

Título: As normas e os corpos – quando isso não funciona

Autora: Elisa Alvarenga - AME da EBP e da AMP, Diretora Geral do IPSM-MG.

AME from EBP and AMP, General Director of IPSM-MG.

E-mail: elisalvarenga@gmail.com

Resumo: Tomando a orientação dos temas do ENAPOL VI, “Falar com o corpo – a crise das normas e a agitação do real”, e das Jornadas da Seção Minas da EBP – “Psicanálise e Ciência – o real em jogo”, a autora introduz o assunto, interrogando, primeiramente, as normas, em seguida, os corpos para a ciência e, para terminar, propõe-se a pensar o que pode a psicanálise diante da crise das normas.

Palavras-chave: Normas, corpos, real, psicanálise, ciência.

The norms and the bodies – when it doesn’t work

Abstract: Taking as a guide the theme of the VI ENAPOL, «To speak with the body – the crisis of the norms and the agitation of the real», and the theme of the Minas Section of EBP Journeys – “Psychoanalysis and science – the real in question”, the author introduces the theme by questioning, first of all, the norms, then the bodies for science and, finally, proposes to think what psychoanalysis can do in face of the crisis of the norms.

Keywords: Norms, bodies, real, psychoanalysis, science.

As normas e os corpos – quando isso não funciona¹

Elisa Alvarenga

Gostaria de agradecer o convite de Roberto e Guilherme para estar com vocês na abertura das atividades do Núcleo de Psicanálise e Medicina e penso que, neste semestre, este Núcleo está especialmente bem posicionado para trabalhar os temas que nos atravessam no Instituto: o tema do ENAPOL VI, “Falar com o corpo – a crise das normas e a agitação do real”, e o das Jornadas da Seção Minas da EBP – “Psicanálise e Ciência – o real em jogo”. As Jornadas de Minas acontecerão em 18 e 19 de outubro deste ano, e o ENAPOL, em 22 e 23 de novembro, em Buenos Aires, e, é claro, contamos com a presença de todos vocês. Minha ideia, então, aqui, hoje, é começar a falar sobre o tema, a partir do título que vocês me propuseram: “As normas e os corpos – quando isso não funciona”. A que se refere o “isso” desse título? Trata-se das normas que não funcionam, dos corpos que não funcionam, ou, ainda, do “isso” freudiano, o nome propriamente da pulsão? Ou se trata do sintoma, cuja insensatez foi ressaltada por Simone Souto, na nossa *Agenda*, ao colocar em pauta o tema da Seção Clínica? O sintoma histórico é aquilo, segundo Lacan, que se coloca no caminho do mestre, fazendo-lhe objeção, interrogando-o. Se o mestre contemporâneo está encarnado no casamento da ciência com o capitalismo, que exigem que isso funcione, ocupar-nos-emos, aqui, hoje, daquilo que não funciona: os corpos regidos pelas normas estabelecidas pelo discurso da ciência e do capitalismo, que exigem um máximo de rendimento de ou para todos.

Começarei interrogando as normas, falarei dos corpos e, para terminar, tentarei pensar o que pode a psicanálise diante da crise das normas que se anuncia no título do ENAPOL. No argumento do nosso Encontro, que está no site (www.enapol.com), Éric Laurent nos diz que o título “A crise das normas e a agitação do real” nos remete a uma dupla série causal: por um lado, as normas têm mais dificuldade para fazer os corpos entrarem em usos standardizados pelo significante-mestre, que instala suas disciplinas de rotular e educar. Os corpos são deixados à deriva, marcando-se, febrilmente, com signos que não chegam a dar-lhes consistência. Por outro lado, a agitação do real pode ler-se como consequência da queda dos ideais e da subida ao zênite do objeto *a*. A exigência de gozo para todos submete os corpos a uma lei de ferro cujas consequências nos cabe acompanhar.

Começemos então pelas normas: o que é uma norma?

