

Alexandre Simões
Gesiani Gonçalves
organizadores

PSICANÁLISE E PSICOPATOLOGIA: Olhares contemporâneos



ALEXANDRE SIMÕES
GESIANNI GONÇALVES
(Organizadores)

PSICANÁLISE E PSICOPATOLOGIA:
Olhares contemporâneos

2019

Blucher

Psicanálise e psicopatologia: olhares contemporâneos

© 2019 Alexandre Simões, Gesianni Gonçalves (organizadores)

Editora Edgard Blücher Ltda.

Revisão: Davi Pacheco Alves de Souza

Diagramação: Laércio Flenic Fernandes

Blucher

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar
04531-934 – São Paulo – SP – Brasil
Tel 55 11 3078-5366
contato@blucher.com.br
www.blucher.com.br

Segundo Novo Acordo Ortográfico, conforme 5. ed.
do Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa,
Academia Brasileira de Letras, março de 2009.

É proibida a reprodução total ou parcial por quaisquer
meios, sem autorização escrita da Editora.

Todos os direitos reservados pela Editora
Edgard Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Psicanálise e psicopatologia : olhares contemporâneos
/ organizadores: Alexandre Simões, Gesianni Gonçalves. --
São Paulo : Blucher, 2019.
174p.

Bibliografia

ISBN 978-85-8039-387-3 (e-book)

ISBN 978-85-8039-386-6 (impresso)

Open Access

1. Psicanálise 2. Psicopatologia I. Simões, Alexanre
II. Gonçalves, Gesianni

19-0834

CDD 150.195

Índices para catálogo sistemático:

1. Psicanálise

SUMÁRIO

SEÇÃO 1 – CLÁSSICOS E ATUALIDADE: O QUE SE GANHA, O QUE SE TRANSFORMA, O QUE SE PERDE NA PSICOPATOLOGIA?

DO LAÇO AO EMBARAÇO: PSIQUIATRIA, PSICOPATOLOGIA E PSICANÁLISE.....7

*Mara Viana de Castro Sternick
Marcela Baccharini Pacifico Greco
Ronan Borges*

ORGANICISMO, DSM E CONTEMPORANEIDADE: CONTINUIDADES E NOVIDADES.....21

Alexandre Simões

NOMEAR E CLASSIFICAR TRATAM O SUJEITO? DIFERENTES MODOS DE ABORDAR O AUTISMO NO MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DE TRANSTORNOS MENTAIS – DSM35

Maria da Gloria Vianna

CRÍTICA AO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE CONDUTA (DSM-V – CID 10): UMA HIPÓTESE SOBRE A VIOLÊNCIA COMO NOVO SINTOMA..... 47

Pedro Castilho

CONSIDERAÇÕES ACERCA DO DSM-IV: SEU LUGAR NA HISTÓRIA DA PSICOPATOLOGIA E OS LIMITES DO CONCEITO DE TRANSTORNO..... 65

*Roberto Calazans
Pedro Sobrino Laureano
Fuad Kyrillos Neto*

SEÇÃO 2 – GALÁXIA DSM E DESTITUIÇÃO DO SUJEITO: TRILHAS E DESCAMINHOS?

A FALHA EPISTEMO-SOMÁTICA DO DSM-V 83

*Gesianni Amaral Gonçalves
Alexandra Martins*

SAÚDE MENTAL, ENTRE A ÉTICA E A ECONOMIA..... 99

*Alexandra Cavalheiro
Robson Pereira Calça*

O QUE SERÁ DA ATIVIDADE DAS CRIANÇAS? NOTAS SOBRE A HIPERATIVIDADE..... 113

*Silvia G. Myssior
Zilda Machado*

O ÚNICO NÃO CABE NO MANUAL 123

*Cláudia Ferreira Melo Rodrigues
Cláudia Aparecida de Oliveira Leite
Rogéria Araújo Guimarães Gontijo*

DSM-5: UM MARCA(DOR) DA MORDAÇA DO PATHOS NO CONTEMPORÂNEO 135

Elizabeth Fátima Teodoro

CONDIÇÃO HUMANA E SOFRIMENTO PSÍQUICO PARA ALÉM DO DSM..... 145

*Ediel Azevêdo Guerra
Heloína Araujo de Langlais
Leda Maria de Almeida Guerra*

AS ERRÂNCIAS DE FRANZ KAFKA..... 155

Bárbara Guatimosim

SEÇÃO 3 - UM ENSAIO DE CONCLUSÃO

EXTENSÃO, INTENSÃO, A PSICANÁLISE E O SINTOMA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 171

*Alexandre Simões
Gesianmi Gonçalves*

SEÇÃO 1

CLÁSSICOS E ATUALIDADE: O QUE SE GANHA, O QUE SE TRANSFORMA, O QUE SE PERDE NA PSICOPATOLOGIA?

CAPÍTULO 1

DO LAÇO AO EMBARAÇO PSIQUIATRIA, PSICOPATOLOGIA E PSICANÁLISE

*Mara Viana de Castro Sternick
Marcela Baccharini Pacífico Greco
Ronan Borges*

A oposição que marca a relação entre psicanálise e psiquiatria na contemporaneidade parece atualizar o dilema milenar da dialética mente-cérebro do qual muitos se ocuparam ao longo dos séculos. A interconexão entre os dois campos, proposta por Freud, parece estar cada vez mais distante na medida em que a clínica do caso a caso, tão cara à psicanálise, não consegue encontrar lugar num sistema de classificações que se propõe universal e generalizável. Orientados pelo paradigma biológico, psiquiatras se declaram independentes de qualquer referência psicanalítica, fazendo crescer uma distância que se evidencia nas formas de diagnóstico e nos norteadores do tratamento.

Mas a relação entre psicanálise e psiquiatria foi sempre conturbada? Devemos pensar que o conflito, hoje sustentado por controvérsias epistemológicas e nutrido por práticas divergentes, é, portanto, inevitável? O imbricamento observado durante a concepção das duas clínicas parece nos sugerir que não. Se sabidamente a origem da psicanálise remonta à psiquiatria clássica, o que teria contribuído para o posterior afastamento? Da mesma forma, por que e quando foram rejeitados os modelos freudianos que outrora serviram de alicerce para a elaboração da nosologia psiquiátrica?

É sabido que há muito de novo na psicopatologia e nas psicoses. Uma infinidade de novas classificações marca a era dos transtornos. Mas será que elas apontam para uma nova forma de psiquiatria, incompatível com a psicanálise? Ou é possível ainda pensarmos em alguma forma de articulação? Acreditamos que essas questões poderão ser melhor discutidas se contextualizadas ao longo da história da doença mental. Para isso, entendemos que seja oportuno um retorno histórico que nos permita demarcar os pontos de convergência e divergência entre esses dois campos epistemológicos, psiquiatria e psicanálise, e o seu importante instrumental teórico: a psicopatologia.

PSIQUIATRIA/PSICOPATOLOGIA: O LAÇO COM A PSICANÁLISE

Os primeiros registros do que hoje entendemos como medicina datam de mais de dois mil anos e tem origem em Hipócrates (460 a 370 a.C.) por volta do século V a.C. Apesar disso, ao longo dos séculos que se seguiram, aqueles que se dedicaram aos estudos do corpo encontraram barreiras morais e epistemológicas, de forma que a medicina só alcançou o status de ciência após a segunda metade do século XVIII (BARRETO e IANNINI, 2017).

Enquanto Hipócrates é considerado o pai da medicina, na clínica psiquiátrica esse lugar é ocupado pelo francês Philippe Pinel (1745-1826). Propondo um tratamento mais humanizado para os chamados alienados, denominado de tratamento moral, esse importante alienista influencia um movimento de cunho filantrópico ocorrido na Europa no final do século XVIII e marca o surgimento da psiquiatria. Nesse momento, “ao considerar o indivíduo alienado como doente mental, vítima de disfunções psíquicas, Pinel deu a eles o direito de serem escutados e conferiu à medicina a necessidade de entendê-los e tratá-los humana e respeitosamente” (PACHECO, 2003, p. 153-154). Mas, se Pinel ficou conhecido por inaugurar a tradição da psiquiatria clássica, estabelecendo os fundamentos do método clínico, é importante salientar que muito antes dele, as enfermidades mentais já vinham sendo explicadas, desde a Antiguidade, a partir de outros modelos de pensamento psicopatológico, a saber o mágico e o organogênico. Enquanto o primeiro apontava para algo da ordem do sobrenatural, o segundo tentava indicar o poder da biologia, já apostando no cunho orgânico da loucura (MUSSEL, 2008).

Seguindo os passos de Pinel, outros franceses se debruçaram sobre a doença mental nos anos que se seguiram, constituindo o que hoje chamamos de escola francesa. Jean-Étienne Esquirol (1772-1840) foi aluno de Pinel e é considerado um dos responsáveis pelo pensamento psicopatológico da contemporaneidade,

tendo conservado o pressuposto de seu antecessor de que a doença mental teria causas morais e físicas. Esquirol passa a representar um avanço significativo no plano teórico ao defender que a nosografia fosse sistematizada, propondo uma análise detalhada e apurada das síndromes psicopatológicas (PACHECO, 2003).

Antoine-Laurent Bayle (1799-1858), teve seus estudos influenciados por Pinel e Esquirol e ficou conhecido a partir de sua tese *Recherches sur les maladies mentales* (Pesquisas sobre as doenças mentais), trabalho que se dividiu em três partes: na primeira, buscava provar que a alienação mental seria oriunda de uma inflamação crônica, em uma das meninges, a aracnoide¹, na segunda, Bayle tencionava mostrar que a alienação mental também poderia ser ocasionada por uma gastrite ou gastroenterite crônica, e na última parte apresentava a ideia de que a loucura poderia ser determinada por uma gota irregular no sujeito (PEREIRA, 2009).

Na escola alemã, surgem nomes como Wilhelm Griesinger (1817-1868) e Emil Kraepelin (1856-1926). Influenciado pelas ideias de Bayle, Griesinger publica, em 1845, seu “Tratado sobre patologia e terapêutica das doenças mentais”, considerado por muitos o primeiro tratado de psiquiatria. Apesar de ter ficado conhecido pela sua posição anatomista radical, Griesinger já conjugava a ideia de que as doenças mentais advinham de afecções no cérebro com teorizações psicológicas sobre essas perturbações (LENTINO, 1946). Sob a influência de Griesinger, Kraepelin cria, em 1883, seu “Compêndio de psiquiatria” que, ao longo de suas edições, apresentou diferentes classificações para a loucura, demarcando aos poucos, novas categorias nosográficas no campo psiquiátrico. Acompanhando a tendência da anatomia patológica, sua defesa também era de um substrato biológico para a doença mental.

Aqui já é possível destacar um ponto de convergência entre a psiquiatria clássica e a ainda incipiente psicanálise. Sabe-se que esses autores do mundo germânico serviram como fonte de consulta para Freud, que utilizou a versão kraepeliana publicada em 1899, sob a tradução americana da sexta edição de seu *Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Além de Kraepelin, Griesinger é também mencionado por Freud em sua obra. É verdade que quando Freud o cita não o faz pela via de seu

¹ A forma de alienação mental apresentada por Bayle foi nomeada de *paralisia geral progressiva*. A partir de elaborações advindas de sua experiência clínica como médico do exército, ele afirmava que os sujeitos contaminados por sífilis apresentavam delírios megalomânicos e também que comportamentos motores estariam associados à inflamação das meninges, afecção comprovada à posteriori na mesa de dissecação de cadáveres. No entanto, as críticas que se seguiram à sua tese da organogênese das doenças mentais fizeram com que ele abandonasse a clínica da saúde mental (MUSSEL, 2008).

pensamento organicista mas ao contrário, como esclarecido nas notas do editor em “Dois Princípios do Funcionamento Mental” (2010 [1911a]), ao lembrar Griesinger, Freud menciona o caráter realizador do desejo, tanto nos sonhos como nas psicoses, conforme já apontado pelo psiquiatra alemão. E que não nos furtemos de observar que a influência não se deu em única via. O suíço Eugen Bleuler (1857-1939), curiosamente cria o termo esquizofrenia a partir da leitura dos textos de Sigmund Freud (ALBERTI,1999), publicando, já no século XX, sua monografia com o título de “Demência precoce ou o grupo das esquizofrenias”.

Entendemos que a prática desses médicos já caracterizava o que hoje conhecemos como psicopatologia. Dito em outras palavras, a definição de psicopatologia, feita *a posteriori*, aponta na verdade para uma prática já adotada por muitos médicos da época, em especial na França e na Alemanha, bem como em outras escolas da Europa, ainda que aqui tenhamos priorizado apenas duas. Assim, embora alguns fenômenos já estivessem sendo observados nos doentes mentais, a psicopatologia enquanto disciplina científica não havia sido nomeada até a chegada de Karl Jaspers em 1913.

A definição da palavra psicopatologia pode ser compreendida a partir de sua etimologia em que Psic(o) soma-se ao termo patologia para definir-se como patologia das doenças mentais. O prefixo Psic(o) vem do grego *psyché* que significa alento, sopro de vida, alma, enquanto patologia é afecção, dor, pato, que também provém do grego *pathos*, que significa doença, paixão, sentimento (MOREIRA, 2011).

Inspirado pelo filósofo alemão Edmund Husserl e pelo seu método fenomenológico, a proposta de Jaspers era que os doentes, enquanto objeto de estudo, fossem observados a partir de um método descritivo, fenomenológico. Suas bases conceituais foram escritas a partir de sua obra “Psicopatologia Geral”, que se tornaram referências importantes para a investigação dos processos que se reúnem na categoria dos ditos “patológicos”.

A psicopatologia visava trabalhar com os fenômenos que eram realmente vividos e presenciados pelos pacientes, e, para descrever e até mesmo delimitar tais fenômenos, fazia-se uso de parâmetros do que era exteriormente visível. A psiquiatria do século XIX utilizava apenas o modelo explicativo-causal, característico das ciências naturais, enquanto o método fenomenológico proposto por Jaspers unificava o saber explicativo-causal e o saber histórico-compreensivo das ciências humanas para descrever e compreender o fenômeno psíquico (MOREIRA, 2011).

Dessa forma, para Karl Jaspers, a psicopatologia é uma ciência autônoma e existirá independente da psiquiatria. Apesar disso, pode ser pensada como a área

do conhecimento que faz interseção entre dois importantes campos epistemológicos: a psiquiatria e a psicanálise.

Essa breve digressão pela história da psiquiatria nos evidencia que havia, por parte dos seus precursores, grande esforço em apontar causas orgânicas para a doença mental. Mas a psicanálise não seguiu o mesmo caminho, apesar da clara influência que a psiquiatria clássica exerceu em sua origem, à exemplo das denominações neurose, psicose e perversão, que mais tarde foram apropriadas por Lacan para propor seu modelo estrutural.

A partir da experiência com seu preceptor Meynert, um psiquiatra organicista, Freud pôde perceber que havia algo que escapava ao Real do corpo e que não podia, portanto, ser alcançado pelo método anatomoclínico da medicina. Não conformado com os pressupostos positivistas da teoria médica, ele começa a investigar a origem dos sintomas, principalmente no concernente à histeria. Todavia, sem se restringir às formas histéricas, Freud desde o início de sua clínica se interessa também pela psicose, como podemos verificar em algumas correspondências com Wilhelm Fliess. Dentre vários textos, citamos aqui a escrita de duas correspondências, elaboradas em 1895, os “Rascunhos G e H”, em que Freud discorre acerca dos mecanismos da melancolia e da paranoia, respectivamente.

Como dito anteriormente, Freud foi buscar referências entre os grandes nomes da psiquiatria clássica alemã, como Griesinger e Kraepelin, o que torna a psicanálise, assim como a psicopatologia, tributária da psiquiatria clássica. A ideia de organizar uma psicopatologia a partir de uma classificação nosológica, por exemplo, tem suas raízes na nosografia psiquiátrica de Kraepelin, principalmente no que se refere às neuroses. No fim do século XIX, Freud reúne as neuroses e organiza um campo para elas, ainda que como um dispositivo para a formulação da etiologia das doenças mentais muito diferente daquele preconizado pela clínica psiquiátrica.

O que intencionamos dizer é que, se Freud inicialmente comunga com a psiquiatria o mesmo objeto de interesse e alguns pressupostos, ele dá à psicanálise outras direções. Interessado pela clínica da psicose, Freud criou novas possibilidades para refletirmos sobre a função que alguns fenômenos, como o delírio e a alucinação, poderiam ocupar na vida de um sujeito, apontando assim como a psicanálise poderia avançar para além dos limites da psiquiatria. Ao estudar com rigor os escritos de Schreber² ele trouxe esclarecimentos necessários para que

² Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides) (2010[1911b]);

mais tarde, textos como o “Sobre o Narcisismo: Uma introdução”, pudessem ter ganhado o peso e a consistência que tiveram.

Dessa mesma forma, as influências da psiquiatria clássica, principalmente representada pelo trabalho de Kraepelin, também podem ser notadas no trabalho do “psiquiatra” francês Jacques-Marie Émile Lacan (1901-1981) que, curiosamente, ao abrir seus “Escritos”, homenageia uma única pessoa a quem ele se refere como seu “mestre”, Gaetan Gatian De Clérambault. Durante toda sua vida, Lacan não abandonou a clínica psiquiátrica, ao contrário do que há no imaginário de muitos, ele inclusive indicava que os candidatos a analistas conhecessem a realidade do hospital psiquiátrico (FORBES, 1985).

Podemos pensar que essa indicação tenha relação com o seu notável interesse pela psicose que, do início ao fim de sua transmissão, esteve presente tanto na clínica quanto no ensino lacaniano. Em sua tese de doutorado, “Da Psicose Paranoica em suas relações com a Personalidade”, publicada em 1932, é relatado um caso de uma paranoia. Vinte anos depois, a questão das psicoses é retomada por ele em uma outra perspectiva, quando em seu “O Seminário, Livro 23”, “O Synthoma”, comenta sobre a obra do escritor irlandês James Joyce e propõe vários tipos de enodamentos deixando em seu legado que a psicose está entre nós!

PSIQUIATRIA/PSICOPATOLOGIA: O DISTANCIAMENTO DA PSICANÁLISE

ZE se hoje essa ideia provavelmente traria desconforto e estranhamento por parte da comunidade médica, no passado a proposta de Freud parece ter encontrado lugar entre psiquiatras que, na época, aceitavam a ideia de que a doença mental tinha origem em conflitos inconscientes (ANGELL, 2011). Ao observarmos que, até sua segunda edição, publicada em 1968, o principal manual diagnóstico da psiquiatria, o DSM³, manteve-se fundamentado no modelo freudiano, temos um claro exemplo do que Birman (2001) quis dizer ao afirmar que “até os anos 50/60, [...] a psiquiatria era eminentemente psicanalítica.”

No entanto, à medida em que a psiquiatria caminha na direção de se tornar uma especialidade médica respeitada e independente, essa aliança começa a dar sinais de enfraquecimento. A descoberta das drogas psicoativas nos anos 50, a exemplo da clorpromazina, lança luz sobre a ideia de que as perturbações mentais estariam, na verdade, associadas a desequilíbrios químicos no cérebro,

³ DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) pela primeira vez em 1953.

permitindo, a partir desse momento, que a psiquiatria começasse a construir um suposto saber psicopatológico das evidências que relega para plano secundário a história de vida dos pacientes (BIRMAN, 2001 e ANGELL, 2001).

Esse novo cenário abre espaço então para que a indústria farmacêutica, enxergando aí um potencial milionário, avance com suas pesquisas e com a divulgação seletiva e enviesada dos seus resultados. Contando com o apoio de agentes de relevante força narrativa e com a parceria dos psiquiatras, dispostos a trabalhar para impulsionar as novas drogas, a indústria farmacêutica promove uma verdadeira revolução psicofarmacológica na década de 1950, de forma que, o movimento que começou com as psicoses ganha espaço também em outros campos, como a depressão e a ansiedade. Em poucos anos, estariam disponíveis no mercado uma ampla gama de pílulas capazes de suprimir toda a sorte de manifestações das perturbações mentais, como nos aponta Robert Whitaker (2010) através de um amplo levantamento histórico narrado na sua recente publicação “Anatomia de uma Epidemia”.

Cada vez menos preocupada com a etiologia e disposta de drogas dotadas de eficácia para fazer correções biológicas capazes de suportar sua prática, a psiquiatria afasta-se progressivamente da psicanálise e dos seus preceitos conceituais e clínicos. Como efeito desse desenlace, a terceira versão do DSM é publicada em 1980 apregoando uma nova forma de nosografia das doenças mentais, marcada pela descaracterização dos grandes grupos psicopatológicos propostos por Freud. Esse momento, nomeado por Cristian Dunker (2014) como expurgo da psicanálise, responde à demanda daqueles que consideravam que, até sua segunda versão, o DSM representava o compromisso entre a psiquiatria normativa com uma psicanálise retrógrada. Multiaxial, o novo modelo consistia num sistema classificatório ateuórico das grandes síndromes psiquiátricas que se propunha suficiente para apoiar diagnósticos precisos e universais, nos quais não caberiam referências ontológicas (DUNKER, 2014).

O desaparecimento das entidades clínicas clássicas é compensado pela introdução da noção de transtorno ou, mais recentemente, pela ideia de espectro que, valendo-se da falta de exames objetivos e da dificuldade de delimitação das fronteiras no campo da psiquiatria, cumprem a função de expandi-las (ANGELL, 2011). Com efeito, a ampliação das categorias serve, em grande medida, para dar destino às novas opções farmacológicas, de forma que “criam-se as síndromes e transtornos, ou melhor, dão-se novos nomes a antigos sintomas, para que possam ser medicados” (QUINET, 2001, p. 75). E se, o objetivo declarado pelos idealizadores do DSM-III consistia, como nos aponta Dunker (2014), em criar uma

base comum e em linguagem acessível para padronizar e validar os diagnósticos psiquiátricos dentro e fora dos Estados Unidos, Angell (2011) nos adverte que a finalidade real parece ter sido a de ligar os pacientes aos novos tratamentos farmacológicos. Não por acaso, esta edição do manual foi amplamente difundida fazendo imperar suas classificações internacionalmente e marcando importante transformação na psiquiatria. Desde então, observamos as classificações crescerem em ritmo exponencial a cada nova revisão.

