

O SUJEITO QUER UM NOME: O ESPECTRO BIPOLAR E O DISCURSO CAPITALISTA

Jamile Luz Morais

Doutoranda do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA), especialista em Oncologia na Modalidade Residência Multiprofissional em Saúde pelo Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), em parceria com a Universidade Federal do Pará (UFPA), psicóloga.
E-mail: jamile.luz.morais@gmail.com.

Resumo: Este artigo apresenta discussões preliminares em torno do aparelhamento de gozo no discurso capitalista, tomando como referência o fenômeno do espectro bipolar. Este, por conseguinte, reflete um movimento que, representado pela psiquiatria moderna, vem propondo um novo paradigma na compreensão do transtorno de humor bipolar. Trata-se de um modelo pautado na abordagem dimensional, a qual concebe os transtornos mentais, em especial o transtorno bipolar, de modo mais amplo, ou seja, ao longo de um *continuum*. Demonstramos que essa abordagem traz consequências no que diz respeito ao estatuto do sujeito, na medida em que agora poucos escapam à norma, podendo ser enquadrado como portador de um transtorno bipolar. Discute-se, a partir do discurso capitalista, que a ciência, cada vez mais, em sua aliança com o capital, ao agenciar a produção de um “sujeito bipolar”, mascara a cisão entre a pulsão e o saber em voga no referido discurso.

Palavras-chave: espectro bipolar; discurso capitalista; sujeito; saber.

Abstract: This article presents preliminary discussions concerning the construct of enjoyment in the capitalist discourse, having as its reference the bipolar spectrum phenomenon. The latter, as a consequence, reflects a movement that, represented by modern psychiatry, has been proposing a new paradigm to grasp bipolar disorder. This is a model based on the dimensional approach, which conceives mental disorders, particularly bipolar disorder, more broadly, i.e. over a continuum. We demonstrate that this approach has consequences regarding the subject's status, as few fall outside the standard now, and she/he may be classified as suffering from a bipolar disorder. We discuss, through the capitalist discourse, that science, increasingly, in its alliance with the capital, by mediating the production of a 'bipolar subject,' masks the split between drive and knowledge in vogue in this discourse.

Keywords: bipolar spectrum; capitalist discourse; subject; knowledge.

O sujeito quer um nome: o espectro bipolar e o discurso capitalista

Este artigo, desenvolvido a partir de projeto de doutorado¹ em andamento no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), apresenta discussões preliminares acerca do discurso capitalista e do fenômeno do espectro bipolar. Este, por sua vez, reflete um movimento que, representado pela psiquiatria moderna, vem propondo um novo paradigma na compreensão do transtorno de humor bipolar. Trata-se de um modelo pautado na abordagem dimensional, a qual, contrapondo-se à abordagem categorial, concebe os transtornos mentais, em especial, o transtorno bipolar, de modo mais amplo, ou seja, ao longo de um *continuum*. Tal concepção traz à tona uma tendência expansionista de algumas entidades clínicas, antes descritas de modo categórico, isto é, estabeleciam um ponto de corte: normal *versus* patológico.

Vale ressaltar que essa ideia de *continuum*, observada nas raízes do movimento de expansão do transtorno bipolar, encontra-se, segundo Canguilhem (2009), de maneira marcante nas bases do pensamento médico científico. Ao remontar à filosofia positiva de Auguste Comte, o autor salienta que a concepção do normal e do patológico, uma vez calcada em tal filosofia, obedece ao “Princípio de Broussais”. Comte eleva esse princípio à condição de axioma geral para a conceitualização nosológica, mostrando que “os fenômenos da doença coincidem essencialmente com os fenômenos de saúde, da qual só diferem pela intensidade” (CANGUILHEM, 2009, p. 19). Observa-se, dessa maneira, a ideia de continuidade ou prolongamento: o estado patológico seria um prolongamento ou um *continuum* do estado normal, por isso: “qualquer concepção de patologia deve basear-se em um conhecimento prévio do estado normal correspondente, mas, inversamente, os estudos científicos dos casos patológicos tornam-se uma etapa indispensável de qualquer pesquisa das leis do estado normal” (ibid., p. 21).

Assim, a noção de falta ou excesso, inaugurada por Broussais e apropriada por Comte para a explicação das doenças, introduz uma espécie de variação quantitativa (uma escala do estado patológico), sendo válida tanto para os transtornos mentais quanto os orgânicos. A mera distinção quantitativa, por meio da mensuração do estado do estado patológico, influenciada por Brown, distinguiria o estado normal

1 Atualmente intitulado “O espectro bipolar como a máscara da cisão entre o sujeito e o saber no discurso capitalista: uma contribuição psicanalítica”, sob orientação do Prof. Dr. Raul Albino Pacheco Filho, do Núcleo de Pesquisa Psicanálise e Sociedade.

do patológico, sob a forma do excesso ou da falta. Um exemplo que evidencia essa influência é a introdução do conceito de *hipomania*, que hoje se caracteriza como um estado de mania em grau leve. Há uma escala de níveis da mania, que se apresenta em um *continuum* a partir de uma variação quantitativa. Também não se pode esquecer que a explicação dos transtornos mentais parte dessa perspectiva, sendo estes decorrentes de um desequilíbrio da produção de neurotransmissores, a partir do excesso ou da falta. O próprio termo “depressão”, expressão da física emprestada pela medicina moderna para designar a antiga melancolia, é reflexo de uma baixa produção de serotonina, indicando uma *falta* desse neurotransmissor. De acordo com Berrios (1998), citado por Wang (2008), o termo depressão derivou da medicina cardiovascular da época para se referir à “redução da função” do coração, sendo logo aplicado aos transtornos mentais e ganhando adeptos especialmente na psicologia, por descrever um estado oposto da exaltação. Com isso, mais vez, assistimos ao empréstimo de teorias orgânicas para designar um estado mental.

Pergunta-se, então: qual é o motivo de trazer Canguilhem (2009) para esta discussão psicanalítica? Ora, sabemos que por trás de todo projeto filosófico existe um projeto político, ou seja, a instauração de uma relação de poder. É justamente esse aspecto que aponta Canguilhem (2009) ao fazer sua crítica no que tange à descrição dos fenômenos normais e patológicos. Para o autor, definir o anormal por meio de uma variação quantitativa revela que “um ideal de perfeição paira sobre essa tentativa de definição positiva” (CANGUILHEM, 2009, p. 26). A consequência da busca desse ideal é a instauração de um caráter normativo do estado dito normal, deixando de ser apenas uma distorção detectável para se tornar uma manifestação carregada de apelo de valor. Isso tudo desvela uma verdadeira posição política, sustentada em uma pretensão de conceber a patologia e sua terapêutica como científicas. Conhecemos muito bem os efeitos disso, especialmente no campo da saúde mental: o surgimento de tecnologias científicas para dar conta de um mal pretensamente explicado por variações orgânicas, demonstráveis e quantificáveis.

Prates Pacheco (2009, p. 240) afirma que “com a aliança cada vez mais forte entre a Ciência e o Capitalismo, o corpo passou a ocupar um lugar central”, localizando a Biologia no topo da hierarquia científica. Da mesma maneira, Alberti (2008, p. 153-154), ao discorrer acerca dos efeitos do discurso da ciência sobre o sujeito, salienta que a perpetuação da ideia de um indivíduo cerebral, determinado plenamente por

reações neurais e cerebrais, leva-nos “a crer que é o cérebro que produz o que há de mais genuíno, independente do corpo e independente do sujeito enquanto efeito de linguagem”. Sobre esse aspecto, aponta Quinet (2006, p. 22):

(...) a evolução da ciência na psiquiatria produz novos remédios para novos “males”; ou ela produz os “males”, pseudo novos males, para que sejam tratados por medicamentos que ela fabrica. Neste caso, vemos as neurociências a serviço do discurso capitalista produzindo não só novas drogas (novos *gadgets*), mas também (...) novas categorias diagnósticas que justificam assim “médica-mente” a utilização dos psicofármacos.

Nesse sentido, vemos uma ciência médica em uma parceria perfeita com o capital, que se apropria do saber produzido por ela para agenciar um enquadramento de laço social, no qual o sujeito do desejo é achatado em sua particularidade. Ao receber um diagnóstico qualquer e identificar-se com ele, o sujeito permite que um conhecimento científico se sobreponha ao saber que o constitui como um sujeito do desejo: o saber inconsciente. O efeito disso é uma espécie de ignorância do sujeito em relação à sua própria história. Não importa se o sujeito tem um nome próprio e algo a dizer sobre o sintoma que sofre. O que importa é que ele tem uma patologia que precisa ser tratada e eliminada. Depressivo, bipolar, não importa o diagnóstico que ele receba do Outro dominante do discurso, o relevante é que sempre existirá uma tecnologia que vai nomear e tratar esse sujeito.

Dias (2005, p. 123), ao falar do problema da identificação na posição depressiva, salienta: “ser deprimido é um dos nomes do ser na atualidade. Pela depressão o sujeito se faz um ser, produz um ser de gozo que se chama: ser deprimido”. Entretanto, sabemos com a psicanálise que a questão do sujeito do inconsciente não se fundamenta em uma ontologia. Lacan (1964/1998) é bem enfático quando chama atenção para o fato de que o inconsciente não é ontológico, isto é, não existe uma teoria do ser do sujeito, pois não há um significante que possa representar o sujeito, na medida em que ele se encontra no intervalo, entre um significante e outro significante. Esse é o malogro ao qual o sujeito está fadado: encontra-se *no entre* e por isso *ex-siste* à linguagem, só aparecendo em suas falhas.

Fingermann (2005a, p. 36), quando se refere ao pior como causa, remete ao processo de constituição do sujeito, apontando que no momento da perda do objeto proveniente da primeira experiência de satisfação, um significante S1, o traço unário, aparece para ocupar esse lugar vazio deixado pelo objeto: “o traço que representa a

ausência de satisfação (...) momento lógico da transformação de um rastro de gozo em significante primeiro, articulado enquanto tal a todos os significantes do Outro”. O traço unário, como significante primordial, representa o sujeito, porém, com a condição que seja para outro significante, instaurando assim um processo criativo e ao mesmo tempo uma perda, deixando como rastro um vestígio de gozo apagado, que nunca poderá ser obtido de novo, a não ser parcialmente por meio dos semblantes do objeto a (o seio, o olhar, a voz e as fezes), configuradas na versão fantasmática do Outro, estrutura desse sujeito para sempre dividido. Tudo o que o neurótico quer é não se haver com sua divisão fundamental e irreduzível. Por conta desse malogro a qual o sujeito é lançado, ele tentará, por meio de seu sintoma, fazer existir uma relação sexual, encontrar um objeto que supostamente o complete.

Por outro lado, engancha-se em alguns significantes é outra forma de se haver com a castração e de se posicionar no campo do Outro. Identificando-se, portanto, a um diagnóstico de bipolaridade, o sujeito apazigua-se momentaneamente diante de seus problemas, na medida em que recebe um nome que supostamente o representa, (des)implicando-se com seu desejo e sua história.

O discurso capitalista entra em cena quando, com o intuito de foracuir a castração, tamponando a divisão irreduzível do sujeito (BRUNO, 2011), alia-se com essa tendência expansionista da psiquiatria moderna, visando a uma margem cada vez maior para nomear e alienar o sujeito, provocando neste uma cisão, uma separação de seu saber inconsciente. Pacheco Filho (2009, p. 160), analisando o efeito das mudanças no campo do Outro, aponta o perigo que a progressão do discurso capitalista pode exercer sobre o sujeito, falando da “tendência totalitária à alienação” no laço social, onde este deixa de representar um “enigma” para ocupar a posição de um objeto “com valor desejo quantificado e padronizado”.

Retornando à questão do espectro bipolar, é válido considerar sua incursão no campo do social e isso não se dá por acaso. Deve-se em grande parte ao aumento de casos diagnosticados com o transtorno. Para Alcantara et al. (2003, p. 24), uma das consequências da mudança de abordagem (de categorial para dimensional) para descrever o transtorno bipolar é o aumento da prevalência:

Esta mudança de paradigma de entendimento dos transtornos bipolares traz uma gama de consequências na abordagem e no tratamento do THB [transtorno do humor bipolar],

incluindo uma prevalência de 1% para 5% da população geral. Ademais, expande a utilização de estabilizadores de humor em detrimento da prescrição de antidepressivos, entre outros fármacos.

Atualmente, fala-se em temperamento bipolar para se referir àquele indivíduo que possui temperamento forte. Muito em breve, poucos escaparão de ser enquadrados como tendo alguma forma de transtorno bipolar. Para Santin, Ceresér e Rosa (2005), o transtorno bipolar já se tornou um problema de saúde pública, estando associado a um elevado risco de mortalidade, pois cerca de 25% dos pacientes tentam suicídio de alguma maneira. Nos consultórios particulares, não é difícil receber pacientes que já chegam com esse diagnóstico, seja transferido do saber médico (e muitas vezes tomando determinada medicação) ou mesmo do senso comum, já que a expressão “bipolar” parece “cair como uma luva” na linguagem popular, servindo geralmente de adjetivo pessoal. De tão presente na sociedade, todos os anos, em 30 de março, o transtorno bipolar é lembrado mundialmente. Hoje, também temos a Associação Brasileira do Transtorno Bipolar (ABTA), assim como a Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (Abrata).

Dito isso, interroga-se: o que estaria sustentado essa tendência? Não seria justamente certo aparelhamento de gozo ordenado pelo discurso capitalista? Seria o fenômeno do espectro bipolar uma manobra do discurso capitalista para esconder a cisão que produz no sujeito, a fim de forçar a castração? Pois, como Clavreul (1983, p. 104) ressalta, “não é questão em medicina considerar o sujeito como dividido”, porque ao considerá-lo desse modo e deixá-lo falar aparece, no mesmo momento, o limite da própria ciência. A fim de discutir essa questão, é mister mergulhar um pouco na história desse conceito, o qual, como veremos, deixou de ser psicose ou doença maniaco-depressiva para, aos poucos, ir incorporando todo um espectro de sintomas.

Antes, é importante alertar que não é intuito deste artigo advogar contra a medicação ou a psiquiatria como um campo de saber, pois reconhecemos sua relevância em alguns casos, especialmente nos extremos, que interferem inclusive no processo analítico. Em consonância com Pereira (2002b, p. 138), concordamos que “a psicanálise não deve colocar-se em atitude obscurantista, que consiste em negar *a priori* ou em desqualificar de modo leviano os progressos da pesquisa experimental”, propomos

com este artigo um olhar acerca do desenvolvimento da ciência psiquiátrica no que se refere à noção de espectro bipolar, atentando para os reflexos disso no sujeito e nas relações que ele passa a estabelecer no laço social.

A doença maniaco-depressiva e o espectro bipolar: um breve histórico

O conceito moderno do transtorno de humor bipolar tem sua origem em Areteu da Capadócia (em torno de 150 d.C.), a quem se atribui ter sido o primeiro a falar da mania, vinculada à melancolia. Assim afirmou em seu livro *A etiologia e a sintomatologia das doenças crônicas*: “parece-me que a melancolia é o começo e parte da mania (...) o desenvolvimento de um estado maniaco é mais um aumento da doença [melancolia] do que a mudança para um outro estado” (ARETEU apud WANG, 2008, p. 32).

No entanto, Pereira (2002) ressalta que, antes de Areteu, os termos “mania” e melancolia já faziam parte da nosologia grega. No século V, Hipócrates já descrevia a melancolia, definindo-a “como um estado de tristeza e medo de longa duração” (SCLIAR, 2003, p. 68). Para ele, a melancolia encontrava seu fundamento na teoria dos humores, sendo resultado de um desequilíbrio entre os quatro humores: o sangue, a bílis amarela, a bílis negra e a linfa. A melancolia era, portanto, uma ação desmedida da bílis negra e causava os seguintes sintomas: “afetividade sombria, insônia, irritabilidade derivada de uma combinação de um temperamento melancólico” (PEREIRA, 2002a, p. 125).

Segundo Teixeira (2005, p. 44), o surgimento da expressão “melancolia” foi efeito da teoria da bílis negra, a qual deriva do grego *melas* (negro) e *Kholé* (bile), “que corresponde à transliteração latina *melaina-kolé*”. Aristóteles também se referiu à melancolia, a fim de tecer uma relação entre ela, a genialidade e a loucura. Saliou a existência de uma espécie de “melancolia natural”, na qual o melancólico, em razão da bílis negra, seria portador de uma condição de genialidade, dotado de capacidades distintas, o que possibilitava uma propensão não só à filosofia e às artes, mas também aos grandes trabalhos intelectuais. Nessa perspectiva, a melancolia criava homens tristes e excepcionais por natureza.

Quanto à mania, sua referência também pode ser encontrada desde a Grécia Antiga, designando loucura ou demência, insensatez, força ou *élan* inspirador (PEREIRA apud WANG, 2008). Platão estabeleceu a mania como um estado de excitação para

denominar a “fúria divina dos poetas”, como forma de inspiração. Essa ideia, contudo, ainda não tinha nenhuma relação com o estado de humor, excitação motora e desinibição, tal como se observou mais tarde.

Especialmente na Idade Média, “era das trevas”, a mania era vista com uma possessão demoníaca, atribuída à magia e ao pecado. Ao final dessa época, entre os séculos XV e XVI, as ciências experimentais ganharam destaque principalmente por meio da filosofia de Bacon. Posteriormente, no início do século XVII, temos a figura de Félix Platter, que publicou, em 1602, classificações e observações para as doenças mentais, entre elas a mania e a melancolia. Durante os séculos XVII e XVIII surgiu uma variedade de observações clínicas sobre fenômenos maníacos e melancólicos sem, contudo, estabelecer uma vinculação entre ambos os estados (WANG, 2008).

Nos primórdios da psiquiatria moderna, coube a Esquirol descrever uma condição de loucura parcial calcada em uma sintomatologia depressiva, denominada *lipemania*. A antiga melancolia recebeu uma nova abordagem, sendo considerada uma variante da mania. Posteriormente, os alienistas franceses Jules Falret e Baillarger ofereceram contribuições decisivas e explícitas sobre a doença maníaco-depressiva, formulando simultaneamente a ideia segundo a qual a mania e a melancolia configurariam diferentes manifestações de uma mesma enfermidade. Seguidores intelectuais de Pinel e discípulos de Esquirol, Falret e Baillarger descreveram, em 1851 e 1853, praticamente o mesmo formato de doença, denominada pelo primeiro loucura circular (*la folie circulaire*) e pelo segundo loucura de dupla forma (*la folie à double forme*). Falret, ao estudar estados melancólicos acompanhados de tendências suicidas, notou que alguns casos demonstravam períodos de excitação, retornando depois à melancolia. Baillarger, por conseguinte, identificou que alguns melancólicos chegavam ao estado de estupor (ZILBOORG, 1968 apud WANG, 2008).

Dessa maneira, “esses dois conceitos franceses correspondem parcialmente ao conceito contemporâneo de transtorno bipolar, ganhando muitos adeptos dentro e fora da França” (PICHOT, 1983 apud WANG, 2008, p. 35). Entretanto, foi com Emil Kraepelin que a “loucura maníaco-depressiva” foi discriminada como uma entidade nosológica distinta da demência precoce. Na 6ª revisão de seu *Tratado de psiquiatria*, Kraepelin, segundo Pereira (2002a), constituiu um dos pilares da psicopatologia contemporânea, atentando que na 8ª edição dessa obra, ampliada entre 1909 e 1915, instituiu-se de maneira mais precisa a síntese kraepeliniana, resumindo sobre a mesma rubrica de loucura maníaco-depressiva não apenas a loucura circular, mas também a

mania simples, a maior parte dos estados mórbidos descritos a título de “melancolia” e outros transtornos menores caracterizados por alterações e rebaixamentos no nível do humor.

Assim, a loucura maníaco-depressiva de Kraepelin agregou diversos adeptos, unificando muitas concepções europeias. Entretanto, alguns autores posicionaram-se contra as ideias kraepelinianas, entre eles o filósofo e psicopatologista Karl Jaspers, que criticou especialmente a expansão de entidades clínicas, visto que estas passaram a incluir categorias antes concebidas separadamente. Isso posto, afirmou em *Psicopatologia geral*:

(...) tal qual os anéis formados pelas gotas de chuva sobre a água, que são pequenos e distintos inicialmente, e então crescem cada vez mais para tragar um a outro e depois desvanecer. Desse modo, de tempos em tempos na psiquiatria, emergem doenças que se ampliam constantemente até se extinguir em sua própria magnitude. A monomania de Esquirol, a paranoia da década de 1880 e a amênia de Meynert são todas exemplos disso. Heberfrenia e catatonia, que eram claramente definidas, entraram para a *dementia praecox*, que parece não estabelecer limites; e a *folie circulaire*, para a doença maníaco-depressiva, que parece igualmente definida a partir da doença (...). (JASPERS, 1913 apud WANG, 2008, p. 38)

Observa-se que as formulações de Kraepelin sobre a loucura maníaco-depressiva marcaram o nascedouro do que hoje se vê na psiquiatria contemporânea: uma tendência expansionista das entidades clínicas. Tal fato tem como consequência o achatamento do sujeito em sua particularidade. O conceito de espectro bipolar representa essa tendência na atualidade.

O transtorno bipolar e a noção de espectro na contemporaneidade

A definição do transtorno bipolar desde o século XX até os dias atuais vem sendo pautada por um movimento expansionista, o qual, como observamos, encontra suas raízes nas aceções de Kraepelin sobre a doença maníaco-depressiva. Deve-se a Kraepelin a inspiração da psiquiatria moderna no que se refere à ideia de *continuum*, a qual servirá de norte para a introdução de uma abordagem diagnóstica dimensional, bem como para a concepção de espectro. Por sua vez, essa abordagem possibilitou um terreno fértil às elaborações concernentes ao transtorno bipolar. Em 1966, destacam-se os trabalhos de Jules Angst (*Sobre a etiologia e nosologia das psicoses depressivas endógenas*) e de Carlo Perris (*Um estudo sobre psicose bipolar – maníaco-depressiva – e*

psicose depressiva unipolar). Em seguida, destacam-se as formulações de Dunner et al. (1976), que vieram conceber a distinção entre transtorno bipolar tipo I, com episódios maníacos, e tipo II, com episódios hipomaníacos (apud ALCANTARA et al., 2003).

Ligeiramente, a classificação de Dunner e colaboradores foi aceita pelos americanos, os quais, por meio de Depue e Monroe (1978 apud WANG, 2008), estenderam o quadro de bipolaridade aos pacientes deprimidos que possuíam história familiar de transtorno bipolar entre parentes de primeiro grau (bipolar tipo III). Finalmente, Klerman (1981 apud WANG, 2008) ampliou ainda mais o quadro do transtorno bipolar, expandindo a noção de bipolar tipo III aos pacientes que possuíam vertigem hipomaniaca ou maníaca em função de antidepressivos. Wang (2008, p. 39) salienta que “na sua ideia de bipolar III, Klerman trazia a noção de *spectrum* de quadros bipolares abrangendo casos maníacos de curso diferente e gravidade variada”.

Segundo Alcantara et al. (2003), a aceitação do espectro bipolar tem como forte representante dessa tendência Hagop Akiskal, que propõe subdivisões específicas do transtorno de humor bipolar em um número maior de subgrupos, a saber:

- Transtorno bipolar tipo I: presença de mania plena (clássica) com sintomas psicóticos;
- Transtorno bipolar tipo I½: depressão prolongada caracterizada pela presença de hipomania. A linha que demarca o quadro de mania e hipomania é imprecisa e ainda confusa;
- Transtorno bipolar tipo II: depressão com hipomania com episódios moderados ou intensos de depressão intercalados com períodos de hipomania (no máximo 4 dias de duração);
- Transtorno bipolar tipo II½: depressões ciclotímicas com presença de sintomas hipomaníacos (menos de 4 dias de duração). A importância desse subtipo deve-se ao fato de que a maioria dos episódios hipomaníacos tem duração de 3 dias;
- Transtorno bipolar tipo III: hipomania associada a antidepressivos;
- Transtorno bipolar tipo III½: bipolaridade mascarada ou desmascarada por uso de estimulantes;
- Transtorno bipolar tipo IV: depressão hipertímica, caracterizada por temperamento hipertímico de longa duração.

Os autores afirmam que essas categorias ainda não são suficientes para descrever todas as características presentes no espectro bipolar, pontuando a relevância de enfatizar o conceito de *depressão pseudounipolar* em pacientes diagnosticados como deprimidos, mas que na realidade se encaixariam no espectro.

O discurso capitalista e a forclusão da castração

Para falar do discurso capitalista, faz-se necessário mencionar rapidamente a teoria dos discursos proposta por Lacan (1969-1970/1992). Assim como fez Freud (1930/1996), Lacan procurou teorizar como a psicanálise poderia conceber a sociedade, ou melhor, o “conjunto das coletividades” (SOLER, 2011, p. 57). Lacan (1969-1970/1992) propõe sua teoria sobre os discursos para afirmar que os laços sociais, ao ser tecidos por uma estrutura de linguagem, sustentam-se em uma impossibilidade por sempre deixar como resto uma renúncia de gozo. Os atos de governar, educar, analisar e o fazer desejar foram expressos por Lacan por meio, respectivamente, do discurso do mestre, do universitário, do analista e da histérica. Essas quatro formas discursivas de estabelecimento de laço social sinalizam, além do impossível, um enquadramento da pulsão, visto que promovem uma perda real de gozo, estando articuladas à função de *mais-de-gozar*, ao *objeto a*.

Motor do circuito pulsional, o *objeto a* constitui-se assim como causa de desejo do sujeito, o qual, por ser faltante, um *fallasser*, estará sempre em busca desse objeto, cujo acesso direto torna-se impossível. Por essa razão é que todo discurso, por provocar uma abdicção pulsional, deixando como resto o *objeto a*, constitui-se como uma modalidade de aparelhamento de gozo. Ao desenvolver o discurso do mestre, discurso homólogo ao discurso do inconsciente, Lacan (1969-1970/1992) afirma que esse discurso remete ao próprio processo de constituição do sujeito, de sua alienação estrutural no campo do Outro, do inconsciente estruturado como linguagem, como se vê:



Nesse discurso, o *Significante mestre (S1)*, sustentado por uma *Verdade (S - Sujeito dividido)* comanda o discurso no lugar do *Agente* fazendo o *Outro* (escravo), representado pelo *Saber*, trabalhar. Disso resulta um resto como *produto*: o *objeto a mais-de-gozar*.

Vê-se que esse resto, proveniente da perda de gozo, coloca-se como fundamental para a emergência do sujeito que, para se tornar um ser falante de linguagem, precisa ser barrado, castrado em uma parcela de seu gozo. E é justamente essa perda que o *objeto a* vem sinalizar. Lacan (1968-1969/2008, p. 21) afirma que nada pode se produzir sem que um objeto seja perdido: “O sujeito, seja qual for a forma em que se produza sua presença, não pode reunir-se em seu representante de significante sem que se produza, na identidade, uma perda, propriamente chamada de objeto a”.

Chemama (1997, p. 31) afirma: “o que nos irá interessar no discurso do mestre e mais precisamente na disjunção entre \mathcal{S} e a , é que ele pode num segundo tempo servir de introdução à questão da constituição do sujeito”. É sobre isso que se trata quando falamos da alienação do sujeito à linguagem e à sua separação do objeto, resultado da castração. Nota-se que a parte inferior dessa estrutura discursiva demonstra a impossibilidade de uma relação direta entre o sujeito e o objeto. Isso nos diz que a apreensão do objeto, ou melhor, a tentativa de apreendê-lo só poderá ocorrer na articulação significante (S_1 - S_2), pois no discurso do mestre “o que se acha excluído é o acesso direto ao objeto, quer se trate da mais-valia ou do objeto a” (ibid.).

Mais tarde, vemos Lacan inserir outro discurso, que nasce como corruptela do discurso do mestre: o discurso capitalista. Pacheco Filho (2010) salienta que foi em 1972, na Conferência de Milão, que Lacan falou desse discurso, onde chamou atenção para sua aliança com a ciência. Nessa conferência, ele escreveu o discurso capitalista desta maneira:



Percebe-se, com a inversão de posição do *Significante mestre* (S_1), localizado agora no lugar da *Verdade*, que esse discurso denuncia “uma verdade sem falha, portanto, totalitária” (FINGERMANN, 2008b, p. 78). O sujeito reduz-se à posição de um consumidor de objetos (*gadgets*) produzidos pela ciência que, por conseguinte, está a serviço do capital. Ao ofertar objetos suplementares ilusoriamente capazes de tamponar o vazio resultante da castração, o discurso capitalista promove, como salienta Soler (2010), uma *falta-a-gozar*, na medida em que provoca nos sujeitos uma insatisfação constante. Têm-se, portanto, que em detrimento de um (a -), de uma subtração

de gozo pela operação de separação, produz-se um (a+) como forma de recuperação desse gozo perdido, um *objeto mais-de-gozar*, elemento que estimula o sujeito a gozar sempre e mais.

Pierre Bruno (2011, p. 88) afirma que o discurso capitalista visa a foracuir a castração tamponando a divisão irredutível do sujeito. Com isso, “*se descubre un individuo escindido em si mismo, muy precisamente bajo la forma de un sujeto aislado de su inconsciente $\mathcal{S} // S2$* ”. Por intermédio da mostraçãõ do discurso capitalista, acompanhando as setas que ordenam o sistema, o Sujeito (\mathcal{S}) só pode ter alguma relação com o Saber ($S2$) por meio do *objeto a mais-de-gozar* produzido geralmente pela ciência, seja por meio de um medicamento ou diagnóstico. Acontece que esse saber não é aquele com o qual trabalha a psicanálise. Trata-se de um saber que pretende ser totalitário, sem furos, fechado. A psicanálise, ao contrário, a partir do discurso do analista, ao operar como causa de desejo, dirige-se ao sujeito dividido para que, deparando-se com significantes mestres que o constituíram ($S1$), chegue a atravessar um saber que lhe seja próprio ($S2$), como se vê aqui:

$$\frac{a}{S_2} \longrightarrow \frac{\mathcal{S}}{S_1}$$

Contudo, para que seja possível o sujeito sair do engodo que o discurso capitalista impõe, é necessário que ele passe a questionar os saberes congelados produzidos pela ciência, os quais se associam a esse discurso. Ao receber e aceitar um diagnóstico de bipolaridade, o sujeito não se implica nem com seu gozo nem com sua neurose ou, muito menos, com sua condição de sujeito. Sabemos que o sintoma, por ser verdade, representa um saber, mas um saber falho, não todo, como lembra Bruno (2011, p. 332) ao citar Lacan: “*es difícil no ver introducida, desde antes del psicoanálisis, una dimensión que podría denominarse del sintoma, que se articula por el hecho de que representa el retorno de la verdad como tal en la falla de um saber*”. O sintoma é verdade, diz Lacan, mas como verdade só pode ser semidita, não toda. No entanto, é com essa verdade que tanto o discurso capitalista quanto o sujeito não quer se deparar.

Valendo-se de uma pretensa verdade ideológica, o discurso capitalista, em sua copulação com a ciência médica, não estaria se utilizando do diagnóstico de bipolaridade para velar a castração tamponando a divisão do sujeito do desejo?

Pois bem, para prosseguir na discussão, é relevante mencionar que Lacan (1968-1969/2008, p. 39) já falava do saber e de seu casamento com o capital:

O saber (...) não é o trabalho. Às vezes equivale ao trabalho, mas também pode nos ser dado sem ele. O saber, em última instância, é o que chamamos de valor. O valor às vezes se encarna no dinheiro, mas o saber também vale dinheiro, e cada vez mais. É isso que deve nos esclarecer. Esse é o valor de quê? Está claro: é o valor da renúncia ao gozo.

Ao falar da absolutização do mercado e da mercantilização do saber, Lacan chama atenção para um saber com estatuto de mercadoria que entra no circuito da troca, podendo ser vendido, especulado, alugado, exportado, enfim, um saber com valor e potencial de troca. Para isso, é necessário que haja uma homogeneização dos saberes no mercado, uma unificação da ciência. Nesse cenário, o diploma universitário adquire a categoria de uma unidade de valor, pois agrega um valor de troca no mercado do saber: “A unidade de valor, esse papelzinho que pretendem conceder a vocês, é isso. É sinal daquilo que o saber se transformará cada vez mais nesse mercado chamado universidade” (ibid, p. 42). Por conseguinte, esse saber que vem da ciência falseia um discurso que pode dizer toda a verdade, impondo-se como totalitário.

A perspectiva apontada por Pierre Bruno (2011), no que concerne ao conto de Robert Louis Stevenson, “O médico e o monstro”, vai ao encontro do que traz Lacan no Seminário 16. Não é sem intenção que o autor se refere a esse conto, o qual se desenrola em um contexto da modernidade, época em que a ciência e a burguesia estão em plena ascensão.

Bruno (2011) situa Jekyll, o médico, no lado do saber (S2). Figura representante do discurso científico, Jekyll é o “*un hombre de saber, como Fausto*” (BRUNO, 2011, p. 88), enquanto Hyde figuraria o desejo (o sujeito, \mathcal{S}) por se referir justamente ao seu lado irracional, desejante e pulsional. Ao invés de considerar Hyde o inconsciente de Jekyll, aponta que Jekyll é o inconsciente de Hyde, ou melhor, o inconsciente forçado de Hyde. O monstro Hyde é, para Bruno (2011), não o inconsciente, senão a pulsão, mas uma pulsão desarticulada de um saber (S2), posto que o saber, pela estrutura do discurso capitalista, está fechado para ele. Hyde só tem acesso aos objetos produzidos por esse saber hegemônico e, portanto, totalitário da ciência, ficando reduzido a um corpo pulsional. Eis, segundo Bruno (2011), duas figuras emblemáticas que representam o paradigma do sujeito moderno: um sujeito cindido, separado de seu saber constituinte.

À guisa de concluir, Sujeito passa então a ser governado por um saber congelado, hegemônico e que não suporta o furo. Esse é o saber de Jekyll. A Hyde resta ser enquadrado a algum *continuum* do espectro. Assim, vemos tais reflexões psicanalíticas não como uma afronta ao saber médico, em seu lugar, representam contribuições animadas por uma ética e clínica que visa ao sujeito e seu sintoma.

Referências

- ALBERTI, Sonia. O hospital, o sujeito, a psicanálise: questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. *Revista da SBPH*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 143-160, 2008.
- ALCANTARA, Igor et al. Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 25, supl. 1, p. 22-32, 2003.
- BRUNO, Pierre. *Lacan, pasador de Marx*. La invención del sintoma. Barcelona: S & P, 2011.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CHEMAMA, R. Um sujeito para o objeto. In: GOLDENBERG, R. (Org.). *Goza! Capitalismo, globalização e psicanálise*. Salvador: Ágalma, 1997, p. 23-39.
- CLAVREUL, Jean. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- DIAS, Mauro Mendes. O problema da identificação na posição depressiva. In: FINGERMANN, D.; DIAS, M. M. (Org.). *Por causa do pior*. São Paulo: Iluminuras, 2005, p. 119-135.
- FINGERMANN, Dominique. O nome e o pior. In: *Por causa do pior*. São Paulo: Iluminuras, 2008a, p. 21-40.
- _____. Os destinos do mal: perversão e capitalismo. In: FINGERMANN, D.; DIAS, M. M. (Org.). *Por causa do pior*. São Paulo: Iluminuras, 2008b, p. 73-91.
- FREUD, Sigmund (1930). O mal-estar na civilização. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 21.
- LACAN, Jacques (1964). *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- _____. (1968-1969). *O Seminário, livro 16: de um Outro a outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- _____. (1969-1970). *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- PACHECO FILHO, Raul Albino. A praga do capitalismo e a peste da psicanálise. *A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 143-163, 2009.

- PACHECO FILHO, Raul Albino. O frenesi teórico sobre o sujeito do capitalismo. In: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PSICANÁLISE NA UNIVERSIDADE, 1., 29-31 de agosto de 2011, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010, p. 29-48.
- PEREIRA, Mário Eduardo Costa. A “loucura circular” de Falret e as origens do conceito de “psicose maníaco-depressiva”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 125-129, 2002a.
- . Genética e subjetividade: o paradigma dos estados maníaco-depressivos. In: VIOLANTE, M. L. (Org.). *O (im)possível diálogo entre psicanálise e psiquiatria*. São Paulo: Via Lettera, 2002b, p. 127-138.
- PRATES PACHECO, Ana Laura. O corpo e os discursos: dominação e segregação nos laços encarnados. *A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 225-244, 2009.
- QUINET, Antonio. *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.
- SANTIN, A.; CERESÉR, K.; ROSA, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 105-109, 2005.
- SCLIAR, Moacyr. *Saturno nos trópicos: a melancolia europeia chega ao Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.
- SOLER, C. Sintoma, acontecimento de corpo. *Stylus: Revista de Psicanálise*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 31-50, 2010.
- . O discurso capitalista. *Stylus: Revista de Psicanálise*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 55-67, 2011.
- TEIXEIRA, M. A. R. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. *Revista de Psicologia da UNESP*, 4(1), 41-56, 2005.
- WANG, Yuan-Pang. Aspectos históricos da doença maníaco-depressiva. In: MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld (Org.). *Da psicose maníaco depressiva ao espectro bipolar*. São Paulo: Segmento Farma, 2008, p. 15-47.

Recebido em 29/10/2015; Aprovado em 10/12/2015.