Entre as várias definições de norma que podem nos interessar, temos: estado habitual, conforme a regra estabelecida, ou conforme a maioria dos casos, tipo concreto ou fórmula abstrata do que deve ser, modelo, princípio, regra, ou, ainda, fórmula que define um tipo de objeto, produto ou procedimento técnico para simplificar, tornar mais eficaz e mais racional a produção. Está aí implícita a noção de eficácia, de bom funcionamento, de média. Lacan não hesitava em fazer um trocadilho com a

palavra normal, dizendo que era “La norme mâle”, ou norma do macho, trazendo aí implícita a medida fálica.

No seu ensaio sobre *O normal e o patológico*, Georges Canguilhem (1988) escreve todo um capítulo sobre a norma e a média, para concluir que é preciso considerar os conceitos de norma e de média como dois constructos diferentes. É inútil tentar anular a originalidade do primeiro. A fisiologia tem mais o que fazer que procurar definir objetivamente o normal e deve reconhecer a original normatividade da vida. O verdadeiro papel da fisiologia consistiria, então, em determinar exatamente o conteúdo das normas sob as quais a vida conseguiu se estabilizar, sem prejudicar a possibilidade ou impossibilidade de uma eventual correção dessas normas (CANGUILHEM, 1988, p.116).

Vinte anos depois, em suas *Novas reflexões sobre o normal e o patológico*, Canguilhem diz que o termo ‘normal’ passou para a língua popular a partir dos vocabulários pedagógico e sanitário. Uma norma tira seu sentido, sua função e seu valor do fato da existência, fora dela, daquilo que não responde à exigência a que ela serve. *Norma* é a palavra latina que significa esquadro, e *normalis* significa perpendicular. Uma norma, uma regra, serve para “fazer direito”, domesticar. Normalizar é impor uma exigência a uma existência. Uma norma se propõe como um modo possível de unificar uma diversidade, de reabsorver uma diferença, de regulamentar uma disputa. Mas propor-se não é impor-se. Diferentemente de uma lei da natureza, uma norma não necessita de seu efeito, ou seja, uma norma não tem sentido de norma isolada. Não é apenas a exceção que confirma a regra como tal, é a infração que lhe dá a ocasião de ser regra e fazer regra. A infração está na origem da regulação. A palavra latina *norma* é equivalente à grega *ortos*. A ortografia, a ortodoxia e a ortopedia são conceitos normativos *avant la lettre*.

A ciência médica se contenta com o corpo humano normal e procura apenas repará-lo. O médico não promete a seus pacientes nada mais que o retorno ao estado de satisfação vital do qual a doença o tirou. Está aí uma diferença fundamental, para Lacan, entre o que propõe a medicina — restituição ao estado anterior ou, no caso da medicina cosmética, a busca da perfeição — e o que objetiva a psicanálise — uma mudança do sujeito.

As diferentes normas apresentam aos biólogos o problema de sua relação com os casos singulares. O conceito de normal em biologia se define pela frequência de uma determinada característica. A distribuição dos resultados de medida aquém ou além do valor médio garante que a média na curva de Gauss seja uma cifra verdadeira. Os casos são tanto mais raros quanto mais distantes da média. Mas é difícil fazer coincidir o normal fisiológico e o normal estatístico: o ponto de vista estatístico é insuficiente cada vez que se deve decidir o que é normal para um dado indivíduo. Alguns afastamentos individuais em relação às normas fisiológicas não são índices patológicos: é normal que uma variabilidade fisiológica exista, ela é necessária à adaptação e à sobrevivência. Por exemplo, em 100 estudantes com boa saúde, isentos de dispepsia, sobre os quais se aplicaram medidas de acidez gástrica, 10% apresentaram uma hipercloridria patológica, tal como se observa nos casos de úlcera duodenal, e 4% apresentaram uma

acloridria total, sintoma até então considerado indicativo de anemia perniciosa progressiva. Toda atividade fisiológica mensurável seria suscetível de uma variabilidade análoga. Ela pode ser representada pela curva de Gauss e, para as necessidades da medicina, o normal deve ser compreendido entre os limites determinados por um desvio *standard*, de um lado e do outro da mediana. Mas não há nenhuma linha de separação nítida entre as variações adquiridas que são sintomas de uma doença. Um afastamento fisiológico extremo da média constitui uma predisposição a um acidente patológico.

Duas espécies de variações relativas à norma podem levar a decidir em favor da anormalidade: afetando um mesmo indivíduo ao longo do tempo ou de um indivíduo a outro. Essas variações são essenciais à sobrevivência: a adaptabilidade depende da variabilidade e deve levar em conta as circunstâncias. Uma hiperplasia clinicamente constatada, por exemplo, pode exprimir um certo grau de adaptação, e não a primeira etapa de uma doença. Em resumo, em medicina, para definir o normal, é preciso referir-se aos conceitos de equilíbrio e adaptabilidade, levar em conta o meio exterior e o trabalho que devem efetuar o organismo ou suas partes. Quando se trata de normas humanas, reconhece-se que elas são determinadas como possibilidades de um organismo em situação social de agir, mais do que como funções de um organismo visto como mecanismo acoplado ao meio físico.

O doente e o sonho cientificista

O doente cria a doença pelo próprio excesso de sua defesa, de uma reação que o protege menos que o esgota e desequilibra. Prevalece, então, a noção de síndrome patogênica sobre a de agente patogênico, e a noção de lesão fica subordinada à de perturbação das funções. As “doenças mentais” são um bom exemplo disso, que se manifesta, hoje, na nova edição do DSM, o DSM V, previsto para entrar em vigor em maio de 2013. Os transtornos se multiplicam e as fronteiras entre o normal e o patológico se tornam incertas, cada vez mais. Mas, ao contrário do que se poderia esperar, o que ocorre é uma patologização da existência, acompanhada por medições e medicações. François Ansermet, nosso convidado para as Jornadas da Seção Minas, nos fala sobre um estudo publicado pelo *British Medical Journal*, que questionou os médicos ingleses para saber quais eram as principais queixas que eles não consideravam como doenças. A lista é curiosa: idade, tédio, bolsas debaixo dos olhos, ignorância, calvície, rubor, orelhas grandes, cabelos grisalhos, feiura, celulite, angústia pelo tamanho do pênis, raiva no trânsito, solidão. No lugar da saúde como silêncio dos órgãos, um rosário de transtornos invade a cena. Seriam essas não doenças devidas a um desequilíbrio sexual, uma vez que se coloca no centro da saúde mental uma vida sexual realizada? (ANSERMET, 2012).

A saúde mental é cada vez menos silenciosa, na medida em que o sujeito é lançado ao mundo sem saber a que veio, com um inconsciente que o parasita e desconhecendo os desígnios da pulsão. E, ainda assim, as pesquisas em neurociências cognitivas continuam a desenvolver uma visão idealizada do cérebro como um órgão homeostático e regulado: a revista *Veja* desta semana traz justamente como

matéria de capa o título “As imagens que revelam a origem biológica do pensamento e das emoções – e vão revolucionar o tratamento das doenças mentais”. O conjunto das ligações entre os neurônios é chamado de conectoma, foco de um projeto ainda mais ambicioso que o do sequenciamento do genoma. Tão ambicioso, que a reportagem despreza o fato de que

“ainda é conversando com o paciente que o médico determina a existência de stress pós-traumático, vício em drogas, ansiedade e depressão, entre outros males. Quando ganharem acesso à gramática do conectoma”, continua, “os cientistas poderão visualizar a doença mental e tratá-la, corrigindo as alterações que ela provoca no cérebro” (GIANINI, p. 84).