Mas as consequências do desenlace com a psicanálise vão muito além dos aspectos nosográficos que, como bem sabemos, nem sempre seguem preceitos estritamente clínicos. Essa nova forma de classificação, cada vez mais distante da proposta clássica, desvela uma fundamental contradição entre as concepções que têm guiado para caminhos opostos psicanalistas e psiquiatras. Enquanto os primeiros continuam orientados pelo modelo freudiano, que, baseado na estrutura, implica a consideração de uma perspectiva histórica e subjetiva, a psiquiatria, guiada por um modelo organicista, aposta na ideia de que desequilíbrios químicos específicos, a nível dos neurotransmissores, explicariam cada uma das doenças mentais e suas manifestações.

E se seguirmos a análise nessa direção, notaremos que essa diferença de concepção irá determinar de maneira substancial a condução dos diagnósticos. Enquanto na psicanálise, como nos aponta Quinet (2001), o diagnóstico advém como conclusão de um processo de construção do caso clínico e deve necessariamente se referir à estrutura que o condiciona, na psiquiatria observamos o que Angell (2011) chamou de exercício de correspondência entre os sintomas relatados pelo paciente e a lista de critérios diagnósticos elencados pelo manual para compor um transtorno. Aqui vale destacar o termo “elencados”, sabendo do caráter consensual do processo através do qual eles são definidos pelas comissões organizadoras à frente da elaboração do DSM.

É nesse sentido então que o discurso científico da medicina se sobrepõe ao saber subjetivo e particular de cada sujeito sobre sua doença, de forma que, como aponta Birman (2001, p. 24), os sofrimentos psíquicos e as queixas passam a servir apenas para fins diagnósticos e “deixam de ser considerados signos de uma história existencial ou até mesmo marcas eloquentes da incidência das oscilações do espaço social sobre a subjetividade”. A esse processo de esvaziamento da história e através do qual a doença mental perde sua inscrição no registro da linguagem, Birman (2001) chamou de desposseção do sujeito.

Por conseguinte, se a manifestação sintomática, desarticulada do seu sentido, assume função norteadora para o diagnóstico, o tratamento não pode

consistir em outra coisa senão na sua redução ou eliminação, e não pode ter outro agente que não os dispositivos farmacológicos. Dito em outras palavras, sob essa nova concepção, o tratamento é geralmente centrado na supressão sintomática, ou seja, daquilo que é visível, e isso ao preço da evitação da investigação da causalidade. A busca pela correção dos desequilíbrios químicos ofusca o investimento nas soluções que partem da experiência subjetiva singular, contribuindo para posicionar a psiquiatria como protagonista no tratamento da saúde mental enquanto as práticas psicoterápicas ganham papel coadjuvante no dispositivo de cuidados (BIRMAN, 2001).

Por outro lado, não podemos negar a importante função desempenhada pelos psicofármacos na história da saúde mental. Provavelmente, sem sua ajuda, a desospitalização de inúmeros pacientes que povoavam os manicômios em outros tempos não teria sido possível, ou pelo menos, teria encontrado desafios ainda maiores. Arriscamos dizer que, sem o apoio dessas medicações, o ideal da Reforma Psiquiátrica de oferecer tratamento em liberdade por meio dos serviços abertos encontraria limitações de ordem prática, e, portanto, não é isto que aqui colocamos em jogo. Interessa-nos discutir como o avanço de uma psiquiatria biológica vem afetando a forma com que esses pacientes são escutados e tratados em tempos de DSM-V. Ou, de outra forma, qual lugar cabe ao sujeito quando seu discurso é sumariamente reduzido a uma síntese fenomenológica descritiva e passível de encontrar correspondência em um manual estatístico? Se a ordem é eliminar a manifestação sintomática, como são tratados os casos em que o sintoma é justamente a solução encontrada pelo sujeito?

Freud nos alertou que sintomas são formações de compromisso entre as diversas instâncias do aparelho psíquico. Mais ainda, ele defendeu que, nos quadros psicóticos, “o que consideramos produto da doença, a formação delirante, é na realidade tentativa de cura” (FREUD, 2010 [1911b], p. 94), indicando que a possibilidade de estabilização do delírio apontaria para uma vantagem clínica. Da mesma forma, a paranoia foi pensada por Lacan como uma evolução. Assim, entendemos que é preciso dar um passo atrás diante da proposta diretiva de eliminar as manifestações do sujeito a qualquer custo, para compreendermos o quê do sujeito ali se inscreve. Isso significa restituir a clínica do caso e permanecermos orientados pela ética de bem dizer o sintoma, e não de classificá-lo a partir de parâmetros estatísticos. Justamente por isso a clínica psicanalítica, que não se ensurdece diante do sintoma, não oferece a brevidade da clínica psiquiátrica, disposta a calá-lo. É preciso tempo e paciência para que o sintoma nos mostre a que veio, que dê provas de sua função significante.

Além disso, se como nos indica Angell (2011), o aumento do uso de psicofármacos não está sendo acompanhado de uma diminuição na incidência dos transtornos, sentimo-nos encorajados a continuar apostando na solução singular do sujeito, ainda que aos olhos do DSM, esta se apresente como critério classificatório para mais um transtorno qualquer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, apesar de hoje psicanálise e psiquiatria constituírem campos epistêmicos distintos, produzindo a ilusão de que a princípio são como duas paralelas que jamais se cruzarão, são, na realidade, como dois conjuntos, cujo ponto de interseção é a psicopatologia. E foi apostando nisso que fizemos aqui um breve retorno à história, justificado pela nossa convicção de que conhecê-la nos permite entender que a oposição entre psicanálise e psiquiatria não é intrínseca à relação entre as duas. Ao contrário, se no início, o pai da psicanálise foi buscar suas bases nos clássicos da psiquiatria, a distância entre esses dois campos veio como resultado de processos que seguiram interesses de outra ordem, que estão para além da clínica.

Assim, se no contexto do seu surgimento no século XIX, a clínica psiquiátrica e a práxis psicanalítica compartilharam o adoecimento psíquico como objeto comum e puderam, a partir daí, fazer laço, hoje, o mesmo objeto, compreendido sob concepções divergentes, coloca-as diante do embaraço. Neste ponto, ainda que sejamos pautados pelos ensinamentos da psicanálise e pela ideia de que é sempre necessário retomarmos os clássicos da psiquiatria, não acreditamos que o encontro com o discurso contemporâneo psiquiátrico, revelado pelos seus manuais diagnósticos, deva ser reduzido à provocação “psiquiatria *versus* psicanálise”. Ao contrário, pensamos que se trata de ainda podermos apostar no laço e no diálogo entre os dois campos.

Como podemos verificar, a preocupação dos alienistas desde o nascimento da clínica psiquiátrica era de não apenas nomear os quadros nosológicos, mas também de explicar a etiologia das doenças mentais. Enquanto a psiquiatria se preocupava em explicá-las pela via da organogênese, a psicanálise, ao contrário, explicaria a constituição subjetiva por outras vias. Freud buscava escutar a historicização sintomal independente da estrutura. Nessa perspectiva, sempre houve um distanciamento entre essas clínicas. Daí o embaraço, principalmente quando os valores da psicopatologia correm riscos de ficarem submersos numa clínica, onde o *logos* antecede o *pathos*, contrária à forma que um dia foi lembrada por Georges Canguilhem (1982 [1943]) *apud* Serpa Jr. (2007), em que o

pathos antecede o *logos*. Dito de outro modo, em tempos de DSM-V, há uma gama enorme de classificação de quadros psicopatológicos para qualquer tipo de mal-estar.

Para concluir, se o objeto da medicina é o corpo e seu objetivo, a saúde, cabe à psiquiatria, filha da medicina, que apazigue os males da alma no corpo. Nesse sentido, retomamos à era hipocrática, localizamos a doença no corpo. Nada contra, afinal, esse é o pai da medicina. Cabe à psicanálise escutar um sujeito em sofrimento e cabe ao analista atualizar-se no discurso contemporâneo para que, em tempos de DSM-V, ele seja capaz de acolher aqueles que chegam à sua clínica com “dores na alma”. Não interessa se o que faz relevo é o fenômeno ou a estrutura, interessa-nos o desejo em clinicar e saber o que fazer, diante dos embaraços e assim podermos criar algumas possibilidades de laços entre psiquiatras e psicanalistas para que ambos, cada um ao seu modo, possam suportar e se manterem nos atravessamentos da psicopatologia da vida cotidiana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, Sônia. Apresentação. In.: _____. ALBERTI, S [org.]. **Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizoide**. Rio de Janeiro: Marca d'Água, 1999. pp. 7-13.

ANGELL, Márcia. A Epidemia da Doença Mental. **Revista Piauí**, a.5, n. 59, ago./2011.

BARRETO, Francisco Paes; IANNINI, Gilson. Introdução a Psicopatologia lacanianiana. In.: _____. TEIXEIRA, Antônio; CALDAS, Heloisa [orgs]. **Psicopatologia Lacanianiana**. Belo Horizonte: Autentica, 2017. pp. 35-54.

BIRMAN, Joel. Despossessão, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje. In.: _____ QUINET, Antônio. [org.]. **Psicanálise e psiquiatria: Controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. pp. 21-29.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. Questões entre a psicanálise e o DSM. **J. psicanal.** São Paulo, v.47, n.87, p.79-107, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 jul. 2018.

FORBES, Jorge. **Psicanálise e Psiquiatria**. Palestra proferida no ‘X Ciclo de Debates: Psiquiatria e Psicanálise’ promovido pelo ‘Grupo de Estudos Psiquiátricos do Hospital do Servidor Público Estadual de S. Paulo’, em 15 de junho de 1985.

FREUD, S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico (1911a) In.:_____. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”)**, artigos sobre técnica e outros textos (1911–1913). São Paulo: Cia. das Letras, 2010. (Obras completas, vol. 10. Tradução de Paulo César de Souza).

FREUD, S. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (Dementia Paranoides) relatado em autobiografia (“O caso Schreber, 1911”b) In.:_____. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”)**, artigos sobre técnica e outros textos (1911–1913). São Paulo: Cia. das Letras, 2010. (Obras completas, vol. 10. Tradução de Paulo César de Souza).

FREUD, S. Terceira parte: teoria geral das neuroses (1917) In.:_____. **Conferências Introdutórias à psicanálise (1916–1917)**. São Paulo: Cia. das Letras, 2014. (Obras completas, vol. 13. Tradução de Paulo César de Souza).

LENTINO, Paulo. Um psiquiatra como precursor de Freud. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** São Paulo, v. 4, n. 4, p. 421-426, dez. 1946. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1946000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 jul. 2018.

MOREIRA, Virgínia. A contribuição de Jaspers, Binswanger, Boss e Tatossian para a psicopatologia fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v.27, n.2, p.172-184, jul. /dez. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3577/357735515008/>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

MUSSEL, Eliane. **Apostila de psicopatologia**. 2008. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/7463125-Apostila-de-psicopatologia.html>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

PACHECO, Maria Vera Pompêo de Camargo. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v.6, n.2, p. 152-157, abr. / jun. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1415-47142003002011>>. Acesso em 25 jun. 2018.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Bayle e a descrição da aracnoidite crônica na paralisia geral: sobre as origens da psiquiatria biológica na Franca. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 12, n. 4, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n4/v12n4a09>>. Acesso em 24 jun. 2018.

QUINET, Antônio. Como se diagnostica hoje? In.:_____ QUINET, Antônio. [Org.]. **Psicanálise e psiquiatria: Controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. pp.73-78.

SERPA JR, Octavio Domont de. Subjetividade, valor e corporeidade: os desafios da psicopatologia. In.:_____ SILVA FILHO, João Ferreira da. [Org.]. **Psicopatologia hoje**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007. pp. 11-62.

WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Rio de Janeiro: Fio-cruz, 2017.

SOBRE OS AUTORES

Mara Viana de Castro Sternick: Psicanalista e psicóloga, Pós- doutoranda em Psicanálise pela UVA-RJ, Doutora em Psicanálise pela UERJ e Professora da Universidade FUMEC.

E-mail: maravcsternick@gmail.com

Marcela Baccarini Pacífico Greco: Graduanda do curso de Psicologia da Universidade FUMEC.

E-mail: mbpacifico@gmail.com

Ronan Borges: Graduando do curso de Psicologia da Universidade FUMEC.

E-mail: ronanborges@live.com

ORGANICISMO, DSM E CONTEMPORANEIDADE CONTINUIDADES E NOVIDADES

Alexandre Simões

O ORGANICISMO E O OLHAR

Há um Organicismo presente e vigente no campo psíquico em nossa atualidade, que tende a se imiscuir na prática e junto ao entendimento de diversos profissionais que aí se encontram, quanto mais ele se propõe como uma genuína eminência parda: sempre por ali, sub-repticiamente, nas sombras das coxias dos cenários epistemológicos. Discreto em suas manifestações, todavia, hegemônico em suas incidências. Neste contexto, por Organicismo devemos considerar a tendência a se localizar (ou, sobretudo, subtender) um substrato material discernível, coincidente com uma localização anatômica (em última instância, cerebral) ou com um percurso sináptico (cuidadosamente, uma rede sináptica), substrato este que daria razão e consistência ao *pathos*: aquilo que patologiza, aquilo que, sendo marcado pelo excesso, se configura e se expressa como mal-estar.

Um Organicismo, pois, que preencheria, sem deixar frestas, o lugar de inexorável causa, acompanhada de estatísticas, dados epidemiológicos, índices de prevalência, em suma, evidências (científicas). Sinteticamente, o ponto nevrálgico da argumentação organicista e a ressonância de seus ditos é a expectativa quanto a um *corpo elucidado*, sem zonas de penumbra, sem dimensões opacas,

por fim, sem silhuetas barrocas. Este corpo elucidado, por sua vez, daria aval às mais diversas práticas declaradamente instrumentais que têm em comum um mesmo e só ideal: modular o comportamento pela dissipação do sintoma.

Todavia, este *parti pris* não é algo inteiramente novo no campo da subjetividade. Nota-se que ele vem funcionando, sem maiores subterfúgios, como uma marca discursiva e operativa de diversos saberes (Psiquiatria, Neuropsicologia, Neurociências, Adjacências Comportamentais, etc.) que aspiram a um certo protagonismo instrumental na cena contemporânea. Há aqui um detalhe que está longe de ser acessório, pois é a turbina constante da lógica organicista: tal qual um par-perfeito, ela haveria de ser cancelada pela Ciência. Mais precisamente: ela haveria de ser cancelada por uma operação que é fundante da Ciência, como ainda sublinharemos. Por conseguinte, o Organicismo tende a se mostrar como a imposição de uma evidência (que se pretende científica) e a evidência de uma imposição: não a do saber, mas a da verdade. E esta verdade faz laço com o mercado, na medida em que ela freneticamente produz circuitos de demandas: demanda de saber, demanda de intervir (e dominar), demanda de consumir, demanda de aquiescer, demanda de extinguir. Dos neurônios ao *mindfulness*: eis aqui o novo abracadabra estrategicamente disposto nas prateleiras e sob os holofotes editoriais à espera do sujeito suturado. Circuitos de demandas: especialmente aquelas onipresentes em dois acontecimentos contemporâneos que mutuamente se nutrem em seu mutualismo constante: de um lado, a psicopatologização da subjetividade (não deixando nem mesmo fora de seu radar a dimensão da falta e da perda, materializada no luto e em seus congêneres) e, na outra ponta do círculo que se fecha, a medicalização do mal-estar (a começar pela infância, turbinando a sutil fidelização dos pacientes *ad infinitum*).

Sendo assim, para a devida localização dos multifacetados vínculos que se instalam entre o organismo, o corpo e a subjetividade, partamos de algumas balizas históricas reveladoras de uma estrutura que retorna em nosso laço social. É notório como que a tendência à categorização de quadros clínicos, a subsequente demarcação de diagnósticos em nichos específicos e a delimitação de entidades mórbidas em estruturas segmentadas são empenhos que explicitam o *modus operandi* do Saber Psiquiátrico e a instrumentalização atual do mesmo no meio social, ou seja, a Psicopatologia Contemporânea.

Verificamos aqui o âmago da lógica de uma insistente Razão Taxonômica que funciona quanto mais ela delimita, sem querer deixar nada de fora, o seu objeto por meio de segmentações sucessivas, almejando uma espécie de unidade em meio à proliferação de um encadeamento de divisões contínuas e cada vez

mais detalhadas: os códigos diagnósticos. Esta presumida unidade encontra-se, entre nós, veiculada pela onipresença do “transtorno” (*disorder*) que, bem sabemos, é a palavra de ordem da Psicopatologia Contemporânea, orquestrada pela linhagem do DSM: *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*.

Esta referida tendência de uma Psicopatologia na atualidade, caso possamos ampliar o alcance histórico de nossa reflexão, nos conduzirá, no mínimo, à verve inicial de Linnaeus (1707-1778) e a seu expansível método de divisão e denominação. Esta forma de operar sobre o vivente (e mais do que isto: sobre o real) foi sendo cada vez mais anabolizada por saberes já vigentes na Botânica, na Química e na Zoologia na primeira metade do século XVIII, até ser irreversivelmente explicitada por Philippe Pinel (1745-1826), poucas décadas após, no âmbito da Psiquiatria. Pinel foi o importador destas segmentações exponenciais para um campo que nos é próximo, levando adiante os efeitos da Ciência sobre a loucura. O alienista, aplicador metódico deste viés taxonômico, intentou não só organizar, mas, sobretudo, transmitir o desvelamento de algo até então oculto: *o deslocamento da loucura em doença mental*.

Esta transmutação axial funcionou como a pedra filosofal da Psiquiatria de outrora e dos tempos atuais. Sabemos que esta específica transmutação da loucura à condição de doença mental foi (e ainda é) de longo alcance. Ela gerou efeitos não somente epistemológicos e morais, como são usualmente ressaltados, mas comportou um fino efeito sobre algo mais sutil e de longa envergadura que, ao não ser devidamente salientada, deixa despercebido o essencial: o efeito sobre o *campo escópico*.

A transmutação há pouco apontada gerou uma crucial reconfiguração sobre o olhar. Mas, notemos que esta transmutação é difícil de ser enxergada pois ela é reguladora do próprio campo escópico. Ao invés de se dar a ver como um objeto comum, ela instaura o possível e o desejável de se ver, oferecendo, portanto, visibilidade e invisibilidade a uma série de fenômenos. Em outras palavras, a transmutação da loucura em doença mental não deixará de acarretar consequências sobre aquilo que se supõe ser visto, ser procurado (que o inglês *looking for* tão bem expõe) no próprio sintoma. Podemos, inclusive, afirmar que o primeiro sinal deste rearranjo do olhar se concretizou em uma demanda de olhar, com toda a precisa ambiguidade que esta expressão acarreta: demanda de ver algo e demanda de que algo veja.

Testemunha desta demanda de olhar que recai sobre a junção da loucura com a doença e, por extensão, com o corpo é o recente trabalho de Gorges Didi-Huberman, *Invenção da histeria: Charcot e a iconografia fotográfica da*

Salpêtrière, que se concentra sobre um pathos muito específico que vem a ser a histeria, mas que é emblemático quanto ao liame entre o óptico e o sofrimento:

Uma relação de desejo, olhares e saberes. (...) Está tudo ali: poses, crises, gritos, ‘atitudes passionais’, o ‘crucificações’, ‘êxtases’, todas as posturas do delírio.

Tudo parece estar presente, pois a situação fotográfica cristalizava idealmente a ligação entre a fantasia histérica e uma fantasia do saber (DIDI-HUBERMAN, 2015, p. 15).

Por fim: “Caso e quadro culminam na observação, no ato de vigilância - o grande gênero psiquiátrico” (DIDI-HUBERMAN, 2015, p. 48).

Passagem da loucura à doença mental: síncrona a um modo outro de ver e de expor a dimensão do sofrimento. Essa passagem não deixaria também de repercutir sobre o Imaginário doravante associado à experiência da loucura. Por meio desse gesto alquímico, Pinel deixou sua marca sobre todos nós, uma vez que seu ato gerou energia para a movimentação das engrenagens da Medicina Mental e, assim, selou a configuração da loucura (em suas mais distintas manifestações) como doença mental (FACCHINETTI, 2008). Esta modalidade de razão, como bem se nota, não foi sem consequências para o laço-social:

A loucura torna-se verdade médica. Cria-se uma clínica das enfermidades mentais e uma concepção de terapêutica: o louco, como qualquer doente, necessita de cuidados, de apoio e de remédios. Cria-se um corpo de conceitos, a teoria psiquiátrica, que instrumentalizariam esta prática clínica. O asilo é criado, aparecendo como figura histórica, tornando-se o lugar adequado para a realização desta cura (BIRMAN, 1978, p. 2).

Tal tendência, sob os auspícios da atmosfera Iluminista, foi rapidamente elevada à categoria de uma Revolução Metodológica (este acoplamento entre saber e técnica), materializada na obra desbravadora do alienista francês: *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Por este viés, o que daria sustentação ao saber psicopatológico, dali em diante, haveria de ser um fino conjunto de descrições precisas das mais diferentes formas clínicas que se manifestavam no campo da experiência ótica e cotidiana da saúde mental: seus traços, os agrupamentos destes, suas fronteiras e exclusões recíprocas, etc. Esta genuína *cartografia do excesso* ia se impondo ao olhar atento e rigoroso do alienista, sempre acompanhada por um criterioso e robusto esforço de delimitação das espécies semiológicas típicas e, por fim, a sua classificação (PINEL, 2007):

Uma ética do ver. Isto é chamado, inicialmente, de olhadela, relance de olhos, e também é da alçada da ‘bela sensibilidade’ com que se identifica o olhar clínico; é um ‘exercício dos sentidos’ - um exercício, uma passagem, ao ato

do ver: olhadela, diagnóstico, tratamento, prognóstico. A olhadela clínica, portanto, já é um contato, ao mesmo tempo ideal e percuciente; é uma flechada que vai direto ao corpo do doente, quase o apalpa. (DIDI-HUBERMAN, 2015, p. 50)

Como sublinhamos, trata-se aqui, por intermédio desta revolucionária psicopatologia, de um campo escópico em que tudo, no real, é posto às claras, é dado a ver. Não há como não perceber, neste *fiat lux*, a operação que Jacques Lacan intitula como “os efeitos da ciência no universo contemporâneo” (1998, 808). Eis, portanto, o sintoma apreendido naquilo que nele é essencialmente da ordem de uma superfície: sim, na classificação catalográfica, estamos imersos na superfície do sintoma. Em suma, estamos aqui confrontados a esta dimensão rasteira do sintoma que vai se oferecer ao olhar e, logo, à descrição de seus traços em minúcias (dando a entender, muito apressada e ingenuamente, que, pelo fato de se pôr a ver em um catálogo, em um quadro, tudo nele é transparente, tudo nele é visto): etiqueta do olhar.

A este olhar vigilante, não escapa a tentativa de também se discernir, em meio à classificação do *pathos*, os sinais precursores dos quadros clínicos, a própria eclosão, evolução e o possível desfecho das crises. Este agrupamento clínico, sempre vinculado ao manejo da experiência, funcionou (e ainda funciona, nos dias atuais) como uma matriz que foi desdobrada, sob ritmos distintos, nas mais diversas Escolas Psiquiátricas (Alemã, Inglesa, Suíça, Italiana, Norte-americana, etc.), ainda que viesse a passar por transformações e adaptações nestas outras instâncias. O cuidadoso trabalho de ZILBOORG e HENRY (1963) pode nos dar uma amostra, em escalas distintas, destes desdobramentos. Deixemos que o leitor, de maior fôlego, faça por si mesmo essa trilha. As palavras de ordem desse momento prototípico eram categorização, sistematização e terapeutização, com fins a regular a intervenção sobre os pacientes, mais precisamente, sobre aquilo que, neles, se impunha na condição de sintoma:

Entretanto, se este conhecimento antecipatório era colocado como fundamental, era necessário também que não fosse muito geral, mas que se tornasse preciso (...). Conhecimento empírico, não especulativo, sendo necessário que contenha em si a possibilidade de delimitar a história e o tratamento da doença mental. (...) Seria preciso a constituição de um saber sobre a cura, que a definisse pela designação de suas formas e de suas significações, sendo nesta perspectiva que este conhecimento prévio se pretendia antecipatório. (BIRMAN, 1978, p. 43)

Vale notar, contudo, que o que ganhou ares de revolução metodológica, trazia consigo elementos de um tempo pretérito, pois desde os primeiros rudimentos

do *pathos* entre nós, no esplendor da Civilização Ocidental, nos deparamos com cartografias do sofrimento que já se coadunavam com uma expectativa nomotética, tão evidente na Psicopatologia Contemporânea. Por exemplo, as menções iniciais à melancolia e à paranoia, desde os gregos clássicos, já dão mostras deste empenho de delimitação e caracterização do quadro clínico como entidade mórbida, em constante flerte com a perspectiva ortodoxa de Paracelso, que considerava a entidade como a causa ou a coisa que tinha o poder de dirigir, causalmente, o corpo. Tradicionalmente, a expressão do sintoma sempre comporta um querer-tudo-elucidar quanto ao corpo.

Todavia, por mais que sempre as discussões relacionadas ao sofrimento humano fossem perpassadas por elucubrações sobre o corpo e, por conseguinte, seu vínculo com o organismo (esta dimensão visceral, carnal que o corpo envelope e oculta de modo erógeno), não podemos deixar de apontar que um momento muito expressivo de selagem destes elementos se deu em uma via pós-pineliana com Wilhelm Griesinger (1817-1869), este personagem central na Psiquiatria Alemã (e em boa parte das outras tendências e Escolas presentes no campo da Psicopatologia). Ao ver de Bercherie, “(...) podemos considerar a psiquiatria alemã anterior a Griesinger como pré-pineliana: caberia a ele introduzir na Alemanha a tradição clínica propriamente dita, mas não sem tomar muitas coisas de empréstimo aos somatistas.” (BERCHERIE, 1995, p. 70)

Caso busquemos cotejar a trilha de Griesinger com a rota de Pinel e, por extensão, com a de Esquirol, é notável como o texto de Pinel, a despeito de seu empenho como observador meticuloso do campo clínico, ainda se restringia a uma estilística em boa parte mais afeita às searas literária e filosófica. Já a letra de Esquirol, eminente discípulo de Pinel, não lograva ultrapassar um compósito de artigos diversos (Bercherie, 1995). Diferentemente destes precursores, Griesinger introduziu o status sistematizador e taxonômico no campo da loucura, por meio de seu *Tratado sobre patologia e terapêutica das doenças mentais* (publicado em 1845 e tendo uma segunda edição, revisada, em 1861). A partir deste ponto (e pensemos, especialmente, nas repercussões que estes empreendimentos nos causam, ainda hoje), um roteiro se imporá para todas as posteriores obras e discussões relacionadas ao campo da Saúde Mental:

De fato, Griesinger apresentou-nos uma nosologia erigida sobre a ideia de evolução das formas clínicas (...) apresentou-nos um sistema completo, na linha dos debates de escola do começo do século na Alemanha, e bastante distanciado, em contrapartida, da prudência de Pinel e de Esquirol. Por outro lado, sua conceituação foi muito mais elaborada e penetrante. Essas características marcariam a psiquiatria alemã até nossos dias... (BERCHERIE, 1995, p.78)

O ponto axial do tratado de Griesinger encontra-se no *parti pris* que afirma - a título de verdade - que as doenças mentais são, em última instância, doenças cerebrais. Diferentemente dos alienistas anteriores que findavam por supor este aspecto, meio nebuloso ou tateante, sem excluir outras possibilidades, Griesinger assume o argumento sem tergiversar: o sujeito é o cérebro. Indo a Lacan, mais uma vez, obtemos uma síntese nevrálgica deste intento fundamentador: temos aqui um “psíquico que duplica o organismo” (LACAN, 1998, p. 809).

Ao lado deste viés, Griesinger ainda sentencia que a Psiquiatria deveria necessariamente se distanciar (inclusive, se libertar) tanto das noções quantos dos modelos e ideais muito afeitos às ideias poéticas, filosóficas e morais, para, por meio desse alheamento, se impor como uma disciplina médica autônoma. Voltemos ao nosso discreto fio-condutor: o olhar e sua ética. Esta autonomia, frisemos, estaria autorizada pela noção de que o sintoma, o mal-estar que habita um paciente não seria opaco ou resistente a tudo mostrar, pois teria no organismo a sua relampejante clareza. Compreendemos que esta clareza (mesmo quando atrelada à expectativa de evolução contínua da Ciência, uma vez que se hoje ela não mostra tudo, um dia tudo elucidará) é convergente com a ilusão de “um sujeito consumado em sua identidade consigo mesmo” (LACAN, 1998, p. 812).

Em suma, há de se estabelecer aqui uma forma de redução, no sentido preciso que Lacan lhe dá, ao falar de uma típica operação em curso na Ciência: “É preciso uma certa redução, às vezes demorada para se efetuar, mas sempre decisiva no nascimento de uma ciência; redução que constitui propriamente seu objeto.” (LACAN, 1998, p. 869). Tal redução, classicamente, “negligencia o sujeito” (LACAN, idem, p. 885), dando-nos condição de sustentar a tese de um “sujeito abolido da ciência” (LACAN, idem, p. 813).

Portanto, temos aqui o órgão, o organismo funcionando como o alicerce (e a verdade) do sintomático que se apresenta na dimensão subjetiva. Estritamente, Griesinger foi o autor que sistematizou o ponto de partida daquilo que veio a ser reconhecido como a base primeira da Psiquiatria Biológica (SHORTER, 1997), ultrapassando e mudando qualitativamente todas as discussões anteriores, sejam estas amparadas nos estados dos humores, nas veredas da moral ou nos escalonamentos da disciplina e em todos os seus desvios.

A argumentação e os empenhos de Griesinger demarcam, no campo psicopatológico, um substrato mórbido fundamental que, em última instância, finda por autorizar uma espécie de reificação no campo psíquico. Mais do que isso, conduz a um funcionamento discursivo (se compreendermos por discurso não só um conjunto de enunciados e alocações mas, sobretudo, os efeitos gerados

por eles, ou seja, aquilo que é posto em funcionamento), que coloca o corpo em uma ordem inteiramente apreensível e maquinal, não abrindo espaço para algo que lhe fosse insondável, opaco e heterogêneo ou que, do mesmo, escapasse. Em paralelo a Griesinger, não podemos deixar de mencionar a tendência que se deu na Psiquiatria Francesa, na mesma época, quanto a se considerar (em divergência com os passos inaugurais de Pinel e Esquirol) o acontecimento psíquico patológico como um efeito de lesões anatômicas ou biológicas de cunho cerebral. Lembremo-nos dos emblemáticos: em 1845, Morreau de Tours (1804-1884) vai afirmar que as diversas formas de loucura têm um substrato orgânico, ecoando o trabalho bem anterior, sustentado por Bayle, em 1822, acerca da Paralisia Geral Progressiva. Especialmente com Bayle o que foi mostrado à visão foi a inflamação crônica das meninges cerebrais (aracnoidite crônica). Logo, ofereceu-se um triunfo ao olhar, por meio da demarcação, da deterioração do tecido corpóreo, do objeto, da Coisa (PEREIRA, 2009).

Neste ponto, estamos imersos nos ideais essenciais do cientificismo de outrora, bem como de nossa atualidade. Certamente, é a uma operação desta ordem (e aos efeitos daí decorrentes) que podemos localizar com precisão a escuta lacaniana do marco fundante da Ciência, quando, em *A ciência e a verdade* (LACAN, 1998), ela nos leva a verificar a forclusão do sujeito pela Ciência (p. 889).

Para não cairmos em contraposições simplificadoras ou autoexcludentes, vale, neste ponto de nossa argumentação, retomar a trilha que Lacan nos indica quanto à relação entre sujeito e Ciência: a Ciência Moderna e o sujeito surgem de modo síncrono, de tal maneira que o passo inaugural da primeira configura a inscrição do segundo. Um não vai sem o outro, *ad initio*. Por intermédio do *cogito cartesiano*, Ciência e sujeito irão se articular, tal qual as abas de uma dobradiça. Esta coexistência, porém, comporta internamente uma oposição recíproca: ali onde vigora o discurso da ciência (organicismo, substrato material do *pathos*, psicopatologia contemporânea), o sujeito encontra-se enclausurado do lado de fora (RABINOVITCH, 2001).

Todavia, o sujeito se faz presente nas lacunas e interstícios desse discurso. Mais do que se fazer presente, o sujeito é, precisamente, o outro da “sutura” (LACAN, 1998, p. 891): ele é a divisão, a descontinuidade, o furo, o corte, a fenda que se manifestam no discurso da ciência. Assim, o sintagma “sujeito da ciência” (LACAN, 1998, p. 808) subtende que não há sujeito antes do advento da Ciência, não há sujeito fora de seus escopos e, por fim, não há um sujeito natural. Desta feita, toda ingênua oposição à Ciência findaria por cerrar o galho em que diversos saberes, inclusive a Psicanálise, estão apoiados. Não detendo o raciocínio neste ponto, é imprescindível também considerar que não há sujeito na

ciência. Em síntese: *há o sujeito da ciência, mas não há sujeito na ciência*. Esta é uma aporia inescapável que, tal qual um espectro, assombra toda tentativa cabal de cientificação do *pathos*.

É neste ponto que podemos localizar, com mais precisão, o *correlato anti-nômico* entre a Ciência (e aquilo que aqui vem fazendo série: Organismo, Psicopatologia Contemporânea) e a Psicanálise: o sujeito desta não poderia ser outro que não o da primeira, porém aquilo que nesta é patente (e subvertido), naquela é forcluído, “abolido” (LACAN, 1998, p. 813). Este correlato, vale destacar, não se deu instantaneamente: a partir da emergência do sujeito da ciência, em seu momento inaugural (localizado por Lacan no *cogito cartesiano*), este sujeito fica à espera, em suma, *en souffrance*: ele haverá de aguardar Sigmund Freud para ser resgatado, ou seja, trazido de volta à sua morada (o *ethos* do Inconsciente). Nesta trilha, se a abolição do sujeito nos leva a uma colagem entre saber e verdade, devemos considerar que a partir de Freud somos confrontados com uma verdade que, sendo díspar quanto ao saber, retorna sob a forma daquilo que não é de todo dado-a-ver no sintoma. Frisemos que esta é a grande contribuição prática da Psicanálise para o espaço, ainda possível, de uma Clínica na contemporaneidade e não somente de uma terapêutica devota de um *checklist* semiológico.

CAPILARIDADE DO ORGANICISMO

Passados pouco mais de 150 anos desde o *Tratado* de Griesinger, presenciemos a instalação de um cenário que nitidamente repercute sobre as relações do laço social com o sofrimento mental, de modo tal que não é desmedido reconhecer que

assistimos ao ressurgimento, a partir dos anos 70/80 do século passado, de trabalhos científicos calcados num forte determinismo biológico, implicando a interpretação biologizante de uma vasta gama de comportamentos e fenômenos, tais como a diferença de gênero, a homossexualidade, as diferenças de performance escolar, diferenças raciais, além, evidentemente, das chamadas “doenças mentais”, cujo fundamento psicológico é descartado em favor de prováveis disfunções do sistema nervoso. (RUSSO, PONCIANO, 2002, p. 346)

Um dos índices atuais dos efeitos desta perspectiva é precisamente, como já apontamos, um fenômeno cotidiano de dupla face: a medicalização do sofrimento psíquico e a psicopatologização (psiquiatrização) da vida:

Essa medicalização/psiquiatrização, como se sabe, implica não apenas intervenções diretas do poder público, mas uma penetração mais sutil e capilarizada no interior

das famílias e na regulação das relações entre seus membros (RUSSO, PONCIANO, 2002, p. 349).

Neste contexto, devemos considerar que o cenário da Psicopatologia Contemporânea é notoriamente orquestrado por uma ferramenta pragmática, que comporta uma intensa expectativa de localizar o paciente em uma classificação: o *quick* DSM-5. Sob este espírito de coleção (elemento x, correspondente ao nicho y) a tarefa terapêutica pode se tomar desde um ponto de ação mais ágil (uma olhadela a jato), favorecendo a eleição do tratamento correspondente ao *pathos*, tanto do ponto de vista farmacológico como psicoterapêutico.

A atual tendência da Psicopatologia, isto é, a materialização de sua visada por meio do DSM-5, comporta uma curiosa hibridez: por um lado, há um organicismo sempre suposto a todos os quadros e processos (no caso do marcador biológico não ser claramente discernido no presente, ele não deixa de ser uma promessa de verdade a ser concretizada no futuro), uma vez que a alquimia psicofarmacológica mostra-se como uma intervenção terapêutica com ares de hegemonia. Trata-se, portanto, de um viés que se desdobra na esteira do percurso iniciado por Griesinger. Por outro lado, completando a hibridez, não há como não se reconhecer que à medida em que uma boa parte do substrato orgânico finda por ser algo da ordem da expectativa - mais precisamente, tal qual uma “bolha especulativa”, no sentido que lhe é dado por GONON (2011) - ou de uma empiria jamais cabalmente definida recebemos os temperos da trilha Kraepeliana.

Em outros termos, Emil Kraepelin (1856-1926), o nome que faz a passagem de toda uma Psiquiatria do século XIX para os novos tempos do XX, propõe que a nosografia cabível para a Psiquiatria dependeria, certamente, da anatomia-patológica que trouxesse à luz as lesões cerebrais sustentadoras da loucura. Contudo, Kraepelin argumenta, no mesmo passo, que elas são conjecturais. Daí, Kraepelin ser o ponto de ancoragem para uma decisão pragmática que virá a inaugurar um programa: se pouca valia têm as explicações subjetivistas, pouca importância também há em se apontar causas e lesões hipotéticas quanto aos quadros clínicos.

Para Kraepelin, os dados da experiência que compõem o campo clínico são os sintomas e a evolução clínica do quadro (seu início, seu transcorrer e seu desfecho). É apenas a evolução do quadro sintomático que pode e deve fundamentar o diagnóstico e a terapêutica. É neste sentido que, para Kraepelin, a anamnese objetiva menos explorar conteúdos subjetivos da doença ou uma história pregressa de impactos emocionais, e muito mais identificar os sintomas originários, iniciais e a eventual incidência do processo mórbido.

Certamente, o silenciamento do sujeito e sua sutura são as pré-condições para o bom funcionamento desta via.

Contudo, seja neste braço que tem como precursor-maior Griesinger ou o que se ampara na perspicácia do olhar kraepeliano, estamos em meio a um processo inexorável:

A Medicina mental através de sua trama conceitual, procurará encontrar a alienação mental em todos os lugares, gestos, palavras e ações. Há uma evidente ofensiva da Psiquiatria no sentido de fundamentar um conjunto de práticas sociais e morais, de invadir regiões estabelecidas pela Cultura e pela tradição histórica. O objeto da Psiquiatria será hipostasiado, expandindo-se para todos os setores da Sociedade. Movimento de patologização do espaço social, que é apenas um aspecto de um movimento mais amplo que então se passava, de medicalização da Sociedade. (BIRMAN,1978, p. 8)

POR UM SINTOMA DESFOCADO, POR UM OLHAR OBLÍQUO

Em uma exposição realizada em 1966, intitulada *O lugar da Psicanálise na medicina*, Jacques Lacan propõe uma formulação norteadora que funciona tal como um axioma em toda essa discussão que envolve o sofrimento, o sintoma, o organismo e o sujeito: “a estrutura da falha que existe entre a demanda e o desejo” (LACAN, 2001, p. 10):

A partir do momento em que se faz esta observação, parece que não é necessário ser psicanalista, nem mesmo médico, para saber que, no momento em que qualquer um, seja macho ou fêmea, pede-nos, demanda alguma coisa, isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que ele deseja (LACAN, 2001, p. 10).

Enfim, estamos às voltas, novamente, com dois grandes campos epistêmicos, Medicina e Psicanálise e, por extensão, seus corolários: a dimensão do DSM-5 e a espacialidade do ato analítico. Por fim, estamos no liame que articula e, igualmente, distingue estes campos, a saber, o *correlato antinômico*: sujeito forcluído (na colagem da demanda ao desejo), sujeito subvertido (sob a condição de mantermos o desejo como outra coisa que não a demanda).

E é precisamente sob este prisma que podemos compreender que essa correlação antinômica não se esgota em uma discussão epistemológica ou em uma formulação de princípios díspares e preciosos a cada um daqueles campos. A questão que aí se impõe é, crucialmente, *clínica*. Impactante, portanto, na maneira de se escutar, de intervir, de manejar. Impactante, portanto quanto aos efeitos finais e às consequências das práticas aí presentes.

Trata-se, por conseguinte, de se verificar que a irredutibilidade do desejo à demanda comporta, passo a passo, a manutenção de uma *dimensão opaca no sintoma*, ao invés de sua excessiva clareza (cartografável, em suma, pelas planilhas de um catálogo). Tal qual o sol, vale olhar para o sintoma sempre meio obliquamente, meio de soslaio, para não sermos capturados por sua aparente e reducionista elucidação. Manter, pois, o desfoque, para termos não exatamente uma *clínica do sintoma*, mas uma *clínica a partir do sintoma*.

A manutenção de um sintoma desfocado - portanto, um sintoma no qual nem tudo se explica, nem tudo se apreende, nem tudo se sana - é um norteador prático e ético imprescindível para a preservação desta antinomia correlacional entre a Psicanálise e as consequências do Organicismo. Em suma, temos ao nosso alcance, ainda, um demarcador para as coordenadas que podem balizar a Psicanálise na cena contemporânea do tudo-dado-a-ver, tudo-à-espera-de-se-ver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Americana Psiquiátrica (APA). Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica**: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

BIRMAN, J. **A psiquiatria e o discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

DIDI-HUBERMAN, Georges. **Invenção da histeria**: Charcot e a iconografia fotográfica da Salpêtrière. Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.

FACCHINETTI, Cristiana. Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 502-505, Sept. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142008000300014>.

GONON, François. La psychiatrie biologique: une bulle spéculative? **Sprit**, novembro 2011. 54-73

LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. O lugar da psicanálise na medicina. **Opção lacaniana**. N. 32, dez. 2001. 8-14

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Bayle e a descrição da aracnoidite crônica na paralisia geral: sobre as origens da psiquiatria biológica na França. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo , v. 12, n. 4, p. 743-751, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000400009&lng=en&nrm=iso>.

PINEL, Ph. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Tradução de Joice A. Galli. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2007.

RABINOVITCH, Solal. **A forclusão**: presos do lado de fora. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

RUSSO, Jane A. Russo, PONCIANO, Edna L. T. O sujeito da neurociência: da naturalização do homem ao re-encantamento da natureza. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 12(2):345-373, 2002

SHORTER, E. **A history of psychiatry**: from the era of the asylum to the age of Prozac. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1997.

ZILBOORG, G., HENRY, G. H. **Historia de la psicologia medica**. Buenos Aires: Psique, 1963.

SOBRE O AUTOR

Alexandre Simões: Psicanalista. Graduado em Psicologia pela UFMG, com Mestrado e Doutorado por esta mesma Universidade, na linha de pesquisa Filosofia e Teoria Psicanalítica. Professor universitário. Fundador do Canal Alexandre Simões Psicanalista:

<https://www.youtube.com/c/AlexandreSimoesPsicanalista>

NOMEAR E CLASSIFICAR TRATAM O SUJEITO?

DIFERENTES MODOS DE ABORDAR O AUTISMO NO MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DE TRANSTORNOS MENTAIS – DSM

Maria da Gloria Vianna

O que há num nome que chamamos “rosa”
Terá fragrância igual, com outro nome;
Se Romeu já não fosse mais “Romeu”,
Teria, com um título distinto,
A mesma perfeição. [...]

William Shakespeare

INTRODUÇÃO

Visando a colaborar com o intuito maior de discutir as perdas e os ganhos das mudanças ocorridas na psicopatologia ao longo do tempo, meu objetivo, neste capítulo, é abordar as transformações nos modos de classificar uma “patologia”, salientando seus limites e seus alcances: o autismo, assunto a respeito do qual psicanalistas brasileiros começaram a escrever desde os anos 1970 (MARFINATI; ABRÃO, 2011).

Para tal fim, analisarei comparativamente o modo como o autismo foi descrito e nomeado nas três últimas publicações do *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – DSM* (doravante *DSM*), a saber, *DSM-III-R*

(1987); *DSM-IV* (1994) e *DSM-5* (2013). Em cada uma delas essa modalidade de sofrimento psíquico recebeu diferentes nomeações, respectivamente: Distúrbio Autista; Transtorno Autista e Transtorno do Espectro Autista.

Estariam essas alterações, com relação à nomeação, significando uma maior aproximação com um possível trabalho feito em direção da cura em uma clínica psicanalítica? É fato que esta não tem recuado frente ao enigma colocado pelo autismo e, cada vez mais, tem enfatizado a construção particular de cada caso e dado às produções dos autistas um “estatuto de invenção” (FREIRE; BASTOS, 2004; BASTOS; MONTEIRO; RIBEIRO, 2005, p.192).

Para responder a essa questão, duas interrogações prévias se impõem: cabe ao psicanalista classificar os pacientes que recebe? As nomeações incluídas nos *DSMs* lhe servem de algo ou são apenas “coisa de psiquiatra”?

Comentando o que ocorre a cada vez que um psicanalista recebe um novo paciente, Riolfi (2015) frisa que, idealmente, ele o acolhe como inclassificável, em sua singularidade, sem lhe comparar a ninguém. A autora destaca ainda que essa escolha não livra o psicanalista de ser estruturalista, ou seja, de apostar na possibilidade de objetivar algumas descrições.

Por esse motivo, entendo que o *DSM* pode ser um dos vários lugares onde as descrições dos sofrimentos humanos estão apresentadas e, assim sendo, sua interrogação é válida.

OS *DSMs* E SUA HISTÓRIA

Durante toda a história da medicina, sentiu-se a necessidade de uma classificação dos transtornos mentais que incluísse um consenso clínico a respeito do assunto. Além disso, houve a necessidade de uma unificação das nomenclaturas, posto que, ao longo do tempo, vários sistemas para a categorização dos transtornos mentais surgiram, mas eram diferentes com relação a seu objetivo: ora visavam aos contextos clínicos de pesquisas, ora estatísticos. (BEZERRA JÚNIOR, 2014).

A primeira edição do *DSM* foi publicada em 1952, nos Estados Unidos, pelo Comitê de Nomenclatura e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana (APA). Apresentava um glossário de descrições de categorias diagnósticas e foi o primeiro manual oficial de transtornos mentais a focalizar a utilidade clínica. A segunda edição data de 1968.

O *DSM III* começou a ser elaborado em 1974 e foi publicado em 1980. A APA avaliou que a publicação apresentava inconsistências e obscuridades. Por

esse motivo, convocou um grupo de trabalho para revê-lo. O resultado dessa revisão foi a publicação do *DSM-III-R*, em 1987.

Anos depois, a APA formou três grupos de trabalho para: 1) revisar sistematicamente a literatura já publicada; 2) reanalisar os conjuntos de dados empíricos; e 3) testar temas específicos. O resultado foi a publicação, em 1994, do *DSM IV* cujo objetivo era o de criar uma nomenclatura oficial e ser um guia prático para diferentes profissionais.

O *DSM-5* foi publicado em 2013. Apresenta uma reorganização dos transtornos mentais a partir do esforço de 13 grupos de trabalho. Críticos têm afirmado que o volume “[...] é um livro muito amplo, em parte porque contém conjuntos de critérios diagnósticos muito detalhados para definir cada diagnóstico” (FRANCES, 2015, p.3).

O SOFRIMENTO MENTAL DO TIPO AUTISTA: O QUE MUDOU EM SUA DESCRIÇÃO?

Para dar a ver as transformações nos modos de classificar e descrever o autismo nos três últimos DSMs, o Quadro 1 foi construído

Quadro 1: Comparação dos Manuais de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais			
Documento	DSM-III-R	DSM-IV	DSM-5
Data do original	1987	1994	2013
Tradução Brasileira	1989	1995	2014
Nº do CID	299.00	299.00	299.00 (F 8484.0)
Páginas que compreende	41-43	66-70	50-59
Grande parte que compreende	Distúrbios que habitualmente se manifestam primeiro na infância ou adolescência	Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência	Transtornos do neurodesenvolvimento
Título da seção	Distúrbio Autista	Transtorno Autista	Transtorno do Espectro Autista
Abordagem	Classifica o “distúrbio” como sendo um dos “distúrbios globais de desenvolvimento”, apresentando uma conceituação deste último.	Abandona a tentativa de classificação do “transtorno”. A abordagem é descritiva.	Abandona a tentativa de classificação do “transtorno”. A abordagem é descritiva.

Fonte: elaboração da autora

Para iniciar o comentário do o quadro 1, iniciarei pelo título da seção, salientando suas mudanças: Distúrbio Autista; Transtorno Autista e Transtorno do Espectro Autista. No *Dicionário Houaiss* (2003), encontramos as seguintes definições:

Distúrbio (p. 245):

- 1- **Agitação:** alvoroço, confusão, rebuliço, tropelia, tumulto.
- 2- **Defeito:** desajuste
- 3- **Doença:** achaque, disfunção, enfermidade, indisposição, moléstia
- 4- **Perturbação:** alteração, atrapalhão, transtorno.

Transtorno (p. 668):

- 1) **Contrariedade:** aborrecimento, adversidade, decepção, descontentamento, desengano, desgosto, infelicidade
- 2) **Contratempo:** dificuldade, embaraço, estorvo, incômodo, maçada,
- 3) **Obstrução:** atravancamento, bloqueio, impedimento, obstáculo, perturbação,
- 4) **Perturbação:** disfunção, distúrbio.

Se cotejarmos os três *DSMs* que tomei por universo de pesquisa, vê-se algo que chamou minha atenção: No *DSM III-R*, o título é *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais*; no *DSM IV*, *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, e no *DSM 5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. O que aconteceu para a mudança de distúrbio para transtorno? Distúrbio é mais grave que transtorno ou o contrário? Foi um caso de mero preciosismo linguístico?

Com a ajuda do Dicionário *Houaiss* buscamos as definições de distúrbio e de transtorno com o intuito de perceber as diferenças linguísticas. Com o vocábulo distúrbio encontramos agitação, defeito, perturbação; com transtorno encontramos, contrariedade, contratempo, obstrução, perturbação. Interessante notar que tanto com relação ao distúrbio quanto ao transtorno, um sinônimo se repete, *perturbação*. Sendo assim, como entender a mudança de distúrbio para transtorno em um manual tão reconhecido internacionalmente como é o *DSM*? Se o *DSM* foi construído a partir de dados observáveis, sem recorrer a sistemas teóricos (DUNKER, 2014), David Goldberg (2009), um dos integrantes da comissão dos novos *DSMs*, afirma, em entrevista à *Folha de São Paulo*, que as mudanças quanto aos sintomas promoveriam, na classificação das doenças mentais, “variações pequenas que distinguem um do outro”. Goldberg continua sua argumentação propondo que, no tocante às avaliações diagnósticas, a pessoa só poderia fazer diagnósticos ignorando alguns sintomas, “então será melhor se os médicos apenas descrevessem os sintomas gerais que as pessoas têm nesse grupo de transtornos (emocionais)”.

Nos três *DSMs*, notou-se o cuidado dos autores em diferenciar distúrbios ou transtornos físicos dos mentais. Ainda que usando formulações diferentes, ressaltam que um ou outro termo, no que se refere ao transtorno mental, não apresenta uma definição operacional consistente que cubra todas as situações. Frisam que ao classificar transtornos mentais não se está classificando as pessoas, mas sim os transtornos que as pessoas apresentam. Como, então, os *DSMs* definem os dois termos, distúrbio e transtorno? Montamos o quadro 2, para facilitar a comparação:

Quadro 2:		
Comparação dos DSMs quanto à definição de transtorno/distúrbio		
DSM-III-R	DSM-IV	DSM-5
<p>Distúrbio mental - “uma síndrome ou um padrão, comportamental ou psicológico, clinicamente significativo, que ocorre com uma pessoa, e que está associado com a presença de mal-estar – um sintoma doloroso – ou incapacidade – comprometimento de uma ou mais áreas importantes do funcionamento – ou com um significativo aumento de risco de sofrer morte, dor, incapacidade ou uma importante perda de liberdade” (APA, 1989, p. 23, grifos nossos).</p>	<p>Transtorno mental - “uma síndrome ou um padrão, comportamental ou psicológico, clinicamente importante, que ocorre em um indivíduo e que está associado com sofrimento (por exemplo, sintoma doloroso) ou incapacitação (por exemplo, prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) – ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento atual, morte, dor, deficiência ou uma importante perda de liberdade” (APA, 1994, p. xxi, grifos nossos).</p>	<p>Transtorno mental – “é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. (APA, 2013, p. 20)</p>

Fonte: elaboração da autora

Como se pode notar, as definições de distúrbio e de transtorno apresentadas nos DSMs III-R e IV são bastante parecidas, apresentando pequenas alterações que são sinônimos, por exemplo, a troca de significativo para importante. Já no DSM-5, vemos que o volume apresenta a definição de síndrome como uma perturbação (que, como vimos, é um sinônimo para distúrbio) e sua definição de transtorno é mais ampla, ao contemplar um maior número de situações em que ele pode aparecer.

Assim sendo, para nós, independentemente de usar a palavra distúrbio ou transtorno, trata-se de dar maior peso às observações clínicas. Nesse ponto, lembramos o conselho de Lacan (1998 [1953]) para quem as recomendações técnicas dadas por Freud (1976 [1912]): “não prescrevem regras a torto e a direito, mas deixam espaço para que cada analista construa seu próprio laboratório de psicanálise no qual a clínica seja soberana e as ilusões do saber constituído encontrem espaço para serem pulverizadas toda vez que for necessário”. (JORGE, 2017, p. 175)

A proposta, portanto, não é de fazer uma tentativa maniqueísta da clínica, nem apenas um espelhamento da pura observação. Mas, de modular a observação

com a teoria que subjaz à experiência clínica. Se temos duas palavras que, como vimos, redundam no mesmo, por que então se alterou de distúrbio para transtornos mentais? Para Dunker (2009, p. 102), a justificativa de se utilizar o termo transtorno seria porque este expressa a “tentativa de se afastar da linguagem nosográfica em busca de um sistema idealmente ‘ateórico’, imune aos pressupostos das disciplinas que buscam a hegemonia no campo da psicopatologia”.

Como visto no quadro 1, a descrição do autismo passou de *Distúrbio Autista* (DSM-III-R), para *Transtorno Autista* (DSM-IV) e *Transtorno do Espectro Autista* (DSM-5). Já discutimos a alteração de distúrbio para transtorno. Inclusive, o autismo aparece na mesma grande seção nos primeiros volumes, a saber: distúrbios/transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência. Assim, cabe, neste momento, comparar a descrição dada no DSM-IV, *Transtorno Autista*, com a do DSM-5, *Transtorno do Espectro Autista*. Percebe-se, neste último volume, a inclusão do termo espectro autista. O que ele significa?

Para os organizadores do volume, o uso de termo justifica-se devido à “gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica” (APA, 2013, p. 53). São três níveis de gravidade: 1) exigindo apoio; 2) exigindo apoio substancial e 3) exigindo apoio muito substancial. Além disso, com a inserção do termo *espectro*, o DSM-5 englobou uma série de outros transtornos que, em volumes anteriores eram nomeados como: *autismo infantil precoce*, *autismo infantil*, *autismo de Kanner*, *autismo de alto funcionamento*, *autismo atípico*, *transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação*, *transtorno Desintegrativo da infância* e *transtorno de Asperger*.

O DIAGNÓSTICO AUTISTA NOS 3 DSMS

Segundo os 3 DSMS por mim selecionados, quais os critérios diagnósticos para o transtorno autista? No DSM-III-R, a patologia está dentro de uma parte maior chamada de *distúrbios globais de desenvolvimento*, em que se insere a “essência clínica da perturbação, na qual muitas áreas básicas do desenvolvimento psicológico são afetadas ao mesmo tempo e em níveis graves” (APA, 1987, p. 36). Nomeado como distúrbio autista (299.00) era, na época, também conhecido como autismo infantil e síndrome de Kanner. Nesse volume, para que o diagnóstico autista fosse dado, era preciso que o especialista incluísse pelo menos dois critérios diagnósticos do grupo A – referente à incapacidade qualitativa na interação social recíproca (subdividida em 5 itens); um do grupo B – referente à incapacidade qualitativa na comunicação verbal e não verbal e na

atividade imaginativa (subdividida em 6 itens); e um do grupo C – relacionado ao repertório de atividades e interesses acentuadamente restritos (subdividida em 5 itens). Dos 16 itens elencados no documento, ao menos 8 precisariam ser observados para que o distúrbio autista fosse confirmado. Além disso, era preciso especificar se as características do distúrbio começavam a se manifestar na primeira ou na infância (após os 36 meses de vida).

No DSM IV, o autismo (299.00) aparece na parte *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento*. É caracterizado:

[...] pela presença de um desenvolvimento acentuadamente anormal ou prejudicial na interação social e comunicação e um repertório marcadamente restrito de atividades e interesses. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e idade cronológica do indivíduo. Também é chamado, ocasionalmente, de *autismo infantil precoce*, *autismo da infância* ou *autismo de Kanner*. (APA, 1994, P. 66)

A publicação salienta que o transtorno autista: a) geralmente manifesta-se nos primeiros anos de vida e está frequentemente associado a um grau de retardo mental; b) ocorre antes dos 3 anos de idade, sendo que pais de crianças autistas relatam que desde o nascimento a criança demonstrava falta de interesse pela interação social; e c) a criança pode ocasionalmente ter-se desenvolvido normalmente durante o primeiro ano. Tal qual no volume anterior, apresentam-se, em forma de tabela, três grandes critérios para o diagnóstico: A – prejuízo qualitativo na interação social; prejuízos qualitativos na comunicação; e padrões restritos e repetitivos de comportamento e interesses (os quais são subdivididos em 16 itens, sendo que ao menos 6 deles devem estar presentes para o diagnóstico); B – atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas: 1) interação social; 2) linguagem para fins de comunicação social ou 3) jogos imaginativos ou simbólicos; e C) A perturbação não é melhor explicada por Transtorno de Rett ou Transtorno Desintegrativo da Infância. (APA, 1994, p. 70)

No DSM-5, como colocado na seção anterior, ao Transtorno Autista foi acrescido o termo espectro, por meio do qual foram englobados outros transtornos. Definem-se como características diagnósticas: “prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social (critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (critério B)”. (APA, 2013, p. 53). O critério A é subdividido em três itens e o B em quatro itens. Os critérios C e D referem-se à presença desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário. Diferentemente dos outros DSMs em que se colocava um número mínimo de itens para o diagnóstico, o

DSM-5 não especifica. A novidade que apresenta é a necessidade de se especificar os níveis de gravidade para os critérios A e B.

Ao comparar os três DSMs, vê-se que enquanto os dois primeiros descreviam minuciosamente cada critério diagnóstico, apresentando exemplos de suas manifestações, o DSM-5, ao incluir o termo espectro, não estabelece diferenciações com relação ao transtorno. Para Frances Allen (2017), o DSM-5 tem critérios “frouxos” para o Transtorno do Espectro Autista. Para ele, essa é uma das razões pelas quais o diagnóstico do Transtorno tenha aumentando 20 vezes nos últimos anos e explicaria o fato de que metade das crianças que foram diagnosticadas como autista está “superando o problema” (FRANCES, 2017, p. 27).

PARA CONCLUIR, QUESTÕES DE CLASSIFICAÇÃO

Para concluir, perguntamos: será que um novo nome traz algo de diferente ou é mais uma tentativa de se aprisionar o sujeito em um diagnóstico? Seria a profusão de nomes modos de evitar as dificuldades de classificação? Lacan (2009 [1971], p. 27) não deixa dúvida de sua posição: “Se há alguma coisa que eu sou, está claro, é que não sou nominalista”. Essa afirmação ensina, a quem lê a psicopatologia atual com o olhar da psicanálise, que não se trata apenas de ficar alargando os limites de uma classificação, mas sim, de abrir-se para a singularidade.

Um nome em psicanálise é uma das coisas mais difíceis de o sujeito lidar, visto que, durante toda sua vida, vai tentar corresponder a ele. Talvez isso explique tantas trocas e acréscimos feitos ao longo das edições dos DSMs. Pelo viés da psicanálise, toda nomeação vem do Outro, sendo algo que o sujeito vai ter de dar conta ao longo da vida. Assim, terá duas opções: aprisionar-se no nome recebido ou apropriar-se de um lugar e fazer dele o “seu nome”. Ledo engano, portanto, achar que o autismo deixou de ser um enigma apenas porque se acrescentou a ele a palavra “espectro”.

Ao retomar a epígrafe deste capítulo, entendemos, tal qual Julieta, de Shakespeare, que para o desejo humano, é indiferente ser Capuleto ou Montequio. Um nome é só um nome e não recobre a singularidade do sujeito. Assim, mais importante do que mudar ou renegar um nome é manter sempre uma fresta pela qual o sujeito possa escapar mais além de uma classificação que o antecede. O que fazer então? Não se classifica mais? A nosso ver, é preciso que o classificar não seja um grilhão, para que o psicanalista receba o paciente isolando suas diferenças e não por meio de uma chave de leitura previamente estabelecida.

Portanto, a psicanálise não tem grandes preocupações classificatórias: o agir do analista vai na contramão de uma objetivação apriorística e aparece como resultado de um a *posteriori*, de uma implicação. Caso apegue-se a uma baliza externa para enquadrar o paciente, o analista pode perder a oportunidade de ouvi-lo e descobrir qual é a sua parte nesse sintoma, na sua história, no seu sofrimento. Sendo assim: “dar relevância à posição de sujeito, fazendo que ele próprio seja responsável pelo que fala, se opõe aqui a considerar o paciente como objeto de observação, de asilo ou de cuidados”. (DUNKER, 2009, p. 101-102).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento... et al. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV**. Tradução Dayse Batista. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). **Manual diagnóstico e estatístico de distúrbios mentais: DSM-III-R**. Tradução Lúcia Helena Siqueira. 3.ed. São Paulo: Manole, 1989.

BASTOS, A.; MONTEIRO, K. A. C.; RIBEIRO, M. M. C. O manejo clínico com adolescentes autistas e psicóticos em instituição. **Estilos da Clínica: Revista sobre a Infância com Problemas**, 10(19), p. 183-193, 2005.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Introdução – A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: ZORZANELLI, Rafaela; BEZERRA JÚNIOR, Benilton; COSTA, Jurandir Freire. **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. Questões entre a psicanálise e o DSM. **Jornal de Psicanálise**, 47(87), p. 79-107, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000200006&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 12 jul. 2018.

FRANCES, Allen. **Fundamentos do diagnóstico psiquiátrico**: respondendo às mudanças do DSM-5. Tradução de Marcelo de Abreu Almeida. Porto Alegre: Artmed, 2015.

FREIRE, A. B., BASTOS, A. Paradoxos em torno da clínica com crianças autistas e psicóticas: uma experiência com a “prática entre vários”. **Estilos da Clínica**: Revista sobre a Infância com Problemas, 9(17), p. 84-93, 2004.

FREUD, Sigmund. Recomendações aos médicos que exercem psicanálise (1912). In: _____. **O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII).

GOLDBERG, David. Criar doenças mentais só atrapalha tratamento. **Folha de São Paulo**. Caderno Equilíbrio, 4 de dezembro de 2009. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u661693.shtml>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

HOUAISS, Antonio. **Dicionário Houaiss de sinônimos e antônimos**. Rio de Janeiro: Objetiva: 2003.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, vol 3: a prática analítica**. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

LACAN, Jacques. Variantes do tratamento padrão (1953). In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p. 323-364

MARFINATI, Anahi Canguçu; ABRAO, Jorge Luís Ferreira. O pensamento psicanalítico sobre o autismo a partir da análise da Revista Estilos da Clínica. **Estilos clin.**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 14-31, jun. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282011000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 jul. 2018.

RIOLFI, Claudia Rosa. **A língua espriada**. Campinas (SP): Mercado de Letras, 2015.

SHAKESPEARE, William. **Romeu e Julieta**. Tradução e Notas de José Francisco Botelho. São Paulo: Companhia das Letras, 2016, p. 96-98.

SOBRE A AUTORA

Maria da Glória Vianna: é psicanalista lacaniana, membro da AMP e membro aderente da EBP-SP. É mestre em Linguística pela PUC-SP e autora do Livro *Psicanálise e Linguística: encontros e desencontros* (Scriptum, 2016). Contatos: gloriavianna@terra.com.br; www.gloriavianna.com.br.

CRÍTICA AO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE CONDUTA (DSM-V - CID 10) UMA HIPÓTESE SOBRE A VIOLÊNCIA COMO NOVO SINTOMA

Pedro Castilho

Este artigo traz à tona uma discussão diagnóstica do transtorno de conduta e transtorno desafiador de oposição, conforme definido na Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) para contrapor com a discussão no campo da psicanálise sobre a questão da agressividade e da violência. Atualmente, a psicanálise compreende a questão da agressividade e da violência a partir dos novos sintomas e do declínio da função paterna.

Pretendemos problematizar a questão deste diagnóstico levando em consideração os aspectos da teoria psicanalítica. A referência para este capítulo do livro é apontar que a violência presente nos sujeitos de diagnósticos de transtorno opositor é uma resposta à falência do laço social em razão do declínio da função paterna. Pretendemos apresentar o diagnóstico de transtorno de conduta e transtorno desafiador presentes no CID 10 e no DSM V (APA, 2013) para apontar suas limitações diagnósticas no que concerne ao tema da agressividade e da violência.

Em seguida, pretendemos apresentar a noção de recalque e repressão na teoria freudiana sobre a agressividade. Neste momento, o tema da agressividade aparece como recalque e culpabilização e, em um segundo momento, vamos

percorrer os índices de agressividade no texto “O Estádio do Espelho” de Jacques Lacan. Em seguida, vamos apresentar o filme “Laranja Mecânica” de Stanley Kubrick para compreender a agressividade como violência e a violência como um novo sintoma. A conclusão deste texto é apontar a violência como um novo sintoma questionando o diagnóstico do CID 10 e no DSM V (APA, 2013) como transtorno de conduta e transtorno desafiador e delinear as características do que podemos entender como novos sintomas.

O transtorno de conduta é um termo utilizado na classificação psiquiátrica (CID 10 e DSM 5) que se refere a um padrão de comportamento antissocial em que o indivíduo quebra as regras sociais e realiza atos agressivos que perturbam a ordem (EARLS, 1994). O transtorno desafiador de oposição é uma variante mais branda observada em crianças e adolescentes. O termo “distúrbios de conduta” (ou “distúrbio de conduta”) é usado nessa diretriz para abranger ambos os distúrbios (EARLS, 1994, p. 67). Como o termo não é bem conhecido entre o público, ou mesmo entre os profissionais de saúde, o título da diretriz inclui o termo “comportamento antissocial”.

O diagnóstico de transtorno de conduta é mais comum na infância e na adolescência e é a razão mais frequente para o encaminhamento para serviços de saúde mental na infância e adolescência feito pelas escolas e pelas famílias. Uma alta proporção de crianças e jovens com distúrbios de conduta cresce e se torna um adulto antissocial com estilos de vida empobrecidos e destrutivos; uma minoria significativa desenvolverá transtorno de personalidade antissocial, entre os quais os mais graves atenderão aos critérios de psicopatia.

Transtornos de conduta na infância e adolescência estão se tornando mais frequentes e impõem uma grande carga pessoal e econômica aos indivíduos e à sociedade, envolvendo não apenas serviços de saúde e agências de assistência social, mas todos os setores da sociedade, incluindo a família, escolas, polícia e justiça criminal.

A violação dos direitos de outras pessoas que se apresentam, também, como violência e agressividade, é um requisito para o diagnóstico de um distúrbio de conduta. Como as manifestações dos transtornos de conduta e do comportamento antissocial incluem o fracasso em obedecer às regras sociais, apesar das capacidades mentais e sociais relativamente intactas, muitos viram os transtornos como principalmente socialmente determinados. Portanto, pode-se argumentar que a responsabilidade por sua causa e eliminação recai unicamente nas pessoas que podem influenciar o processo de socialização como pais, professores, departamentos de serviço social e políticos, em vez de profissionais de saúde.

Em razão de uma prevalência do discurso biológico em detrimento de outros discursos, estamos nos deparando com a existência de grandes explicações genéticas e biológicas para conduzir distúrbios antissociais. Portanto, a contribuição desses fatores precisa ser avaliada e fatorada em planos de intervenção.

Muitos dos aspectos descritivos dos transtornos de conduta podem ser mais bem compreendidos e esclarecidos se examinarmos sob a ótica psicanalítica, por exemplo, sua etiologia, vinculados às organizações do sujeito e maior prevalência no sexo masculino juntamente com o declínio da função paterna na contemporaneidade. Além disso, ressaltamos que é importante investigar os destinos da violência na contemporaneidade. Pretendemos percorrer a ideia de que estamos diante de uma realidade em que a violência passa a ser encarada como um sintoma social e os sujeitos adolescentes são os que mais encarnam esse discurso.

A AGRESSIVIDADE COMO ÓDIO: RECALQUE E CULPA

Neste artigo, pretendemos recuperar a hipótese de que o diagnóstico de transtorno de conduta está vinculado à categoria de novos sintomas. Neste ponto, é importante fazermos uma regressão para lembrarmos que a concepção de violência na teoria de Sigmund Freud está vinculada, em um primeiro momento, ao recalque e à repressão. Deste modo, vamos recuperar a noção de agressividade e violência sendo subjetivada como ódio e culpa na teoria freudiana.

Conforme Freud, para que haja a dissolução do complexo de Édipo, é necessária uma articulação entre a ameaça de castração e as identificações edípianas, a partir do ódio e da agressividade. Se as consequências da ação paterna têm em seu bojo uma nova regulação dos afetos, essa abordagem implica na montagem do aparelho psíquico e no aparecimento dos afetos de amor e ódio. As bases para esse percurso são os textos metapsicológicos de Freud sobre os mecanismos do inconsciente. Se o pai é incerto no que concerne à sua apreensão teríamos na ação do Pai uma garantia para a montagem das barreiras subjetivas e dos afetos de amor e ódio.

Levando em consideração o complexo de Édipo, cabe aqui confirmar a hipótese da neurose a partir do desejo de morte do Pai. Pretendo demonstrar que o desejo de morte do Pai é a subjetivação do que Freud chamou de ambivalência de amor e ódio. No recalque está a base para a construção do objeto de satisfação do sujeito. Com relação à gênese do objeto, este carrega algo similar ao recalque. Em “Pulsões e seus destinos”, Freud demonstra que a gênese do

objeto de satisfação, para criar seus destinos, se dá como consequência do ódio, pois o “objeto nasce do ódio” (FREUD, 2003 [1915], p. 47).

As questões sobre o masoquismo no corpo, que seria consequência, a nosso ver, do objeto que nasce do ódio, são trabalhadas a partir da noção do masoquismo original. (FREUD, 2003 [1915]). Com relação a esse fenômeno, Freud (2003 [1915]), recupera duas variações de recalque: o recalque original e o recalque propriamente dito. O primeiro cumpre a função de fixação, criando um enlaçamento da pulsão com um objeto para se satisfazer. Essa fixação se dá a partir da negação da entrada de um representante psíquico, o recalque.

A partir deste ponto, podemos afirmar que o complexo de Édipo teria como fundamento a ameaça de castração. A psicanálise demonstra que a dissolução do complexo de Édipo é ocasionada por essa ameaça: “o significado do complexo de castração só pode ser corretamente apreciado se sua origem na fase da primazia do falo for também apreciada” (FREUD, 2003 [1924], p. 185).

Logo, a partir do temor à castração, o menino identifica-se com o Pai pela introjeção da imago paterna (ego ideal); no ego, dá-se o recalque do desejo incestuoso (morte do Pai), aproximando o complexo de Édipo da castração. Se a criança se volta em direção ao Pai – ou à pessoa que a sustenta –, é porque ela se identifica com o olhar paterno. A rivalidade (ódio e agressividade) com o Pai seria a subjetivação inconsciente do desejo de matá-lo, um desejo de morte do Pai, consequência da tentativa da criança de evitar a castração.

Visto que esse desejo de morte não se realiza, torna-se inconsciente. Como não existe uma representação para a morte, o Pai, afastado, retornaria para castigar o filho em ato. O gesto de evitar a castração do filho provocaria o sentimento de morte como resultado da morte imposta ao Pai, o que vem evocar as vicissitudes da vida sexual da criança como condição para o encerramento do complexo de Édipo.

Logo, o apelo à questão do Pai entra em cena. O eu não pode renunciar ao Pai morto nem reagir a ele com agressão. Deve amá-lo como autoridade inatacável (escolha analítica de objeto) e, nessa posição de impasse, degrada o Pai; em fantasia, identifica-se com o Pai degradado e a agressividade é recalçada.

O conflito entre o amor ao Pai e o ódio a ele é encenado internamente, mas invertido. A agressividade ao Pai retorna sob a forma de um imperativo superegóico, implicando o sujeito em um paradoxo entre o amor (ideal) e o ódio (recalque) em relação ao Pai, interpretado sob a forma de um mal-estar. Tendo o mesmo como referência, pretende-se aproximar as funções de amor e ódio em relação a este pai de Freud. Para que haja o sacrifício do filho, é necessário que

ele subjetive esse Pai com os afetos de amor e de ódio, o que Freud chamou de ambivalência.

Toda a questão da ambivalência, para Freud, concentra-se na organização fálica, na representação do órgão fálico. O sacrifício do filho revela-se a partir da ambiguidade que ele estabelece com a realidade assimilada do Pai. Agora, o filho sacrifica seu corpo para que, da cultura, a partir do recalque, ele possa se satisfazer. O Pai torna-se a condição do inconsciente, a partir do recalque, que coloca em jogo a castração do filho. Aqui, é importante demonstrar que, em um primeiro momento, na teoria freudiana, a agressividade é introjetada sob a forma de culpa em consequência do recalque. Vamos agora demonstrar a questão da agressividade e da culpa a partir da concepção de repressão presente na modernidade.

A CULPA E A REPRESSÃO NA ERA VITORIANA

Em “A moral sexual civilizada”, de 1908, Freud observa que a experiência nociva das civilizações se reduz à repressão da vida sexual. Neste ensaio inicial sobre o mal-estar na cultura – “A moral sexual ‘civilizada’ e a doença nervosa dos tempos modernos” –, o discurso freudiano indicou como foram as repressões ao livre movimento e circulação das pulsões sexuais, realizadas em diferentes momentos da história do Ocidente, e que se efetuaram pelas instituições sociais, que seriam as condições de possibilidade das “doenças nervosas”. Como esse processo teria se desenvolvido na modernidade, poderia, assim, ser interpretado pelo incremento das perturbações psíquicas nesse contexto histórico. Seria essa, enfim, a consequência maior da moral monogâmica.

A moral é a marca da civilização. A distribuição entre o bem e o mal que faz essa moralidade civilizatória é a renúncia da satisfação sexual. A renúncia pulsional se estabelece paralelamente à civilização e a religião passa a reforçar o processo da repressão. Assim, a moral seria responsável por um aumento do número e da gravidade das doenças nervosas modernas devido, principalmente, à redução das possibilidades de satisfação. Apenas indico o tema, sem aprofundá-lo, para marcar o paradoxo apresentado por Freud (2003 [1929]): cada renúncia ao pulsional se torna, agora, uma fonte dinâmica da consciência moral. Cada nova renúncia aumenta a sua severidade e intolerância. Ou seja, quanto mais se renuncia ao gozo, mais severo se torna o supereu. A renúncia pulsional cria a consciência moral que, depois, exige cada vez mais renúncias. Renuncia-se à pulsão para satisfazer à consciência moral e, a cada vez, o supereu exige mais renúncias.

A moral sexual é caracterizada por uma coerção dos impulsos sexuais. Após discutir a causa biológica das síndromes, juntamente com o higienismo, com Krafftin Ebbing e Binswanger, autores já renomados à época, Freud, na “Moral sexual civilizada”, demonstra que toda expressão da cultura se apoia nas proibições da pulsão. A renúncia pulsional nos possibilita ter laços emocionais, permitindo à Freud demonstrar a virada da sociedade agrícola para a sociedade moderna, período em que escreve esse texto.

Os efeitos dessa coerção se voltam contra os seres humanos. Freud comenta essa construção da seguinte maneira: nossa cultura repousa integralmente sobre a coerção das pulsões – cada um é convocado a renunciar uma parcela da pulsão agressiva e libidinal, em favor da vida em grupo. Nesse texto, que precede o “Totem e tabu”, já podemos perceber as preocupações de Freud com relação à organização da civilização e as consequências disso no psiquismo do sujeito moderno. Parece que Freud já começava a vislumbrar a construção de um mito.

Assim, podemos observar que não é em vão que as reflexões teóricas desenvolvidas desde “Totem e tabu” (FREUD, 2003 [1913]) até “Moisés e o monoteísmo” (FREUD, 2003 [1929]) criam uma indagação: “o que é um Pai?”. O trabalho de Freud foi o de inventar o mito do assassinato do Pai da horda primitiva para, assim, expressar a lei sobre a interdição do incesto e a proibição dos desejos do filho em relação à mãe, juntamente com o aparecimento do juízo moral. Freud procura demonstrar o substrato edípiano presente nessa interdição.

O mito freudiano indica que a culpabilidade, ou a “culpa humana universal”, é, como podemos perceber, consequência do desejo do filho de destruir o Pai, oriundo do sentimento de ambivalência nutrido na fase fálica (FREUD, 2003 [1913]).¹ Para Freud, no seu “Mal-estar na civilização”, de 1929, o ser humano estaria submetido a três tipos de males que poderiam lhe causar sofrimentos: as catástrofes naturais, as doenças contagiosas e as relações entre os próprios humanos. Com relação aos dois primeiros, segundo Freud, não poderíamos interferir de maneira decisiva, mas em relação a este terceiro mal, Freud faz uma reflexão a partir da temática do segundo mandamento: “amarás ao próximo como a ti mesmo”.

Freud passa a questionar o efeito civilizador desse mandamento. Para ele, se o próximo fosse um objeto possível de seu amor, esse amor não poderia

¹ O sentimento de ambivalência, nessa fase, é proposto por Freud (2003 [1913]) no texto “Totem e tabu”. Haveria uma ambivalência de amor e de ódio das comunidades primitivas e do sujeito obsessivo diante do tabu e do Pai, respectivamente.

ser imposto como um mandamento. Para o psicanalista, não basta amar ao próximo, é preciso amá-lo tanto quanto o sujeito ama a si mesmo. Freud vai considerar esse mandamento exorbitante. A partir daí, faz uma reflexão sobre as vicissitudes do amor e do ódio. É então que Freud ratifica suas hipóteses sobre a ambivalência, confirmando uma exacerbação do amor ao próximo, que, paradoxalmente, faz surgir uma força do supereu sobre o Eu. Essa ação do ódio sobre o Eu é demonstrada pela subjetivação do sentimento de culpa, sentimento este que seria a própria expressão do mal-estar na cultura. A culpa a que Freud faz referência é fundada sobre um Pai que traz implicações para a construção do inconsciente edipiano.

Neste ponto, é importante lembrar que para Freud, o sintoma tem um efeito de proteção do recalque. O sintoma aparece como solução que busca estabelecer uma homeostase que teria sido quebrada pelo conflito psíquico que se apresenta como produto recalcado. Até este ponto, apresentamos a questão da agressividade e do ódio a partir da noção de recalque na constituição do Édipo juntamente com a questão da repressão que caracterizou a era vitoriana. Nestes dois pontos, a teoria freudiana apontou a neurose como paradigma da modernidade. A culpa seria o efeito subjetivo da agressividade do supereu.

A AGRESSIVIDADE E O ÓDIO EM LACAN: EFEITOS DO SIMBÓLICO

O esquema “L” de Jacques Lacan é outra referência para pensarmos os destinos da agressividade. Nesse ponto, podemos apresentar esse esquema para compreendermos como a agressividade se subjetivou. Esse esquema mostra o imaginário e o simbólico com as duas instâncias que captam essa dimensão. A existência da temporalidade deve-se, entre outros aspectos, à marca simbólica. Explicando a expressão do giro do simbólico poderíamos vislumbrar a referência de Lacan a Santo Agostinho: “vi com meus olhos e conheci bem uma criancinha tomada pelo ciúme: ainda não falava e contemplava pálida e com uma expressão amarga, seu irmão de leite” (SANTO AGOSTINHO apud LACAN, 1998 [1966], p. 117).

Santo Agostinho cria uma imagem sobre a cena da criança ao lado de seu irmão recém-nascido e sua mãe. O registro escópico é bastante importante, pois permite perceber o instante em que o olhar se cega. É a partir deste registro que Lacan resgata o filósofo patrístico que comenta o momento em que a criança se coloca em um estado de agressividade quando percebe a presença de seu irmão mais novo.

Há, então, a confirmação de que todo o conhecimento do objeto vem do conhecimento de ciúme. O objeto passa a ser fonte de concorrência e de rivalidade. Podemos verificar que existe uma relação assimétrica de idealização contrapondo a uma relação simétrica de rivalidade. Na trama do ciúme, existe uma imagem que não se capta – reconhece-se o outro como igual, mas também como rival. Em outras palavras, o desejo do sujeito vai se consolidar a partir de uma rivalidade com o Outro no campo da simetria e uma idealização assimétrica.

As representações do Outro trazem a palavra para sustentar a imagem. O ciúme e a rivalidade do *infans* é a garantia dos dizeres que vem do Outro. Existe um acordo que inclui a palavra. O processo dialético se situa na negação do que captura a imagem do “ou eu ou você”. Para Lacan, teríamos duas subjetivações: de um lado, o eixo do imaginário, e de outro, o eixo simbólico. Isso quer dizer que, em um primeiro momento, no eixo $a \leftrightarrow a'$ estaria a intencionalidade agressiva, talvez aí possamos compreender a ambivalência freudiana, em que ainda não existe um reconhecimento do sujeito no Outro. A criança ainda assimila-se pela imagem. É outro eixo $S \leftrightarrow A'$ que teríamos o corte da relação especular incidindo o simbólico.

O valor da cena da criança olhando o irmão é o espetáculo imaginário, proporcionado pelo próprio sentimento de completude. Quando a criança parece ter ameaçada a imagem especular, uma experiência de não-especularização da imagem do *infans* faz desencadear o sentimento de ciúme, inaugurando o segundo simbólico. Na trama do ciúme, vem uma imagem que nos capta. Reconhecer o sujeito como igual e ao mesmo tempo como rival. Essa experiência é o corte que o imaginário sofre pelo simbólico. O momento em que incide uma fissura no eu. A divisão do eu é a marca de um sujeito irremediavelmente cindido. Lacan, a partir desta experiência faz a distinção entre o *moi* (imaginário) e o *Je* (simbólico).

Quando a criança da cena citada detecta sua relação com seu irmão de leite, uma agressividade original é formada: o eixo imaginário $a \leftrightarrow a'$ inaugura o que Lacan denominou de “O estádio do espelho” constituindo a alienação do sujeito em sua imagem ideal. A consequência disto é a agressividade incompatível com o *moi*, a dificuldade do *moi* em alcançar os ideais como um corte narcísico do sujeito. Existe uma justaposição entre a castração erótica e a agressividade. A relação agressiva intervém na relação do *moi*. Ela é uma intenção agressiva que integra o funcionamento da imagem, por isso Lacan aponta o afeto do ódio como o que mais se refere ao ser.

Aqui, é importante lembrar que a psicanálise aponta para algumas falhas na compreensão diagnóstica do transtorno de conduta se levarmos em consideração os afetos do ódio e da agressividade. Neste ponto, a psicanálise de orientação lacanianiana busca compreender os fenômenos atuais de violência e agressividade tendo como referência a categoria de novos sintomas. Para compreendermos esta outra proposta de Lacan sobre os novos sintomas, devemos nos dedicar à concepção de declínio da função paterna.

O DECLÍNIO DA FUNÇÃO PATERNA

Na sociedade contemporânea, a pulsão revela ainda mais sua face mortífera, como modo de gozo presente tanto nos novos sintomas quanto na violência. O declínio da função paterna e a falência dos ideais na atualidade trazem à tona um sujeito sem responsabilidades para com seu desejo e o Outro. Torna-se um sujeito tomado pelo imperativo de gozo da civilização técnico-científica e da política de um mercado globalizado.

A família patriarcal que institui a lei e a moral orientada pela figura paterna não está mais em evidência. Nos tempos atuais, a concepção de família se pluralizou e novos modelos começaram a aparecer. O pai da tradição e da lei caducaram e surgiu uma paternidade contratual, negociada e desprovida da assimetria que lhe dava a autoridade, ainda que a paternidade definida por normas variáveis resulte afinada com as novas disposições das famílias (LAURENT, 2006).

Encontramos, na atualidade, novos laços e ficções familiares: casais homoparentais, reprodução assistida, barriga de aluguel, família monoparental e famílias reconstituídas. Com o avanço da ciência e de suas novas parcerias, sobretudo com o capitalismo, a função paterna perdeu seu lugar de hegemonia e foi sendo reconsiderada.

O declínio da função paterna é um signo de uma época. O que este declínio revela é que não se crê mais no pai. A descrença é o que se revela na contemporaneidade. Cada vez mais encontramos sujeitos em conflito com a ordem pública e com a passagem ao ato. O declínio da função paterna traz à tona um sujeito que não mais se orienta a partir do Nome-do-Pai. A violência contemporânea é dessubstancializada e também perde qualquer sentido direcionando ao Outro. Vamos apresentar o filme de Stanley Kubrick de 1971 que traz à tona uma abordagem sobre o tema da agressividade e violência como paradigma para compreendermos a categoria da violência como um novo sintoma.

LARANJA MECÂNICA: A VIOLÊNCIA COMO SINTOMA SOCIAL

Pretendemos apresentar o filme de Stanley Kubrick, “Laranja Mecânica”, de 1971, como paradigma para compreendermos o estatuto da violência na contemporaneidade. Neste ponto, a violência não atua mais a serviço do recalque ou da época moderna. O que está em jogo é a falência do grande Outro juntamente com a crise dos ideais. A violência aparece dessubstancializada e esvaziada de sentido.

Em uma Inglaterra futurista, Alex DeLarge é o líder da gangue de “droogs” juntamente com Georgie, Dim e Pete. Em uma noite, depois de ficarem drogados com o “leite-plus”, a gangue se envolve em uma noite de “ultra-violência”.

Eles dirigem um carro em direção à casa de campo de um escritor chamado Alexander e o espancam a ponto de incapacitá-lo. Uma cena de violência ocorre quando Alex estupra a esposa do escritor enquanto canta “*Singing in the Rain*”. No dia seguinte, enquanto matava aula da escola, Alex é abordado por seu agente socioeducativo, o Sr. P. Del. Deltoid, que estava ciente das atividades de Alex e o adverte.

Em um momento seguinte, os colegas de Alex expressam descontentamento com pequenos crimes e querem roubos mais lucrativos, mas Alex afirma sua autoridade diante dos demais fazendo os colegas recuarem. Mais tarde, Alex invade a casa de uma rica “mulher-gato” e a espeta com uma escultura fálica enquanto seus colegas drogados permanecem do lado de fora.

Ao ouvir sirenes, Alex tenta fugir, mas Dim esmaga uma garrafa em seu rosto, atordoando-o e deixando-o preso pela polícia. Com Alex sob custódia, o Sr. Deltoid alega que a mulher que ele atacou morreu, fazendo de Alex um assassino. Ele é condenado a catorze anos de prisão.

Dois anos depois da sentença, Alex aceita ansiosamente uma oferta de ser cobaia em um teste para a nova técnica Ludovico que consiste em uma terapia de aversão experimental para reabilitar criminosos dentro de duas semanas. Alex é amarrado a uma cadeira, injetado com drogas e forçado a assistir filmes de sexo e violência com os olhos abertos. Alex fica enjoado com os filmes e, em seguida, reconhece que os filmes são musicados pelo seu compositor favorito, Ludwig van Beethoven. Temendo que a técnica vai deixá-lo doente ao ouvir Beethoven, Alex implora o fim do tratamento. Duas semanas depois, os responsáveis demonstram a reabilitação de Alex para um encontro de autoridades. Alex é incapaz de lutar contra um ator que o insulta e ataca, e fica doente ao ver uma mulher de topless. O capelão da prisão reclama que Alex foi privado de seu livre-arbítrio, mas o

ministro afirma que a técnica de Ludovico vai cortar o crime e aliviar o apinhamento nas prisões.

Quando Alex é solto, descobre que seus pais venderam suas posses como restituição para suas vítimas. Alex encontra um vagabundo idoso que ele havia atacado anos antes, e o vagabundo o ataca. Alex é salvo por dois policiais, mas fica chocado ao descobrir que eles são seus ex-droogs Dim e Georgie. Estes colegas o levam para um campo, espancam-o e quase o afogam antes de abandoná-lo.

Alex acorda na casa do escritor Sr. Alexander, onde ele está sendo cuidado pelo criado de Alexander, Julian. O Sr. Alexander não reconhece Alex do ataque anterior, mas conhece Alex e a técnica Ludovico dos jornais. Ele vê Alex como uma arma política e se prepara para apresentá-lo aos seus colegas. Enquanto toma banho, Alex canta “*Singing in the Rain*”, fazendo com que o Sr. Alexander perceba que Alex foi a pessoa que atacou ele e sua esposa. Com a ajuda de seus colegas, o Sr. Alexander droga Alex e o prende em um quarto no andar de cima da casa. Ele então toca a Nona Sinfonia de Beethoven em voz alta do andar de baixo. Alex é incapaz de suportar a dor doentia e tenta o suicídio atirando-se pela janela, caindo inconsciente no chão.

Alex acorda em um hospital com ossos quebrados. Enquanto recebe uma série de testes psicológicos, Alex descobre que não tem mais aversão à violência e ao sexo. Alex, em seguida, contempla a violência e tem pensamentos vívidos de si mesmo tendo relações sexuais com uma mulher na frente de uma multidão; pensando: “Eu estou curado, tudo bem!”.

Tanto a “ultra-violência” que subjaz o filme como a última cena de Alex, dizendo “eu estou curado”, podem levar a uma má interpretação do filme. Essas teses comportamentais são ilustrações do aterrorizante tratamento “Ludovico”, que impõe a um criminoso fazer o bem contra sua vontade. Não há redenção neste comportamento artificial. Um indivíduo forçado a “atuar” não é necessariamente “bom”.

O filme mostra uma sociedade de autoridades cínicas e públicas que empunham uma demagogia. Uma crítica a uma ordem social em que o Bem e a moralidade dão lugar a um mero utilitarismo policial e tecnocrático ou químico. Nesse ponto, podemos entender as técnicas da psiquiatria atual calcadas na lógica diagnóstica do DSM e do CID como um exemplo contemporâneo dessas ações. Aqui, é importante apresentar que a razão diagnóstica procura fazer uma crítica sobre o tratamento da violência na contemporaneidade desvinculada do sujeito.

Então, diz Kubrick (1971), muito pessimista, citando Aaron Stern, psiquiatra: “Alex representa o homem em seu estado natural, quando é ‘tratado’, corresponde ao próprio processo de civilização”.

O sistema Ludovico costumava fazer Alex não-violento se encaixando no mesmo processo; em outras palavras, a conformidade social deve ser imposta. Durante as andanças de Alex e sua gangue, vemos que eles são produtos puros da sociedade e que, quando o verniz racha, os cidadãos honestos são mais parecidos com eles do que se imagina.

Aqui é importante apresentar esse caráter multifacetado da violência gratuita demonstrando que esta é um sintoma social que está em vários lugares e que não se pode separar da dimensão social na qual se manifesta. O adolescente violento é aquele que quebra e que encontra satisfação no simples ato de quebrar e destruir. Será necessário questionar o gozo que está implícito ali e que poderia chamar “o puro desejo de destruição”. Quando denunciemos os adolescentes em situação de vulnerabilidade social, denunciemos em última análise, o puro prazer de quebrar.

O FORA DE SENTIDO E O FURO: A VIOLÊNCIA NO CAMPO DOS NOVOS SINTOMAS

Os “novos sintomas” mostram os limites de nossa prática como analistas sob transferência, porque são paradigmas desse tempo de rejeição do conhecimento, decadência de referências ligadas ao ideal, de hesitação dos semblantes na cultura.

Com o declínio da função paterna, encontramos uma banalização da promoção à violência, isso funcionaria como um modo de expressão do sentido daquilo que está fora da linguagem e do inconsciente revelando o fracasso dos recursos simbólicos. A violência aparece como uma negativa, que estaria como um fora do sentido, que não se pode simbolizar. Quando não há lei na sociedade que regule o sujeito, entramos no campo do fora de sentido com um novo estatuto para a violência. Já não podemos dizer se rouba por dinheiro ou se mata em sua própria defesa. Mata-se pelo prazer de matar; Eric Laurent chamou esta violência de irracional.

Podemos apresentar esses fenômenos como um ponto de real de um gozo fora de todo sentido possível (LAURENT, 2004). A violência não reconhece nenhum limite. A violência aparece como um fora de sentido produzido pela inexistência do Outro. O sem sentido é uma das faces da violência que não tem rosto. É o ponto que revela a inexistência do Outro.

Para Laurent, a queda dos ideais faz surgir o império do gozo. A multiplicação do violento é uma manifestação que marca a civilização contemporânea. A sociedade banalizou a violência porque não está mais no campo do sentido, mas no campo do não sentido. Existem violências em escolas, casais violentos, filmes violentos, sexo violento, violências domésticas, professores violentos, alunos violentos, pais violentos, etc. O declínio da função paterna apresenta uma maneira diferente de compreender os fenômenos psíquicos. A violência tem um estatuto de não sentido por estar articulada a uma concepção de que o Outro se apresenta como um furo no real. Neste ponto, podemos propor a violência como um dos nomes dos novos sintomas.

O quadro abaixo apresenta uma reconsideração ao articular a violência no campo dos novos sintomas e desarticulada do Outro. Articular a violência ao sintoma contemporâneo é implicar este fenômeno ao campo da inexistência do Outro.

Era vitoriana	Contemporaneidade
Metáfora Paterna	Declínio da Função Paterna
No primeiro ensino de Lacan o Nome-do-Pai é o significante por excelência que produz um efeito de sentido real. É o nome do significante que dá sentido ao gozado.	O último ensino de Lacan é um ensino da psicanálise sem o Nome-do-Pai, no qual o Nome-do-Pai é reabsorvido no múltiplo.
O primeiro ensino de Lacan toma o Outro como um dado de base.	Parte do que é próprio de cada um e que não pode, de modo algum, ser posto em comum, surge do que não se partilha.
Repressão e Recalque – Culpa	Passagem ao ato <i>Acting out</i>
Neurose	Psicose ordinária
Quando se fala de falta restam os lugares. Obedece à ordem dos lugares. Os lugares são intocados pela falta.	Aqui não se trata da falta no Outro, mas no lugar do Outro. Posição própria ao resto, ao real, a exclusão de sentido. Todo gozo se coloca em relação ao furo.
Sujeito do inconsciente	Sujeito errante
Gozo como mensagem ao Outro	Gozo opaco da letra
Violência vinculada ao Outro	Violência gratuita
Podem-se inscrever outros termos no lugar da falta. Assim se obtém uma permutação. Portanto válida na combinatória.	Sem o Nome-do-Pai não há o corpo, mas o corporal, a carne, a matéria, a imagem. Há acontecimentos que destroem o corpo.
Sintomas como mensagem no corpo (conversão histerica) e no pensamento (pensamento obsessivo)	Novos sintomas: Toxicomania, Anorexia, violência

Isso quer dizer que o que temos é a presença de um gozo opaco sem Outro, em que o Nome-do-Pai não funciona mais como referência para o sujeito. Aqui, não devemos compreender a questão do sentido proposto por Lacan, que realça em gozo (*jouissance*) o fonema *sens* (sentido), para dizer que o gozo é também sentido. Articular a violência ao campo do sem-sentido é propor um novo campo de investigação.

Isso quer dizer que, se o gozo era sentido, então o Outro estaria implicado nele muito naturalmente porque o sentido só tem valor para o Outro. Considerando que Lacan diz *jouis-sens* ([eu] gozo-sentido), em “Televisão”, quando ele decompõe a palavra para fazer ver nela o sentido (*sens*), ele dá outra fórmula à

questão do sentido, ele diz que o gozo é opaco. O gozo exclui o sentido e é nisso que se pode dizer que ele é opaco. Jacques Lacan é, muitas vezes, dedicado a pensar sobre a relação entre o prazer opaco do sintoma e a operação analítica. Mas é na lição IX – “Do inconsciente ao Real”, que Lacan caracteriza como o gozo opaco.

Se a operação freudiana obtém da decifração da chave do sintoma, ela não consegue mover esses novos sintomas da época que rejeitam o inconsciente e dispensam o Outro. Com relação a estes novos sintomas, não há decifração do gozo da anorexia, da intoxicação, do pânico, da violência; isso não é decifrado.

Devemos alterar sua operação em uma operação mais próxima do Pai traumático que do pai simbólico. A partir daí, o sujeito circulará em uma metonímia que tome outra direção.

O que se apresenta é um gozo desenlaçado. Quando Lacan propõe no seu “Seminário, Livro 20: Mais, ainda: Lá onde Isso fala, Isso goza”, há uma conjunção entre esse lugar do Isso e do Outro, e em todo efeito de sentido já está incluído um gozo. Já é “não há sentido sem gozo”. Neste ponto que devemos formular o efeito de sentido gozado como furo.

O furo, tal como Lacan elabora seu conceito em seu último ensino, é totalmente diferente. O furo comporta o desaparecimento da ordem dos lugares no campo do Outro. Ele comporta o desaparecimento do próprio lugar da combinação. Esse é o valor mais profundo do A, que não quer dizer aqui uma falta no Outro, mas, no lugar do Outro, um furo, o desaparecimento da combinação. E em relação ao furo que há ex-sistência, posição própria ao resto, posição própria ao real, ou seja, a exclusão do sentido.

PARA CONCLUIR: CRÍTICA AO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE CONDUTA (DSM V): UMA HIPÓTESE SOBRE A VIOLÊNCIA COMO NOVO SINTOMA

A psiquiatria biológica orientada pelo DSM e o CID demonstra que os sintomas estão condicionados às alterações dos neurotransmissores, indicando como tratamento uma ação neles. Para a psicanálise, o Sujeito é o efeito do significante em relação há um outro significante, criando uma relação mediada pela linguagem.

Para o psicanalista, o sintoma se apresenta a partir da relação com o Outro, o que é feito a partir do seu dizer e não dos seus ditos. Hoje, percebemos que a profecia freudiana se cumpriu na noção de caso a caso no singular. Por que o

singular? Porque aqui o objetivo não é o de retomar as “classificações”, como no DSM, mas sim nas singularidades de cada caso tendo em consideração os desenlaces e os lanços de cada sujeito. Preservar a singularidade pode muito bem ser uma orientação no tratamento desses “novos sintomas”, desde ir da monotonia do Um, do tédio do Um a uma experiência do heterogêneo, é algo que uma análise deve buscar para um sujeito. Isso forçando o um em direção ao singular é a aposta da “novidade lacaniana” para os sintomas contemporâneos.

Este artigo apresentou um contraponto sobre os destinos da agressividade na época vitoriana que se apresenta a partir da culpabilidade, como também, na contemporaneidade que se vincula à agressividade e à violência além da dimensão da repressão e do recalque (culpa). O que temos são as novas maneiras de se compreender a violência vinculada ao campo dos novos sintomas diferentemente da psiquiatria biológica que trata a questão a partir de alterações dos neurotransmissores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

EARLS, F. Oppositional-defiant and conduct disorders. In: RUTTER, M.; TAYLOR, E.; HERSOV, L. A. (editors). **Child and adolescent psychiatry: modern approaches**. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994. p. 308-329.

FREUD, S. **Tótem y tabú y otras obras**. Tradução José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu, 2003. (Obras completas vol.13).

_____. De la historia de una neurosis infantil (el “Hombre de los Lobos”). In: _____. **Pegan a un niño. Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales**. Tradução José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu, 2003. (Obras completas vol.17).

_____. El yo y el ello y otras obras. In: _____. **Una neurosis demoníaca en siglo XVII. La organización genital infantil (Una interpolación en la teoría de la sexualidad). Neurosis y psicosis. El problema económico del masoquismo**.

El sepultamiento del complejo de Édipo. La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis. La negación. Tradução José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu, 2003. (Obras completas vol.19).

_____. **El porvenir de una ilusión. El malestar en la cultura y otras obras.**
In: _____. El porvenir de una ilusión. El malestar en la cultura. Fetichismo. Una vivencia religiosa. Sobre la sexualidad femenina. Tradução José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu, 2003. (Obras completas vol.21).

LACAN, J. **O Seminário. Livro 7. A Ética da psicanálise (1960).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

_____. **Escritos.** Trad. Vera Ribeiro. O seminário sobre “A carta roubada”. O estádio do espelho como formador da função do eu (1996). Função e campo da fala e da linguagem. Introdução ao comentário de Jean Hyppolite sobre “Verneinung” de Freud. Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “Verneinung” de Freud. A instância da letra no inconsciente ou a razão depois de Freud. A significação do falo. Subversão do sujeito e dialética do desejo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. **Le Seminaire: Livre 20. Encore.** Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Paris: Éditions du Seuil, 1975.

_____. **O Seminário. Livro 23. O sintoma. (1975-76).** Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Versão brasileira de Sergio Laia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

_____. **Televisão.** Trad. Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

LAURENT, E. **Sociedade dos sintomas.** Enlaces 12, Buenos Aires: Grama ediciones, 2004.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10** Décima revisão. Trad de

Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Vol 2, 3 ed. São Paulo: EDUSP, 1996.

FILMOGRAFIA

KUBRICK, S. **A clockwork Orange** (Laranja Mecânica). Dir. Stanley Kubrick, 1971.

SOBRE O AUTOR

Pedro Castilho: Psicanalista e Professor da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais), vem realizando pesquisas nas áreas de Políticas Públicas, Adolescência em Conflito com a Lei, Inclusão Social, Psicanálise, Violência e Contemporaneidade. O professor também é membro da SIPP - (International Society for Psychoanalysis and Philosophy) grupo de professores e pesquisadores de várias universidades do mundo que discutem os temas relacionados à sua pesquisa.

CONSIDERAÇÕES ACERCA DO DSM-IV SEU LUGAR NA HISTÓRIA DA PSICOPATOLOGIA E OS LIMITES DO CONCEITO DE TRANSTORNO

*Roberto Calazans
Pedro Sobrino Laureano
Fuad Kyrillos Neto*

Será que podemos dizer que o DSM-IV é, propriamente dito, um Manual de Psicopatologia? Se sim, será que podemos dizer que ele contempla todos os aspectos de psicopatologia? Ou será que podemos dizer que ele fica a meio caminho entre um manual de psicopatologia ou um manual de diagnóstico?

Se os nomes e os conceitos designam um campo de ação e de pesquisas em função de um problema, a história da psicopatologia como parte da clínica deve ser remontada ao que Foucault (1977) chamou de Nascimento da Clínica: esta só tem lugar no final do século XVIII com o método anatomoclínico de Xavier Bichat. Não se trata mais aqui do sentido da clínica do mundo antigo em que o médico se inclinava sobre o paciente para fazê-lo viver ou morrer de acordo com a noção de Cosmos. É uma clínica que irá se amparar no olhar, na observação do caso singular. O olhar que pretende enunciar algo somente após a observação. Mudança de método, mudança de discurso.

Curiosamente Pinel era contrário ao método anatomoclínico no que tange à loucura. Este método só será eficaz nesta seara - e com muitas reservas - na década de 1820 do século XIX com o estudo de Bayle sobre a paralisia geral. Foi fundamental para dar consistência ao que Bercherie (1985) chama de fundamentos da nosologia clássica. No entanto, é graças à sistematização da

clínica por Pinel que foram criadas condições para que o método anatomoclínico surgisse:

Michel Foucault, que apresenta um quadro notável da evolução dos conhecimentos e das doutrinas médicas durante esse período, opõe sucessivamente duas etapas: uma saiu da outra; Bichat se valeu de Pinel, e somente a organização clínica forneceu as bases necessária do método anatomoclínico (BERCHERIE,1985, p.34).

O trabalho de Pinel foi estabelecer critérios objetivos para uma reforma do atendimento e da designação do que era até então chamado de modo genérico de loucura. Para tal, temos aí a necessidade de uma disciplina de identificação e diferenciação das entidades mórbidas que afetam um sujeito. É neste mesmo movimento que vemos surgir as denominações de Neurose, no século XVIII e de Psicose, no século XIX, que serão alvo de críticas dos autores do sistema DSM desde a década 1980. O lançamento do DSM III, neste ano, foi considerado um marco na história da psiquiatria pelo fato de ser a primeira classificação baseada em critérios diagnósticos explícitos e o primeiro sistema multiaxial adotado oficialmente. (BANZATO et al, 2007)

Voltando ao fio histórico, podemos dizer que é dessa conjunção de fatores - método clínico formado a partir de Xavier Bichat e a instauração de uma nova disciplina com Phillipe Pinel – que surge, no final do século XIX a palavra Psicopatologia. No entanto, ela só surge como designação de um Manual próprio com Karl Jaspers: o famoso texto fenomenológico *Psicopatologia Geral* de 1913. Nesta configuração, a Psicopatologia, como lembra George Lantéri-Laura (1989), nasce diretamente do método clínico: “não há nada na psicopatologia que não tenha estado antes na clínica”. (p.18) E os modelos psicopatológicos ganham frescor disso que ele chama de politeísmo: um diálogo constante com a clínica e com as outras abordagens em psicopatologia.

Apesar de o texto de Jaspers ter sido criticado devido à pouca experiência do autor no campo psiquiátrico, é inegável seu valor inaugural de uma disciplina e de uma prática. Mas o ponto forte de seu texto é a afirmação do método clínico em psicopatologia. No método clínico, temos sempre de estar abertos a ensinamentos que a prática possa nos dar. Não se trata de agir com um saber constituído, mas de um saber em constituição em função do que é chamado de caso - a singularidade que, em dialética com o saber já constituído, pode fazer avançar o campo da clínica. Como diz o lema de Corvirsat: todo saber do médico se esfuma no leito do paciente. É uma tensão profícua entre o singular e o geral.

Já vimos que a psicopatologia nasce da clínica e esta se ampara na questão da tensão entre singularidade e generalidade que obtém por meio do método

clínico. A psicopatologia, como prática, pretende estabelecer a distinção diagnóstica e explicá-la. Deste modo, podemos considerar o DSM-IV como parte da história da psicopatologia. Por outro lado, vimos que há uma questão de método em jogo também. O método anatomoclínico que revolucionou a clínica se compõe de três etapas: designação dos sinais e sintomas (semiologia) a partir da queixa do paciente; busca de uma referência anatômica - chamada hoje de marcador biológico (nosografia); estabelecimento da etiologia e, conseqüentemente da nosologia que explica aquela doença. Vemos que neste movimento não se trata de uma questão epidemiológica, pois não estão em jogo os condicionantes sociais e aspectos de incidência populacional. Assim, no que tange ao uso da estatística, temos um apelo a métodos de outras áreas de atuação da medicina.

Ainda no tocante a essa questão, vemos pela circunscrição histórica do problema – surgimento com Pinel e desenvolvida até a definição de Jaspers em 1913 – e pela afirmação do método que é necessário para determinar seus modos de investigação – o método clínico – que temos alguns problemas na colocação do DSM-IV na linha direta da psicopatologia. Afinal, como diz Maleval (2003), não se pode confundir método clínico com método experimental, probabilístico ou estatístico.

É aqui que começam os problemas. Se o DSM-IV pretende ser estatístico, ele deixa em segundo plano a dimensão do método clínico. Deste modo, podemos dizer que aí temos certa limitação do poder de alcance deste manual e isto por duas razões: a primeira, já enunciada, por deixar de lado o método clínico em função do estatístico; o segundo, como diz Barata (1996), por se amparar em um pressuposto de que a probabilidade é a ferramenta por excelência do conhecimento científico e de que o avanço de uma técnica é sempre saudável para a pesquisa. É uma proposição positivista. Neste aspecto, não podemos dizer que o DSM-IV seja um manual propriamente dito de psicopatologia, mas de estabelecimento de pesquisas.

Mas temos que avançar alguns outros elementos para continuar com a questão de saber se se trata de um manual de psicopatologia ou não. Se remontarmos à letra do texto do DSM-IV, veremos que a questão principal é, segundo o próprio, estabelecer critérios diagnósticos claros, e a consequência disto seria a reduzir a falta de uniformidade de conceitos diagnósticos na prática clínica. Isso por que “as muitas nomenclaturas desenvolvidas durante os últimos dois mil anos diferem quanto à ênfase que dão à fenomenologia, à etiologia e ao curso como características definitórias” (APA, 2013, p. 22).

Nesta passagem que destacamos vemos como se afasta da psicopatologia: em primeiro lugar por indefinição do recorte histórico – podíamos falar em loucura antes, mas não podíamos falar nem em clínica e muito menos em psicopatologia; em segundo lugar por ignorar que a questão da etiologia não é, tanto em psicopatologia quanto na clínica médica geral, questão de ênfase a ser dada ou não, mas de etapa a ser alcançada no processo diagnóstico, como lembra Ey (1994). Em terceiro por acreditar que não havia comunicação entre as partes discordantes da psicopatologia; o campo psicopatológico se caracteriza pelo debate entre as diversas posições e não pela idiotia de posições. Podemos ver então que, diante do problema que o DSM-IV se coloca, ele se aproxima da psicopatologia; diante do método que assume, ele se afasta.

Continuando com a análise, tomemos as palavras de um psiquiatra. René Olivier-Martin, médico psiquiatra e, na época em que pronunciou as palavras abaixo Chefe de Serviço no Centre de *Traitement de La Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale*, tem uma delimitação do problema bastante precisa:

O caráter ateuórico do manual, quer dizer, tudo que se pode apresentar como hipótese etiopatogênica não demonstrada fica ausente ou suprimido do livro. Um livro de psiquiatria não poderia pretender deixar de lado uma teoria; um manual diagnóstico pode tentar isso (OLIVIER-MARTIN,1989, p.73).

Posição interessante por afirmar que em psiquiatria – e, diríamos nós, em psicopatologia também – não se pode prescindir de um aspecto importante: a questão da etiologia, que abordaremos na segunda seção deste manuscrito. Isso desemboca em como pensar, na tradição psicopatológica, a pesquisa.

De acordo com Leguil (1989), temos duas maneiras de pensar o movimento de pesquisa em psicopatologia: o que faz um retardo sobre a questão da causa e o que afirma necessariamente seu ordenamento em função da causalidade. O primeiro irá valorizar, de modo decidido, a observação tomando como parâmetro clínico o método anatomoclínico da medicina moderna. Neste processo, o fator etiológico é o último estágio a ser alcançado, precedido pela descrição e pelo encontro do substrato anatômico (marcador biológico).

Ey (1994) é um partidário deste modelo. Ele faz distinção entre estrutura clínica e estrutura etiológica. A ideia de afastamento fica clara por sua orientação – afirmação do fator orgânico das doenças mentais – e sua honestidade – não a afirma, deixando claro o aspecto eminentemente clínico e psíquico do que ele chama de doença mental. Citando-o textualmente: “Naturalmente, ela (a estrutura clínica) não exclui esta fase essencial (estrutura etiológica) e terminal do diagnóstico médico: ela a prepara.” (EY, 1994, p. 222).

Deste modo, alguns dirão que a clínica psiquiátrica é ora nosográfica, ora sindrômica, mas nunca seria nosológica. Para Aguiar (2005), isso é tributário do fato de que, ao contrário da medicina, na clínica do psíquico falta o marcador biológico. Na ausência deste, falta também a possibilidade de detecção do agente etiológico e, assim, configurar as síndromes que permitam estabelecer a nosologia: não somente descrever a doença, em separado das outras – nosografia – mas também explicá-la – nosologia. De todo modo, esse retardo não é o mesmo de afirmar que não tratará da etiologia. É a introdução de outra modalidade que, declaradamente, deixa de lado a questão da etiologia:

O DSM-III introduziu várias inovações metodológicas importantes, incluindo critérios explícitos de diagnósticos, um sistema multiaxial e um enfoque descritivo que tentava ser neutro em relação às teorias etiológicas (APA, 2004, p. 23).

No caso específico da psicanálise, podemos dizer que ela chega a uma nosologia das perturbações do sujeito. Ela faz isso a partir de sua hipótese etiológica: a sexualidade infantil é a causa das perturbações do psiquismo. E a partir daí ela explica e diferencia em entidades autônomas as diversas patologias em função de um modelo explicativo que reúne os diversos fenômenos: recalque, que explica a neurose; foracclusão, que explica a psicose; desmentido; que explica a perversão. Como diz Soler a propósito da psicose: “o termo condição implica que a foracclusão não é um fenômeno. Não faz parte do observado: é uma hipótese causal. Se a foracclusão não faz parte dos fenômenos da psicose, é pela foracclusão que se diagnostica a psicose” (SOLER, 2007, p.12). Não cabe aqui fazer a precisão dos termos psicanalíticos, mas apontar que existe outro modo de pensar a questão da etiologia a partir da clínica, como veremos mais adiante. Mas cabe destacar que se não houvesse outra maneira de pensar, de acordo com o método clínico, é preciso dizer, a questão da etiologia para o DSM-IV não se colocaria.

Se pela via do debate podemos novamente aproximar o DSM-IV da questão psicopatológica, por outro lado, pela via do que são propriamente os elementos do método clínico não podemos mais aproximar tanto assim. Falta um elemento essencial a um manual de psicopatologia: a seção de semiologia. Importante para caracterizar os problemas relativos às funções psicológicas - percepção, pensamento, linguagem, memória, própriocepção... – que, reunidos, podem estabelecer orientações valiosas no processo diagnóstico – por exemplo, a importância dos transtornos de linguagem (neologismos, ritornelos, etc.) para o diagnóstico de psicose; ou a importância da distinção dos diversos tipos de alucinação e das diversas modalidades de delírios e suas etapas. Sem etiologia e sem semiologia, ficando restrito à ordenação sindrômica de saída é pouco para

poder caracterizá-lo como manual de psicopatologia. Deste modo, não se trata mais somente de uma questão de método, mas de ordenação do campo. Assim, podemos considerar que o DSM-IV fica a meio caminho entre um manual de psicopatologia e um manual experimental amparado na estatística.

Se retomarmos a fala de Olivier Martin (1989), podemos delimitar o lugar do DSM-IV dentro do campo da psiquiatria:

1. Em primeiro lugar, ele é um fato político que não pode ser ignorado, mas que deve ser debatido devido ao seu caráter de pretender impor-se a todas as orientações;
2. Em segundo lugar, por sua autodeclaração de ateuíco, é uma precipitação considerá-lo como um manual de psicopatologia, uma vez que deixa duas dimensões importantes de lado: a semiologia e a etiologia.
3. Em terceiro lugar, o seu ateorismo pretende suprimir qualquer debate que não se dê nas bases de seu pragmatismo, o que retira todo padrão tradicional da psicopatologia: o fato de partir de princípios distintos não incorre em impossibilidade de debate e de contribuições. Como podemos demonstrar tomando, por exemplo, a psicanálise: do debate com Bleuler surge, na psicopatologia, a noção de autismo como sintoma primário da esquizofrenia e depois como entidade nosográfica autônoma; no caminho oposto, no debate de Lacan com a psiquiatria organicista a psicanálise importa para seu campo de trabalho a noção de automatismo mental.
4. Em quarto lugar: como o DSM-IV coloca transtorno no lugar de doença, podemos ver que ele parte já dos diagnósticos elaborados. A sua preocupação é em descrevê-los o mais precisamente possível. Ao fazer isso, ele já toma como sabida uma parte importante da psicopatologia: a semiologia, em que é importante delimitar a os sinais e sintomas de acordo com as funções psíquicas. Deste modo, temos apenas um manual diagnóstico e não um manual psicopatológico por deixar de lado a etiologia, deixar de lado a semiologia, não pretender desenvolver uma nosologia, ficando atrelado tão somente a uma taxonomia.

Se vamos pensar propriamente a psicopatologia, não podemos ignorar o fenômeno DSM-IV. Mas também não podemos ignorar que sua unanimidade é questionável. Geralmente diz-se que ele teria unanimidade por ser mundialmente reconhecido, o que é muito pouco para especificá-lo como único. Podemos dizer que ainda hoje o trabalho de Kraepelin é mundialmente reconhecido, assim como a *Psicopatologia Geral* de Jaspers, o *Manual de Psiquiatria* de

Henry Ey e os *Estudos sobre a Histeria* de Freud e Breuer o são. Não podemos confundir o reconhecimento de uma Organização Mundial (a de Saúde) com reconhecimento mundial. A OMS é uma organização política destinada a gerir recursos de saúde e estabelecer metas. Um manual estatístico lhe serve principalmente para estabelecimento de estudos epidemiológicos. Mas, como sabemos, a epidemiologia não é a clínica e confundir uma com outra é justapor metodologias sem a criação de um novo campo. Desse modo, temos com o DSM-IV um manual estatístico que se ampara mais em procedimentos epidemiológicos do que clínicos (ou em uma confusão entre os procedimentos). Por essa razão não podemos situar a clínica como epidemiológica, nem a psicopatologia como tema de estudo do DSM-IV.

A PSICANÁLISE COMO PSICOPATOLOGIA NÃO HUMANISTA

Um exemplo de clínica que não repousa no humanismo e na ideia de compreensão para se distanciar do positivismo é aquele da psicanálise. Confrontados com a ausência de etiologia orgânica para a explicação da histeria, Freud & Breuer, (1895/1990) também não recorrem à dimensão da compreensão. Certamente, a linguagem será fundamental para a leitura do sintoma como mensagem na psicanálise. Entretanto, ao propor a ideia de inconsciente, Freud desaloja a correspondência entre linguagem e consciência.

A teoria do simbolismo inconsciente não é hermenêutica, não busca trazer à consciência o sentido oculto do sintoma, possibilitando ao eu se reapropriar do conteúdo recalçado. Pelo contrário, trata-se de apontar a dependência da consciência e do ego em relação às leis do processo primário, dependência que não pode ser curada por clínica da alienação mental concebida como processo de recuperação da autonomia do eu.

E, a respeito da hipótese etiológica, Freud não se contenta apenas em deslocar para o psiquismo a causa dos distúrbios. Ele confere valor etiológico ao fracasso mesmo de representação da causa. Trata-se da hipótese de que a etiologia do sofrimento se relaciona à falha de inscrição psíquica do evento traumático.

Se a psiquiatria e a medicina não conseguiam encontrar uma etiologia neurológica para a histeria, o passo inicial de Freud foi, de fato, transpor tal dificuldade etiológica para o psiquismo do doente. Daí a ideia de que “as hísticas sofrem de reminiscência” (FREUD & BREUER, 1895/1990, p. 217): há ruptura, hiato, no elo causal, na memória. Já em um segundo passo, entretanto, Freud (1900/1990) radicaliza tal hipótese, afirmando que a ruptura na teia causal

é parte constituinte do sistema psíquico, e não apenas um distúrbio em seu funcionamento ótimo, que seria encontrado apenas no doente.

Ora, tanto pela proposição do inconsciente, que recusa a identificação entre pensamento e consciência, quanto pela hipótese etiológica, que relaciona a constituição psiquismo a uma falha de inscrição, a psicanálise se situa fora das críticas humanistas da ciência.

Restaria muito a falar sobre essas leituras em psicopatologia. O que nos interessa apontar, entretanto, é que o problema da construção de uma clínica e de uma psicopatologia não é aquele da oposição entre humanismo e positivismo. Isso porque, como veremos agora, os pressupostos do DSM parecem-nos encontrar, em pontos fundamentais, a crítica humanista da ciência.

TRANSTORNO COMO RUPTURA

Ao realizar o catálogo de sinais e sintomas conforme o conceito de transtorno, o pressuposto do DSM é humanista, pois ele realiza uma exclusão da subjetividade do ato de conhecimento que, desde que Descartes enunciou o *Cogito*, fundamenta o caráter constituinte do homem como suporte de representações científicas.¹

Daí a insuficiência, que apontamos acima, da crítica humanista ao DSM que o pensa como descrição abstrata que “rotula” o sujeito. Meramente contentando-se em se opor à razão instrumental do Manual à dimensão do humano, seja esta remetida ao indivíduo ou ao “social”, tal perspectiva termina secretamente por referendar os limites apresentados pelo DSM.

Para compreendermos tal ideia, é preciso analisar a categoria fundamental utilizada pelo manual, aquela de transtorno. De fato, tal categoria representa um limite claro à recusa do DSM em apresentar-se como ateu, como subtraído à questão da etiologia psicopatológica. Pois o que é um transtorno, na concepção do DSM? Ora, se trata da ruptura das faculdades psicológicas, ruptura que aponta para um desequilíbrio do poder unificante, sintético do eu, uma “disfunção dos processos psicológicos”, como coloca o DSM-V. O transtorno representa

¹ Este lugar de onde opera o poder de decisão sobre a normalidade e patologia é excluído do campo que ele próprio funda, tornando-se, portanto, impossível de ser criticado. Como coloca o filósofo Giorgio Agamben (2010) em suas análises do poder moderno, o poder que decide sobre a exceção é, ele mesmo, excessivo; habitando o lugar a-tópico aonde se cria a decisão constituinte pela repartição entre a norma e a transgressão, ele mesmo torna-se ao mesmo tempo normativo e transgressor.

uma negatividade puramente exterior à organização que o eu deve realizar dos processos mentais.²

A problematização realizada por Canguilhem (1995) da oposição entre doença e saúde, na medicina moderna, pode nos ser de interesse aqui. Quando Canguilhem afirma que o normal e o patológico têm a mesma natureza, ele repete, para o campo da medicina, uma das afirmações fundamentais que Freud havia realizado no campo da doença psíquica. A ideia de que a saúde e a doença possuem a mesma natureza é a de que ambas se complementam, isto é, a normalidade não é autoexplicativa, já que ela depende, de forma fundamental, da patologia.

Em relação à psicopatologia, podemos pensar a tese de Canguilhem a partir da afirmação de que o fenômeno patológico não constitui o rompimento puramente negativo de um funcionamento ótimo do psiquismo, mas que ele é parte inerente a este funcionamento. De forma que apenas podemos compreender a normalidade a partir de seu “desfuncionamento” psicopatológico, como duas faces de um mesmo fenômeno bifronte. É nesse sentido que, para a psicopatologia, a descrição de fenômenos não basta. O sintoma não é um mero transtorno, já que ele não pode ser excluído da normalidade a respeito da qual ele constituiria, supostamente, uma determinação meramente deficitária.

Tomemos o exemplo das compulsões. A compulsão constitui, hoje, uma enfermidade epidemiológica, descrita no DSM dentro da grade dos transtornos obsessivos compulsivos (TOC). Ora, não há como compreender a compulsão como desequilíbrio sem compreendermos a respeito de que ela representa um desfuncionamento. A psicanálise, por exemplo, a entende não apenas como disfunção em relação à norma, mas como disfunção inerente à própria norma. Trata-se daquilo que Freud (1923/1990) chamou de superego.

De fato, se uma das formas de imperativo social, hoje, constitui-se como demanda por consumo, como poderíamos decidir sobre o indivíduo normal, que

² E aqui não interessa tanto se este “eu” constitui-se como eu psicológico ou neurológico. O problema, de fato, não é aquele da oposição entre o psíquico e o corporal, *res extensa* ou *res cogitans*, mas sim aquele do normal e do anormal, e do questionamento de sua fronteira. Alain Ehrenberg (2002) mostrou, neste sentido, que algumas correntes da neurociência, aparentemente assentadas no empirismo dos neurotransmissores, constituem-se como herdeiras da frenologia, de Gauss, que buscava no formato do crânio as causas do caráter, da moralidade e da inteligência. De fato, seja cerebral ou psicológico, o problema continua sendo o de pensar o caráter ideal desde “sujeito” transtornado. O idealismo, como dissemos acima, não nos parece se opor ao empirismo radical, mas sim completá-lo. Que o eu seja um eu psicológico, como unidade sintética do diverso sensível, ou que ele seja um eu “materialista”, como função cerebral localizada, o problema ainda é o da compreensão da natureza do fenômeno psicopatológico.

possui acesso ao consumo de forma “moderada”, e o anormal, que excede a moderação? Como coloca Gondar (2001), para a psicanálise o distúrbio constitui-se pela identificação plena do sujeito com o imperativo, e não por sua tentativa de transgredi-lo. Pois é tal identificação que termina por gerar, à revelia da intenção consciente, a transgressão da mesma norma à qual se busca obedecer:

O psicanalista que trabalha com compulsivos não demora a notar o quão fortemente se apresenta, nesses pacientes, a aliança entre o supereu e a pulsão de morte, redundando numa forma cruel de injunção superegóica: ao invés de funcionar como barreira a um gozo mortífero, o supereu o exigiria, desprezando por completo a esfera das inclinações subjetivas singulares. (...). (Gondar, 2001, p. 28)

O argumento de Gondar é o de que a compulsão se constitui, ao mesmo tempo como obediência e denúncia ao caráter superegóico da norma social. Pois é justamente ao obedecer fielmente à norma que o compulsivo termina por transgredi-la. Seu sintoma expõe, assim, a inconsistência interna do imperativo, a passagem imperceptível entre equilíbrio e desequilíbrio, funcionamento e disfunção, como partes de uma mesma injunção. Dessa forma, caracterizar o sintoma apenas como privação de normalidade, como fracasso na síntese psíquica, é referendar a mesma norma que a compulsão termina, pela via indireta do sintoma, por questionar.

De fato, quando o DSM apresenta a doença mental através da categoria de transtorno, ele atém-se à idéia de raiz teológica de que “o mal é a privação do bem”, de que o negativo, o patológico, não tem nada a dizer sobre a normalidade. Ora, tomando a psicanálise como exemplo de psicopatologia crítica, fenômenos negativos como a angústia ou os sintomas são fundamentais na determinação mesma da cura.

Ao retirar qualquer reflexão etiológica na descrição dos transtornos, o DSM assume a hipótese *etiológica*, aparentemente insofismável e autoevidente, de que o transtorno é a privação de índices ótimos de saúde e normalidade. É neste sentido, então, que as críticas aos DSM's não nos parecem poder ser realizadas através da ideia humanista da compreensão, fundamentada no solo antropológico da significação, seja esta individual, cultural ou social. Pois a significação cultural ou histórica de um transtorno não altera sua caracterização etiológica como ruptura do equilíbrio, desarmonia, perda de ordem ou de informação.

Como vemos na introdução a sua quinta versão, o Manual, talvez buscando justificar-se perante seus críticos, busca reconhecer a dimensão cultural do adoecimento:

Os limites entre normalidade e patologia variam em diferentes culturas com relação a tipos específicos de comportamentos. Os limiares de tolerância para sintomas ou comportamentos específicos são diferentes conforme a cultura, o contexto social e a família. Portanto, o nível em que uma experiência se torna problemática ou patológica será diferente. (APA, 2013, p. 14).

Certamente “o nível em que uma experiência se torna problemática ou patológica será diferente” de acordo com cada cultura, mas não a própria relação entre patologia e saúde; esta, para o DSM, permanece inquestionada. Mas o problema não é o de reintegrar o aspecto cultural, humanizando uma descrição abstrata, mas sim o do pressuposto etiológico. E este continua sendo aquele do transtorno como desequilíbrio, desarmonia; é o que vemos adiante:

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. (...). (APA, 2013, p. 20)

Ora, a definição é recorrente: um transtorno é uma “perturbação”, uma “disfunção” nos “processos psicológicos subjacentes ao funcionamento mental”. Nada se definiu sobre qual seria a natureza dos processos psicológicos subjacentes e, pior, definiu-se um transtorno como uma “perturbação”, ou uma “disfunção”, isto é, como... um transtorno! Não podemos deixar de lembrar, aqui, da piada de Molière (2008) em *O doente imaginário* acerca do médico que, perguntado por que o ópio faz dormir, afirma que este possui uma “virtude dormitiva”.

Mas podemos ler em tal fracasso na definição de transtorno o ponto cego estrutural em todo o empreendimento de classificação exaustiva que anima o DSM, não um déficit, um “transtorno” na racionalidade diagnóstica, mas sim o sintoma de uma impossibilidade intrínseca à definição normativa dos critérios de saúde e doença. Impossibilidade que diz respeito a uma subversão possível daquilo que é considerado como normalidade. Esta não seria, então, ausência de transtorno, já que a própria anormalidade poderia ser relacionada à tentativa de excluir o “transtorno” como pura anomalia, como singularidade insubmissa à norma.

Certamente, o patológico possui uma mensagem, como pensava Freud a respeito dos sintomas. Mas tal mensagem, longe de se referir a um indivíduo psicológico ou à generalidade das “normais culturais”, pode ser apreendida em seu potencial questionador da pretensa unidade de si, do sujeito ou da cultura. De forma a revelar o conflito, o antagonismo entre saúde e doença, entre a singularidade do caso empírico e a universalidade da teoria, como constituinte da clínica. De fato, já não é este o motor da própria pesquisa científica?

CONCLUSÃO

Na primeira parte de nosso manuscrito, buscamos questionar a pertinência do DSM como manual psicopatológico, já que na recusa da etiologia e da semiologia, ele torna-se um inventário de sintomas, agrupados segundo critérios não explicitados de identidade e diferença. É que, como vimos em nossa segunda e terceira seção, tal ausência de reflexão teórica é impossível. O próprio termo “transtorno”, utilizado como conceito principal para descrever o adoecimento psíquico, supõe uma avaliação teórica da natureza etiológica da doença; esta é compreendida como perturbação da ordem, desequilíbrio.

Vimos como o problema não é aquele da substituição da abstração científica pela compreensão humanista, mas sim da relação tensa entre universalidade e singularidade, entre norma e caso. Ora, é tal relação tensa que caracteriza a ciência moderna, e que irá se refletir, na clínica médica, na dialética entre a singularidade da experiência e a universalidade do saber. Dialética que, no caso da psicopatologia e da clínica das doenças mentais, pode tomar a forma de uma estranha hipótese etiológica, aquela que alia saúde e doença como processos cuja racionalidade não pode ser compreendida como separada.

No conto *O alienista*, Machado de Assis (1882/1979) descreve a figura de um psiquiatra que, incluindo todos os habitantes de Itaguaí no hospício, descobre para sua perplexidade que, segundo seu próprio critério de inclusão, o da loucura como desvio da normalidade, ele deve incluir a si mesmo e libertar aqueles que são supostamente loucos. Ora, poderíamos dizer que, incluindo cada vez mais categorias psicopatológicas à medida que suas sucessivas edições são lançadas, uma edição crítica do DSM deveria, coerentemente, trazer uma única categoria: o transtorno de classificar transtornos. Pois a relação tensa entre universalidade e singularidade nos parece parte constituinte não apenas da clínica, como também da ciência. Não devendo ser, portanto, negligenciada pela psicopatologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEM, G. **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

AGUIAR, A. A. **A psiquiatria no divã**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2004.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

ASSIS, M. O Alienista. In: **Obra Completa**. Vol. II, Conto e Teatro. Rio de Janeiro, Editora Nova Aguilar, 1979. p. 253-288.

BANZATO, C. E. M. et al . O que os psiquiatras brasileiros esperam das classificações diagnósticas? **Jornal Brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 88-93, 2007.

BARATA, R. B. Epidemiologia clínica: nova ideologia médica? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 12(4):555-560, out-dez, 1996

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995.

EHRENBERG, A. Le sujet cerebral. **Esprit**, n. 309, p. 130-155, 2002

EY, H. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1994.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FREUD, S; BREUER, J (1895). Estudos sobre a histeria. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 15-297.

FREUD, S. (1900). *A interpretação dos sonhos*. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Imago, 1987. v. 4, 5.

_____ (1923). O Ego e o Id. In: ____ **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 11-83.

GONDAR, J. Sobre as compulsões e o dispositivo psicanalítico. **Ágora – estudos em teoria psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. IV, n. 2, p. 25-35, 2001.

JASPERS, K. **Psicopatologia geral**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.

LANTÉRI-LAURA, G. Prefácio. In: BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1989.

LEGUIL, F. Mais-além dos fenômenos. In: LACAN, J. **A querela dos diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 60-69.

MALEVAL, J-C. **La forclusión del nombre del padre**: el concepto y su clínica. Buenos Aires: Paidós, 2003.

MOLIÈRE. **O doente imaginário**. Belo Horizonte: Crisálida, 2008

OLIVIER-MARTIN, R. Em torno do DSM III. LACAN, J. **A querela dos diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 70-83

SOLER, C. **O inconsciente a céu aberto na psicose**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2007.

SOBRE OS AUTORES

Roberto Calazans: Doutor em Teoria Psicanalítica pela UFRJ. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSJ. Bolsista de Produtividade nível 2 do CNPq.

E-mail: calazans@ufs.edu.br

Pedro Sobrino Laureano: Doutor em psicologia clínica pela PUC-RJ. Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ).

E-mail: pedro@laureanopsi.com.br

Fuad Kyrillos Neto: Doutor em Psicologia Social pela PUC/SP. Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ).

E-mail: fuadneto@ufs.edu.br

SEÇÃO 2

GALÁXIA DSM E DESTITUIÇÃO DO SUJEITO

TRILHAS E DESCAMINHOS?

CAPÍTULO 6

A FALHA EPISTEMO-SOMÁTICA DO DSM-V

*Gesianni Amaral Gonçalves
Alexandra Martins*

As lesões visíveis do cadáver não podiam designar
a essência da doença, que era invisível
(FOUCAULT, 1977, p.152).

A quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) é apresentada tendo como principal objetivo melhorar sua utilidade clínica como um guia para diagnósticos confiáveis de transtornos mentais. É nítido o anseio por “diagnósticos plenamente válidos” para cada transtorno classificado no manual, anunciando a que veio: ser referência na classificação dos transtornos mentais, bem como nos critérios utilizados para estabelecer diagnósticos.

Enquanto a ciência dos transtornos mentais evolui a passos largos utilizando “validadores científicos consistentes, sólidos e objetivos” (DSM – 5, 2014, p.6) testemunhados pelo progresso em áreas como neurociência cognitiva, neuroimagem, epidemiologia e genética, apontando para o triunfalismo da psiquiatria biológica, algo parece sulcar essa lógica denunciando uma falha. Uma lacuna reconhecida pela própria força-tarefa que supervisionou esta última edição do manual ao reconhecer que os avanços em pesquisa exigirão alterações cuidadosas e iterativas, ainda que seja com o intuito de que o DSM permaneça como referência na classificação de transtornos mentais:

O DSM precisa evoluir no contexto de outras iniciativas de pesquisa clínica na área. Um aspecto importante dessa transição deriva da constatação de que um sistema categórico demasiadamente rígido não captura a experiência clínica nem importantes observações científicas (DSM – 5, 2014, p.5).

Não parece ser sem consequências a constatação de uma hiância na racionalidade diagnóstica presente no sistema DSM - desenvolvido pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) e adotado também pela Organização Mundial de Saúde na Classificação Internacional de Doenças (CID) -, tendo em vista que a lógica diagnóstica nele presente, como bem lembra Figueiredo (2002), ameaça reduzir a clínica à mera aplicação de condutas prescindindo-se do sujeito e de suas circunstâncias.

Frente ao reconhecimento desse hiato, tributário à comprovação paradoxal de que um diagnóstico plenamente válido amparado por um sistema de classificação excessivamente rígido não esgota a experiência clínica, resta saber: o que falta ou excede à logicidade DSM? Excede em classificação, carece de alocação.

O caráter normativo dessa classificação é fundado em uma forte tendência de se classificar o sofrimento psíquico, dentro de uma lógica nitidamente taxonômica que exclui o sujeito determinado pela linguagem. Esse, em detrimento do direito de narrar sua história, seu mal-estar, seu sofrimento, podendo assim ser alçado à posição de sujeito ao se responsabilizar pelo que fala, é subsumido à posição de objeto de observação.

O método do DSM, pautado pela avaliação e pelos protocolos, estabelece diagnósticos e tratamentos desconsiderando os aspectos subjetivos daquele que sofre e procura alívio para o seu mal-estar. Esse cenário ocasiona o reducionismo da dimensão psíquica e do sofrimento/adoecimento psíquico a desequilíbrios, alterações e distúrbios neuroquímicos do funcionamento cerebral. Como consequência, podemos apontar para uma decadência do raciocínio clínico nesse sistema, conjecturando que a falha acima constatada é compatível com a falha indicada por Lacan (1966) a respeito do progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo. Daquilo que o psicanalista define como *falha epistemo-somática*, indicando um corte entre o saber da ciência e o desejo do sujeito, apropriamo-nos aqui para nomear a falha na lógica diagnóstica desse manual.

O NÃO-LUGAR DA MEDICINA NA PSICANÁLISE

Ao comentar sobre “O lugar da psicanálise na medicina”, Lacan (1966) cunha a expressão *falha epistemo-somática* apontando para um erro na relação da medicina com o corpo ao desconsiderar a dimensão do sujeito e do gozo, o

que acarreta no desconhecimento simbólico do ser em relação à sua doença. A indelével atualidade do pensamento lacaniano nesse Colóquio instiga ao questionamento acerca dos efeitos do desenvolvimento técnico-científico, tão presente nos dias que correm, salientando sobre a necessidade de atingir aquilo que realmente nos afeta. São dele as palavras: “vamos nos perguntar sobretudo em que isto concerne àquilo que existe, ou seja, nossos corpos” (LACAN, 1966, p. 11).

Importante destacar, nesse momento, o ponto de vista clínico lacaniano que nos orienta com algumas balizas: a demanda, o desejo e o gozo do corpo que confluem em uma dimensão ética. Sendo a demanda, apontada como a dimensão em que se exerce a função médica e que se difere, às vezes até se opõe àquilo que se deseja, o psicanalista demarca aí a estrutura da falha existente entre a demanda e o desejo. Quanto ao corpo, ele enfatiza sua relação com o gozo dizendo que o gozo é experimentado pelo corpo e que há aí uma tensão, um forçamento (LACAN, 1966). Dessa forma, sustenta que há na relação do sujeito com seu corpo, uma divisão entre o que é consciente e inconsciente. São dele as palavras:

Esse corpo não é simplesmente caracterizado pela dimensão da extensão. Um corpo é algo feito para gozar, gozar de si mesmo. A dimensão do gozo é completamente excluída disto que chamei de relação epistemo-somática. Isto porque a ciência é capaz de saber o que pode, mas ela, não mais do que o sujeito que ela engendra, é incapaz de saber o que quer (LACAN, 1966, p.32).

Para a psicanálise, um corpo deve compor uma cadeia significativa, adequando-se ao gozo. Essas premissas colhidas no ensino de Jacques Lacan e depreendidas da experiência freudiana são úteis para uma compreensão outra do corpo fenomenológico diagnosticado pelo DSM. Esta observação está longe de nos bastar quanto à questão que está em jogo e que fora apontada por Lacan (1966), a saber: a crítica foucaultiana quanto à responsabilidade da medicina na crise ética centrada em torno do isolamento da loucura.

Em *O nascimento da clínica*, Foucault (1977) mostra como se deu a organização do saber médico realizando uma crítica às estruturas políticas e epistemológicas que regem a racionalidade do mundo contemporâneo. O filósofo salienta que o século XIX foi um marco na evolução do saber médico, momento em que a medicina busca legitimar-se pela utilização do método experimental característico das ciências físicas, o que faz com que ela possa se apresentar como medicina científica. Uma grande influência na concretização desse ideal é o trabalho do fisiologista Claude Bernard (1813-1878). Contudo, no final do século XVIII, as observações de Marie François Xavier Bichat (1771-1802), o pai da anatomopatologia moderna, dão início a uma clínica empirista calcada ao

que se apresenta ao olhar, “um olhar que se fixa sobre o campo do corpo”, como menciona Lacan (1966).

No início do século XIX tem-se uma reativação do pensamento classificatório e nosológico calcado no fundamento da observação de superfícies perceptíveis. “Mas como é possível ajustar a percepção anatômica à leitura dos sintomas? Como poderia um conjunto simultâneo de fenômenos espaciais fundar a coerência de uma série temporal que lhe é, por definição, inteiramente anterior?” Esse questionamento de Foucault (1977, p.152) subsiste na crítica feita por Lacan (1966) ao mencionar a passagem da medicina para o campo da ciência com sua exigência experimental.

Ao ater-se somente ao que é dado ao olhar na forma simples de sua existência fenomenológica, o método DSM não pode dizer o que é um encadeamento, um processo na ordem temporal. Ao contrário de uma clínica que escuta os sintomas e procura o corpo derivado do significante, o DSM só perscruta os sinais de um cadáver derivado da anatomofisiologia. Entretanto, a medicina classificatória que prevalece na lógica desse manual é posterior a uma outra leitura clínica apontada por Foucault:

A doença não é mais um feixe de características disseminadas pela superfície do corpo e ligadas entre si por concomitâncias e sucessões estatísticas observáveis; é um conjunto de formas e deformações, figuras, acidentes, elementos deslocados, destruídos ou modificados que se encadeiam uns com os outros, segundo uma geografia que se pode seguir passo a passo (FOUCAULT, 1977, p.155).

A clínica apontada acima implicava um sujeito decifrador que através do seu dizer ordenava e definia parentescos. Em contrapartida, o filósofo pontua que a partir do momento em que o olhar científico se dirigiu ao corpo do paciente, estabeleceu-se uma reformulação no nível epistemológico e não ao nível dos conhecimentos acumulados. Trata-se de um acontecimento que atingiu a disposição do saber, uma vez que os conhecimentos na medicina anátomo-clínica não se formam segundo as mesmas regras da clínica anterior. Foucault refere-se a uma mudança de jogo, agora com novas regras: o novo método substitui o das identidades sintomáticas. De tal modo que “o grande corte na história da medicina ocidental data precisamente do momento em que a experiência clínica tornou-se o olhar anátomo-clínico” (FOUCAULT, 1977, p. 168).

Com Bichat e seus sucessores a problemática se voltou mais para o futuro da doença, do que para o seu passado. A nova episteme médica cria uma técnica que artificialmente faz aparecer um signo onde não há sintoma: “O olhar médico não se dirige ao corpo concreto, mas aos signos que diferenciam uma doença da

outra” (FOUCAULT, 1977, p. 7). A semiologia deixa de ser uma leitura para se tornar um conjunto de técnicas que constitui aquilo que o filósofo denomina de *anatomia patológica projetiva*. Para a anatomia patológica de Bichat “o que não está na escala do olhar se encontra fora do domínio do saber possível” (FOUCAULT, 1977, p. 191). Não é exatamente isso o que Lacan denomina de *falha epistemo-somática*?

ENTRE SINAIS, SIGNOS, SIGNIFICANTES E SINTOMAS

Nos manuais de Psicopatologia encontramos facilmente a definição de semiologia, como área do conhecimento que estuda os sinais e sintomas das enfermidades, constituindo uma ciência geral dos signos. Eco aponta que “na virada do século em que a semiótica se afirmou como disciplina, assistimos a uma série de declarações sobre a morte ou, no melhor dos casos, a crise do signo” (ECO, 1991, p. 15). Para o autor, o signo foi submetido a uma extinção silenciosa ao longo de dois mil anos.

A história da criação e utilização dos signos, a significação produzida na dinâmica das interações do humano, passou por vários períodos. O Clássico com Plantão (428/347 a.C.), Aristóteles (384-322 a.C.) e os Estoicos (Zenão de Cítio, séc. III, a.C.); o medieval, com Aurelius Augustinus (345-430 d.C.); Racionalismo, com Descartes (1596-1650) e Leibniz (1646-1716); Empirismo Britânico, com John Locke (1632-1704) e o Iluminismo Francês, com Diderot (1713-1784). Sendo a semiologia uma ciência fortalecida no século XX, com seus fundadores Ferdinand de Saussure (1857-1913) e Charles Sanders Peirce (1839-1914).

Barthes (2001) assinalou que a semiologia proposta por Saussure foi desenvolvida por outros cientistas que examinaram o termo substituindo-o por semiótica, tratando dessa forma de “uma ciência dos signos que não é a da linguagem articulada” (BARTHES, 2001, p. 234). Isso para diferenciar a semiologia de origem linguística da semiologia médica.

No “Dicionário internacional de psicanálise” encontra-se um questionamento sobre o que poderia ser uma semiologia psicanalítica, considerando que a psicanálise: “parece escapar totalmente a toda a semiologia útil no processo de cura. Mas a metapsicologia, que teoriza sua experiência e justifica sua abordagem, não deixa de oferecer uma ordem semiológica que lhe é específica e conveniente em certas situações” (MIJOLA, 2005, p. 1702). O autor segue afirmando que a metapsicologia tem relevante valor, e aponta:

Numa situação de exame, ela é útil para se avaliar a estrutura e o funcionamento psíquico, e propor a indicação das modalidades terapêuticas. As capacidades associativas, no decorrer da entrevista, ou suas diversas transformações, as maneiras defensivas do recalque, do desmentido, da projeção etc., a expressão dos afetos, as formulações regressivas, são outros tantos elementos que podem constituir um sistema de signos para a avaliação das manifestações do inconsciente e de sua dinâmica na organização e funcionamento das instâncias psíquicas. (MIJJOLA, 2005, p. 1703)

Ainda em face à semiologia, para a psicanálise, sabemos que a linguística estrutural, oriunda de Saussure, teve influência relevante sobre Jacques Lacan. Desta feita, a psicanálise na concepção lacaniana não se reduz somente à teoria do significante, tendo se ocupado, em determinados momentos, com o valor do signo. O psicanalista, se esforçou para sustentar a dimensão do psiquismo e sua submissão a linguagem.

Apontaremos algumas ideias de Lacan a respeito da noção de signo, de sinal e do significante. Antes, porém, é interessante ter ciência da noção de sintoma proposta por Barthes (2001), contemporâneo do psicanalista, ao afirmar que: “em face ao sintoma, o signo que faz parte da definição da semiologia médica seria no fundo adicionado, suplementado pela consciência organizadora do médico” (p. 236). Para o autor, “o signo denuncia, define ou pronuncia, mas também anuncia; direi, portanto, que, se o sintoma pertence à substância do significante, o signo pertence de maneira muito grosseira à forma do significante ou implica, em todo caso, a forma do significante” (BARTHES, 2001, p.237).

Lacan (1972-1973/1985) ressalta a diferenciação entre signo e significante. O autor afirma que o significante representa o sujeito para outro significante e questiona: “do que é que se trata o signo?” (p. 68). Responde exemplificando que onde há fumaça há fogo, ou seja, a fumaça é signo do fogo, e que essa pode ser também signo do fumante: “o signo não é portanto, signo de alguma coisa, mas de um efeito que é aquilo que se supõe, enquanto tal, de um funcionamento do significante” (LACAN, 1972-1973/1985, p. 68). Em outro momento afirma que “o destino do sujeito humano está essencialmente ligado ao sua relação com seu signo de ser, que é objeto de toda sorte de paixões e que presentifica, nesse processo, a morte” (LACAN, 1957/1988, p. 266).

Destacando a diferença entre o simbolismo estruturado na linguagem do simbolismo natural, o autor lembra que todo fenômeno que participa do campo analítico apresenta a duplicidade essencial do significante e do significado: “o significante tem aí sua coerência e seu caráter próprios, que o distinguem de qualquer outra espécie de signo” (LACAN, 1956/1981, p.192). Compreendemos com suas elaborações que há uma significação natural, qual seja, o sinal. Tal

como o sinal biológico, ilustrado pelo autor pela cor vermelha da plumagem do pássaro Pintarroxo, temos o sinal, ou melhor, os sinais indicativos de distúrbios e transtornos mentais utilizados como critérios diagnósticos pelo DSM.

Retomando o raciocínio de Lacan, vemos que esse sinal natural não necessita do reconhecimento do Outro para existir. Em outro exemplo, ele menciona o rasto na areia para traçar a distinção entre o sinal e o objeto: “o rasto é justamente o que o objeto deixa” (LACAN, 1956/1981, p.192). Seria essa uma distinção possível entre o sinal e o sintoma? Sendo que o significante se distingue do sinal poderíamos admitir que o sinal está para a relação imaginária assim como o sintoma para a relação simbólica. O sintoma fala em sua significância, ele é dirigido a um Outro, diferentemente do sinal que pouco diz.

O DSM se baseia em signos, no sentido de um sinal provido de significação. Assim sendo, na semiologia médica a febre pode ser um sinal/signo de infecção. Lembramos com Dalgalarondo que “a semiologia médica e a psicopatológica tratam particularmente dos signos que indicam a existência de sofrimento mental, transtornos e patologias” (2008, p. 24). Para Foucault (1977), a racionalidade da ciência médica não só muda o conceito de sintoma para signo, o qual deve ter significado para o médico, como dá início à apreciação estatística das manifestações clínicas.

Na definição foucaultiana encontramos o signo desempenhando um papel de desvio: “ele não é mais o sintoma falante, mas aquilo que substitui a ausência fundamental de palavra no sintoma” (FOUCAULT, 1977, p. 182). Como herança iluminista, a clínica médica passa a ser regida pela observação, sendo o olhar do médico prevalecente em detrimento do sujeito que deve ser subtraído com suas qualidades particulares em prol do conhecimento da doença.

Salientando a relevância desse momento da constituição do saber médico, Foucault afirma que as descobertas de Bichat “não podiam designar a essência da doença, que era invisível” (1977, p. 152), essa concepção leva ao surgimento de novas tecnologias e práticas sobre os corpos dos indivíduos, todas pautadas em uma análise minuciosa do olhar sobre o doente. Essa clínica do olhar se utiliza de signos e sinais capazes de determinar a doença do indivíduo desconsiderando a dimensão do sintoma.

Os signos de maior interesse para a psicopatologia são os sinais comportamentais objetivos, verificáveis pela observação direta do paciente. Neste contexto, os signos podem ser lidos como sinais que, por sua vez, são definidos como “dados elementares das doenças que são provocados (ativamente evocados) pelo examinador” (DALGALARRONDO, 2008, p. 24).

Os signos médicos, para Clavreul (1978), são anteriores à linguagem, não dependem da língua falada nem pelo médico e nem pelo doente para existir. Os signos (sinais) médicos não obedecem às leis da linguística, eles se agrupam em síndromes e não em sintagmas ou em paradigmas. Assim sendo, percebe-se que o sujeito é suprimido pelo saber médico, uma vez que o paciente nada sabe dizer sobre o mal-estar que lhe acomete, eliminando assim a dimensão da linguagem.

Com o surgimento da psicanálise ocorre uma mudança que questiona a clínica do olhar, baseada somente nos fenômenos observáveis em detrimento dos aspectos subjetivos. