emergente na cultura brasileira contemporânea, caracteriza-se por uma negação da estratégia dos anteriores. Negação do excesso de saber, por um lado, e negação do congelamento à mesmidade de gozo, por outro. Trata-se de uma espécie de radicalização da histeria na sua apresentação clássica, uma corporalização onde o significante fálico, a moeda neurótica de ciframento do gozo, se vê convertida na reificação da imagem do corpo. Ao invés de manter nesta reificação um acesso simbólico ao desejo, o tipo clínico em questão constrói um objeto universal, como resposta a uma demanda superegóica universalizada. Pode-se definir tal estratégia como uma resposta ao excesso denunciando nele o que se encontra fora do valor.

O corpo como valor é um dos paradigmas da estetização que atravessa a cultura contemporânea. Neste caso, a imagem do corpo, recebida a partir deste olhar universal, é levada até o mais além do valor, posto que irreduzível ao campo fálico. Este mais além do valor podemos chamá-lo de “nada”, pois ele não é contável pela lei da equivalência universal prescrita pelo falo. Lacan (1958) já afirmara a anoréxica como nada, e é neste nada que ela se transforma ao olhar do Outro.

Na lógica das sociedades pós-capitalistas, ou ultracapitalistas, a toda falta corresponde um objeto ou um saber, a todo sacrifício uma restituição, a todo sofrimento um dispositivo de bem-estar. Pois é nesta totalidade da economia fálica que o presente tipo clínico responde com um fora-do-valor. Não se trata do resto, do objeto imprestável, dejetado de um determinado processo, mas o que por definição escapa ao processo: o nada, o gratuito. Fazer-se nada para o Outro ou fazer do outro nada, são as duas principais variantes deste tipo clínico. No primeiro caso, encontramos as dismorfias corporais, a anorexia nervosa e os casos de mutilação recorrente, plástica ou não, além da bulimia. Uma pesquisa recente (Dunker, 1999) mostrou que 21% das adolescentes de escolas de classe média alta de São Paulo, apresentavam traços indicativos de anorexia ou até mesmo anorexias completas. O dado não se replica em adolescentes da classe baixa, o que parecer seguir uma tendência geral de incidência do quadro em

culturas marcadas pelo excesso de consumo.

A isso se deve acrescentar a forma peculiar como a riqueza se mostra em nosso país. Ela se aproxima bastante do que foi descrito por Veblen (1973) para a elite americana em ascensão no início do século: capacidade de desperdício como signo de poder, ostentação generalizada, incapacidade de produzir um saber mínimo capaz de autolegitimar sua condição, ritualização artificial do estilo de vida e renegação das formas de vida e valores da origem ancestral e social. Esses elementos oferecem indicativos para compreender por que diante da cultura do excesso tais pacientes parecem entrar em uma espécie de colapso da função fálica. Não há recurso simbólico no campo do Outro para que se isole neste um significante que represente a falta e que, ao mesmo tempo, seja imune à sua comensurabilidade com o objeto.

A imagem do corpo funciona assim como o semblante ideal para a operação de redução do sujeito ao objeto ($S = a$), um objeto subjetivado, enfeitado, torna-se assim estético em toda a sua extensão. Aqui a redução do universal ao tipo particular mostra-se problemática.

O normalopata

O quarto tipo clínico que vem chamando a atenção de psicanalistas é bem representado pela figura do errante. Isso não significa desajustamento, inadaptação ou descontextualização subjetiva, pelo contrário, a figura que queremos evocar está mais próxima do que Barros (1999) chamou de normalopata, em alusão à sua excessiva normalidade. Sujeitos para os quais a loucura constitutiva da ordem humana não parece colocar questão até sua irrupção súbita e imotivada. Bom exemplo desta trajetória se encontra, por vezes, em pacientes com a chamada “síndrome do pânico”. Fenomenologicamente, trata-se do quadro isolado por Freud (1895) da neurastenia, e denominado por ele de “neurose de angústia”. Seus principais sintomas, tais como o sentimento de despersonalização, a sensação de morte iminente, as inesperadas crises de angústia e a hipersensibilidade corporal apontam para o que Lacan chamou de

afânise ou desapareção do sujeito. Em outras palavras, trata-se de uma desproporção entre o sujeito e o desejo.

Os sintomas são marcados pela imprevisibilidade e pela iminência de um acontecimento disruptivo e inominável. O paciente parece se ver diante de uma profusão de signos, objetos, saberes, sem que estes ofereçam possibilidade de subjetivação. Pode ser “qualquer um” o que indiretamente significa “nenhum”. O gozo não pode ser calculado na função fálica ou cifrado pelo significante mestre, pois não há efeito de sujeito que a ele corresponda. Há, no seu lugar, ruptura da identificação a uma forma de vida estável, onde tudo está em seu lugar. É por isso que no discurso de tais pacientes, apesar do trabalho associativo, de rememoração e até de transferência, o saber assim produzido parece ineficaz e refratário à transformação da posição subjetiva. O problema é similar ao que se pode notar nas formações psicossomáticas, só que, neste caso, o retorno incide sobre o corpo. É curioso que tal tipo clínico traga consigo, geralmente, uma “forma de vida” marcada pela velocidade ocupacional. O episódio agudo de estranhamento geralmente ataca existências excessivamente ordenadas, disciplinadas e onde nenhum significante parece escapar ao campo do Outro. Temos então uma conjunção estável do discurso (S1 – S2) subitamente rompida pela aparição da angústia. Fato curioso neste tipo clínico, reside no efeito produzido pela nomeação do sofrimento psíquico. Saber que se trata de uma síndrome, que outros passaram pela mesma experiência, que ela está indexada e é conhecida pelo discurso terapêutico possui um efeito estabilizador. Vê-se assim como a inscrição no tipo tem efeitos.

Outra vertente desta estratégia de tipificação encontramos nos inúmeros grupos de ajuda, a começar pelos Alcoólatras Anônimos, que fornecem um modelo para inúmeros outros grupos congêneres. Nestes, o primeiro passo é sempre reconhecer-se decididamente como membro de uma categoria, admitir sua condição como um fato incontornável, biológica e naturalmente determinado. Este gesto de “inclusão” parece reestabilizar a normalopatia.

Sociologicamente, o normalopata pode ser associado à emergência da sociedade de massas. No caso do Brasil, tal processo parece produzir um colapso das tradicionais formas de pessoalização

das relações econômicas, políticas e éticas, que confundem o público e o privado, trazendo uma série de problemas: clientelismo, aplicação diferencial da lei, corrupção. Ao mesmo tempo a comunidade, organizada por vínculos pessoais, porta os ganhos próprios desta forma de organização social: estabilidade, segurança e proteção. A passagem do modo de subjetivação centrado na pessoa para seu centramento no “mero indivíduo”, como aponta Figueiredo (1992) não se fez, no Brasil, pela consolidação do projeto liberal, e sua figura básica de subjetivação, a saber, o sujeito entendido como ser de autonomia, autotransparência e autolimitação diante de uma lei formal. Então se passa à sociedade dos “meros indivíduos”, sem que ao mesmo tempo, a cultura produza os repertórios narrativos, os saberes e práticas liberais que em outros lugares, ofereceram uma espécie de ideologia de transição para tal processo. O pânico acusa esta lacuna do sujeito, não só em sua acepção sociológica como psicanalítica.

Um percurso clínico

Os quatro tipos clínicos aqui descritos capturam aspectos distintos do impacto da ideologia estética sobre os modos de subjetivação do sofrimento. Para o “paciente profissional”, trata-se da atitude do crítico que procura reconstruir, com seu discurso, o vazio de experiência da obra de arte. Para o “consumidor unicista”, trata-se de fixar a estase produzida pela obra na eternização do instante. No caso do “corporalista”, trata-se do corpo feito obra de arte. Finalmente, no caso do pânico encontramos figurada a abolição do sujeito. É importante salientar que os tipos clínicos representados pelo pânico e pelo “paciente profissional” são altamente reativos ao saber e à retradução de universos simbólicos, enquanto os tipos representados pelo “consumidor unicista” e pelo “normalopata” se mostram mais refratários a qualquer movimento neste sentido. Isso pode contribuir para explicar uma parte do fracasso das campanhas públicas, das tentativas de esclarecimento ou das intervenções pedagógicas dirigidas ao consumidor de drogas ilegais. Afinal, elas exploram e se apóiam nas mesmas estratégias de colonização estética que modelam a apresentação destes tipos de sofrimento.

Inversamente, o sucesso de intervenções, clínicas ou não, orientadas pela instalação do indivíduo num novo universo simbólico, tais como os Alcoólatras Anônimos, grupos ou cooperativas de Encontro, conversões religiosas e similares se explicam parcialmente pelo corte que esta estratégia introduz na estetização destas formas de vida. Geralmente, tais iniciativas são presididas pela reinstalação de valores conservadores, mas que, não obstante, recolocam nitidamente a separação entre a ordem de problemas éticos, epistêmicos e políticos em relação ao campo da estética.

No caso do “normalopata” e do “paciente profissional”, a questão da subjetivação e, conseqüentemente, da separação do Outro, assume primazia. Podemos entender a eficácia de certas intervenções a partir da instalação e sustentação de um significante mestre como enigmático, insensato ou paradoxal. É o lugar ocupado, muitas vezes, pela nomeação psiquiátrica do mal-estar, que inclui e identifica o sujeito a um campo, mesmo que patológico, e simultaneamente é incapaz de ser completamente assimilado a um saber. Para muitos pacientes, basta carregar consigo a caixa do medicamento prescrito, ou o telefone do médico encarregado, para que as crises de pânico desapareçam. Também no caso do “paciente profissional”, basta que se encontre um saber que não faça totalidade, para que a migração se interrompa.

Um breve percurso clínico pode ilustrar resumidamente a incidência dos tipos clínicos que apresentamos. Trata-se de uma paciente oriunda de um Estado pobre e tradicional que vem residir em São Paulo. Um imaginário de independência e autonomia cerca sua assimilação à metrópole. Um estilo de vida próprio é então construído, seus gostos são imediatamente normatizados segundo o novo espaço e ela descobre, então, que deve possuir uma “personalidade” para sair-se bem. Chega assim ao tratamento sem nenhuma queixa aparente. Simplesmente vem fazer análise como as pessoas “chiques” que conhece, fazem. Paralelamente, consome saberes parareligiosos e de auto-ajuda, associados à ascensão e sucesso social. Uma pontuação torna evidente, neste momento, como tal projeto de “renascer neste novo lugar” implica uma negação sistemática da forma de vida construída em sua cidade natal. Uma breve depressão se instala e ela passa a viver um período de

desorientação que é interrompido pela integração a um grupo de amigos com quem pode se abrir e ser espontânea. O grupo se organiza, entretanto, em torno do consumo de drogas. É um grande alívio não ter de representar o tempo todo, poder ser espontânea. Uma associação entre a sensação produzida pela droga e uma situação infantil que culmina na morte de um animal de estimação a faz reencontrar-se com o signo da interdição paterna. Três meses depois, ela retorna ao tratamento. Agora traz uma queixa organizada: como faço para encontrar “alguém” ? A solidão e a sensação de que algo falta é imediatamente traduzida em “algo falta na imagem de meu corpo”. Inicia um ciclo de exercícios, regramentos alimentares e remédios para emagrecimento. Ao mesmo tempo, evita cuidadosamente qualquer situação em que possa encontrar “alguém”. Frequenta clubes homossexuais, interessa-se pela causa GLS (Gays, Lésbicas e Simpatizantes), na condição de simpatizante. Logo fica claro que isso lhe permite acesso ao universo da imagem do corpo e da sedução, sem ao mesmo tempo nenhum risco. Uma intervenção faz vacilar esta certeza, mas não o suficiente para impedir o surgimento de novos indicativos anoréxicos. A aparição de um interesse por “alguém” no seu trabalho interrompe este processo. Um rápido encontro sexual é sucedido, então, por um desinteresse sem explicação aparente. Entrega-se ao trabalho, onde consegue uma ascensão digna de nota. O sucesso, antes tão imperiosamente buscado, torna-se agora algo sem importância diante da rotinização de sua vida diária. Cultiva plantas, adquire um animal de estimação e criteriosamente ocupa sua casa com objetos planejados para, finalmente, garantir a posse do “seu lugar”. Este momento de estabilização é subitamente rompido por um ataque de angústia durante uma viagem de avião. Trata-se de um incidente isolado, mas a partir do qual ela pode se engajar efetivamente em sua análise.

Conclusão

O interesse desta breve trajetória é indicar como esta paciente migra pelos quatro tipos clínicos destacando-se em cada um deles, uma incidência do traço estético como articulador imaginário: o estilo da metrópole, a fruição das drogas, o corpo completo e o lugar ideal

constituem uma série de alienações, um deslocamento da forma apresentativa do sofrimento psíquico, que sucessivamente acusa o colapso do cálculo do gozo, inicialmente pelo saber, em seguida pelo significativo mestre, depois pelo objeto e finalmente pelo sujeito

Como afirmara Freud, os sintomas devem ser apreendidos como obras de arte, paciente e laboriosamente construídas pelos pacientes, feitas para escamotear e revelar o desejo, contendo a fantasia, em si, o processo de sua formação simbólica. Mas também os sintomas, e principalmente o seu envelope formal, representado pela queixa, possuem uma política. Uma política feita de resistência, repressão e recusa, não só à “moral sexual civilizada”, mas também à “estética sexual pós-civilizada”. É no veio crítico à consolidação da totalidade que tais tipos clínicos mostram sua força. Totalidade representada pelo mercado, pelo gozo ou pelo universo de saber, mas totalidade subvertida pelo cálculo neurótico em questão. Como afirma Eagleton (1993), a estetização da cultura é correlativa do declínio da obra de arte enquanto ação política. Ela não só se transforma em mercadoria, mas numa mercadoria especial, onde o valor de uso perde completamente sua relação com o valor de troca. É exatamente este desemparelhamento que as formas de apresentação do sofrimento psíquico denunciam. Menos do que um efeito, que refletiria, sem deformação, a forma social dominante, preferimos localizar nestes tipos clínicos formas de subversão da totalidade estética de nossos tempos.

Neste sentido, quando uma parte significativa da teorização psicanalítica contemporânea, no Brasil, se dedica a estetizar o tratamento analítico, não podemos deixar de considerar tal projeto suspeito, do ponto de vista político, e estéril, do ponto de vista clínico. Significa, indiretamente alimentar o paciente com aquilo que o está envenenando. A valorização da experiência, como vivência, o ideal de autoenriquecimento, a criatividade como paradigma e o estilo, como seu corolário, são teses de grande receptividade cultural, o que, por si, já deveria levantar nossas suspeitas. Como mostramos em pesquisa anterior (Dunker, 1998), a ideologia estética na psicanálise assume incidências teóricas, institucionais e clínicas, mas que se enraízam sempre na tensão que encontramos na obra freudiana, entre uma ética da eficácia e uma ética da excelência. Nos

movimentos da teoria psicanalítica brasileira, vemos ora uma tendência ao hegemonismo da eficácia, o que reduz a psicanálise a uma mera terapêutica, ora uma hegemonismo tendente a excelência, o que reduz a psicanálise a um subproduto da ideologia estética. Ambas as estratégias recusam a contradição sobre a qual se erige seu problema.

Bibliografia

- Arendt, H. A. (1995). *Vida do espírito*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Barros, L. F. (1999). *Os normalopatas: Não matei Jesus e outros escritos*. Rio de Janeiro: Imago.
- Birman, J. (1997). *Por uma estilística da existência*. Campinas, SP: Editora 34.
- Dunker, C. I. L. (1997). Psicanálise e teoria do valor. *Revista Interações*, 1(4), 87-99.
- Dunker, C. I. L. (1998). Crítica da ideologia estética em psicanálise. In I. Carone (Org.), *Psicanálise fim de século* (pp. 57-87). São Paulo: Hacker.
- Dunker, C. I. L. (2002). *O cálculo neurótico do gozo*. São Paulo: Escuta.
- Dunker, K. L. L. (1999). *Padrões alimentares em adolescentes de São Paulo*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Eagleton, T. A. (1993). *Ideologia estética*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Figueiredo, L. C. (1992). *A Invenção do psicológico: Quatro séculos de subjetivação 1500-1900*. São Paulo: Escuta/Educ.
- Freud, S. (1988). *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angústia"* (Obras Completas, Vol. 3). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1895).

- Gidens, A. (1996). *Transformações da intimidade*. São Paulo: Unesp.
- Lacan, J. (1964). *O Seminário: Livro XIV: A lógica do fantasma*. Texto não editado.
- Lacan, J. (1995). *O Seminário: Livro XVII: O Averso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1968).
- Lacan, J. (1997). Direção da cura e os princípios de seu poder. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 591-653). Rio de Janeiro: Zahar.
- Laplantine, F. (1998). *Aprender etnopsiquiatria*. São Paulo: Brasiliense.
- Lèvi-Strauss, C. (1984). A eficácia simbólica. In C. Lèvi-Strauss. *Antropologia estrutural I* (pp. 215-236). Rio de Janeiro: Tempos Modernos.
- Mahony, P. (1996). O lugar da psicanálise na história do discurso. In P. Mahony, *Psicanálise e discurso* (pp.68-97). Rio de Janeiro: Imago.
- Veblen, T. (1973). *The theory of the leisure class*. Boston: Houghton Mifflin.
- Zizek, S. (2003). *Bem vindo ao deserto do real*. São Paulo: Boitempo.

Recebido em 28 de outubro de 2003

Aceito em 11 de novembro de 2003

Revisado em 05 de fevereiro de 2004