Suspeita-se que o autismo, por exemplo, ao contrário do que nos ensinam nossos colegas que se vêm dedicando às pesquisas e às crianças autistas, há décadas, ocorra por uma anomalia na organização das ligações entre os neurônios. Também há estudos que associam a esquizofrenia a falhas nas ligações neurais de longa distância. “Entender como isso ocorre dará início à era da cura desses males por meio da correção das falhas nas conexões entre os neurônios. E isso ainda neste século, talvez até no intervalo de uma geração” (GIANINI, 2013, p. 84), assegura a reportagem. E conclui com o depoimento de um radiologista de Harvard: “com a análise do conectoma, também será possível criar exames para o diagnóstico preciso das doenças mentais” (WEDEEN, 2013, p.84).

Para Éric Laurent, o cérebro se revela, muito antes, uma máquina de ratear, para além dos circuitos bem regulados que se lhe supõem. Há todo um setor das neurociências que passa seu tempo fazendo pesquisas para nos tranquilizar, graças ao poder das imagens de ressonância magnética. Na França, também, as pesquisas buscam aí a resposta para um dos grandes enigmas da humanidade, a origem dos pensamentos. A ingenuidade das formulações científicas nos leva de volta ao positivismo de Auguste Comte, ignorando que, nos EEUU, certos psiquiatras já se afastam, decepcionados, da utilização massiva da ressonância magnética no domínio da saúde mental. As tecnologias da imagem não estiveram à altura das esperanças que elas autorizaram nos anos 90, intitulados “década do cérebro” pela *American Psychiatric Association*. Existe um sentimento crescente, diz Laurent, a partir de vários estudos, de que a pesquisa a partir das imagens está longe de fornecer à psiquiatria alguma coisa parecida com testes claros de doença mental (LAURENT, 2006, p.36).

François Ansermet nos mostra, por outro lado, que as pesquisas em genética caminham no sentido de mostrar as determinações genéticas das doenças, por exemplo, do autismo. Mas ao contrário de uma determinação universal, o que se encontra é uma determinação particular a cada caso, o que dá nome ao seu livro publicado no ano passado: *A cada um seu genoma* (ANSERMET, 2012).

Lacan dizia, em “Direção da cura”, que é preciso caminhar rumo a uma maior subjetivação, e não a uma maior objetivação, como querem os avaliadores de hoje. Éric Laurent nos mostra a dificuldade enfrentada por eles no campo das psicoterapias, quando se trata de “medir” a transferência, ou mesmo os tratamentos medicamentosos. Comparar o incomparável, ou criar equivalências em nome da

homogeneização da medida, permite reduzir a personalidade a um simples manejo de comorbidades. Os partidários das TCC consideram que um sintoma não se substitui o outro, uma vez tratado aquele ao qual se aponta. Se surge um novo sintoma, isso se deve à comorbidade de vários sintomas que se expressam sucessivamente (LAURENT, 2005, p.31). Os sintomas não são substituíveis, mas os terapeutas sim, e rapidamente treinados. As TCC, pouco custosas e breves, e podendo ser realizadas por pessoal paramédico, conseguem suprimir rapidamente os sintomas, mas suas indicações são limitadas. Não se conseguem evitar as falsificações dos resultados, que se acomodam a interesses políticos e econômicos. Tenta-se, então, passar a uma etapa verdadeiramente científica, buscando correlações na genética molecular, na neuroquímica, na neuroanatomia e na neurociência cognitiva. Um mal-entendido reúne os partidários de uma verdadeira psiquiatria biológica e aqueles de uma psicopatologia fundada na psicanálise.

A *Evidence based medicine*, dominante desde os anos 90, quis mudar radicalmente a hierarquia das provas em medicina: no lugar do caso por caso, método clínico tradicional, devia partir de meta-análises e estudos estatísticos. Esse movimento, que veio do Canadá e foi propagado no Reino Unido pelos escoceses, já mostra seus limites. No Campo Freudiano, a orientação lacaniana da psicanálise adota uma política de rechaço à adaptação ao mundo da medição generalizada, e inclusive à regulamentação das psicoterapias.

Os impasses das classificações

Classificar, para a psicanálise, sempre implica problemas, e a clínica continuísta, borromeana, sustentada no último ensino de Lacan, é muito bem-vinda para abordar os sintomas contemporâneos. Se há declínio da função paterna, temos uma lógica em que não há exceção, mas um conjunto aberto ao infinito, uma lógica da vizinhança e do não-todo. Cada sujeito é sua própria classificação, seu próprio nó, ou, falando em termos de normas, encontra sua própria "norma", em vez de entrar em uma categoria. Isso aproximaria nossa clínica, continuísta, da perspectiva dimensional que introduz o DSM V? Não o creio.

Supõe-se que a noção de dimensão, privilegiada no DSM V, objeto de uma investigação realizada por Sérgio Laia (2012), responda melhor que a noção de categoria a vários impasses das classificações anteriores. Orienta-se por acolher a continuidade e a sobreposição de sintomas e reduzir o excesso de comorbidades e de categorias com a designação final "sem outra especificação". A "dimensão" inclui zonas de interpenetração, inclusive com a normalidade, e transtornos que não se caracterizam por limites abruptos e fixos.

François Ansermet (2012) tem mostrado como o DSM V faz explodir o limite entre o normal e o patológico e aumenta não apenas o número de categorias, mas também a prevalência de algumas. Há um efeito de generalização que tende para uma medicalização cada vez mais absoluta da existência.

Também na orientação lacaniana da psicanálise, estamos frente a uma clínica continuísta, de gradações, em que o que está em jogo não é o sim e o não (Nome-do-Pai presente ou ausente), mas o mais e o menos. “O real das coisas humanas se apresenta com a forma da curva de Gauss”, diz Jacques-Alain Miller (2003, p.202). Em que esse mais e esse menos, da clínica borromeana, se diferenciam da clínica dimensional do DSM V?

Uma dimensão constituiria uma diferença mais de grau que de tipo, introduzindo uma gradação quantitativa, em analogia com os índices de tensão sanguínea ou as medidas de gordura no sangue, por exemplo. As distinções sutis na perspectiva dimensional dos transtornos mentais apelam às medições, cifras, escalas de avaliação e protocolos de tratamento, pondo em cena o corpo do paciente e eliminando, muitas vezes, o do praticante (LEGUIL, 2011, p.40). As coisas de fineza, não mensuráveis, na orientação lacaniana da psicanálise, pedem, ao contrário, a presença de um parceiro que possa responder, ao qual dirigir, não somente os significantes do paciente, mas também os signos de seu gozo.

Se a norma, para Lacan, é a norma *mâle*, isso não significa que o tratamento analítico seja a aplicação da norma fálica, enquanto norma masculina, ao sintoma de cada um. Tanto mais que, para Lacan, o caminho de uma análise vai na direção do não-todo, ao ponto de considerar, como anuncia Miller, que a posição do analista, produto de uma análise, é uma posição feminina.

Como opera, então, a psicanálise, no que concerne às normas e aos corpos?

Segundo Patrício Alvarez, diretor do ENAPOL VI, há, em Lacan, ao menos três teorias sobre o corpo. As normas do Ideal do eu constroem o corpo especular, em cuja base está a norma principal que o regula: o Nome-do-Pai. Lacan edifica sua clínica das estruturas a partir dessa relação entre simbólico e imaginário. Dessa clínica estrutural se pode depreender também uma clínica do corpo, em que a norma fálica o organiza.

Uma vez construídas as estruturas clínicas, o real entra em cena, agitando a harmonia das normas simbólico-imaginárias. O grande edifício é habitado pelo objeto *a*. Esse segundo corpo revela-se topológico, no qual há um furo central provido de uma borda, a zona erógena freudiana, ao redor da qual se constrói a superfície do corpo, em que acontecerá a identificação especular. A isso se acrescenta a operação simbólica da castração, que simboliza o furo como falta e dá unidade ao corpo. Com o objeto *a*, constrói-se uma segunda clínica do corpo, mais sutil: a clínica dos pequenos detalhes. Nessa segunda clínica, poderá ser localizado o que ficou fora das estruturas: a violência, a angústia, as adições e tudo cujo excesso passa dos limites das normas.

A terceira teorização do corpo estaria em construção: a do acontecimento de corpo. É a entrada das marcas iniciais, contingentes, que fixam um modo de gozo do falasser. É no corpo vivo que ocorre o acontecimento de corpo, “acontecimento de um dizer”. Esse dizer marca o corpo, com o fora de sentido da língua, que faz ressoar a pulsão como eco de um dizer no corpo parasitado pela linguagem.

Por um lado, trata-se de um corpo falado por certas contingências de um dizer, que produziram acontecimento, por outro, trata-se de um corpo que, com seu dizer, faz acontecimento (ALVAREZ, 2012).

No *Seminário 23*, Lacan fala sobre invenção do real, o que é distinto, a meu ver, do real da ciência, na medida em que, na psicanálise, trata-se de um real singular para cada um. E o falo aparece, então, como “uma falácia que testemunha do real” (LACAN, 1976, 2007, p.101). Esse falo, penso, é um semblante que não leva ao Nome-do-Pai, mas dá uma sustentação sintomática ao falasser. Lacan diz que, tendo retornado a seu texto “A significação do falo”, teve a boa surpresa de encontrar a evocação do nó como pivô da castração. É ao falo que ele atribui o papel de verificar que o falso furo, formado com o simbólico e o *sinthoma*, é real, ou seja, que uma prática que parte do dizer é possível. O falo, enquanto suporte da função do significante, é o único real que verifica o que quer que seja. O que quer Lacan dizer com isso? Entendo que o falo é aí o que faz nó, amarração, função de castração, ou seja, que produz uma circunscrição do gozo, impossível de negativizar. Mais adiante, no mesmo seminário, Lacan atribui ao falo uma função de fonação, “que acaba sendo substitutiva do macho, dito homem” (LACAN, 1976/2007, p.123).

A operação analítica vai então da norma macho, “normal”, à invenção própria a cada um, pois o de que se trata, diz Lacan, é de que, acessando o real, o saber da psicanálise o determina, tanto quanto o saber da ciência (LACAN, 1973/2003, p.315). Se o saber da ciência seria o saber escrito por meio de leis, o saber da psicanálise é um saber à medida de cada um. Na psicanálise, a causalidade não é linear: entre a causa e o efeito, introduz-se o sujeito — foracluído pela ciência — sempre responsável, como propõe Lacan, por sua posição. Através do seu dizer, ele inventa sua própria norma, que, talvez, seja o que chamamos de *sinthoma*.

Referências bibliográficas

- ALVAREZ, P. “Falar com o corpo?”, *CUERPOaTEXTO #3*, Boletín do ENAPOL VI.
- ANSERMET, F. *A chacun son genôme*. Paris: Navarin, 2012.
- ANSERMET, F. “Les promesses du DSM V”, *Mental 27-28*, Bruxelles, 2012, p.35-36.
- CANGUILHEM, G. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF, 1988.
- LACAN, J. (1973) “Nota italiana”, In: *Outros Escritos*, Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- LACAN, J. (1976) *O Seminário, livro 23: o sinthoma*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- LAIA, S. “Coisas mensuráveis e ‘coisas de fineza’: a classificação dos transtornos mentais pelo DSM-V e a orientação lacaniana”, In: *De que real se trata na clínica psicanalítica?*, Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2012. p.295-317.
- GIANINI, T., *Veja*, São Paulo, 16 de março de 2013, p. 84.
- LAURENT, É. “Les organes du corps dans la perspective psychanalytique”, *Quarto 91*, Bruxelles, 2006, p.36-45.

LAURENT, É. *Lost in cognition*. Buenos Aires: Collección Diva, 2005.

LEGUIL, F. "As demandas contemporâneas feitas à psicanálise", *Curinga 33*, Belo Horizonte: Scriptum, 2011, p.19-48.

MILLER, J.-A. *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires: Paidós, 2003.

¹ Texto apresentado em 05/03/2013, na abertura das atividades do Núcleo de Psicanálise e Medicina.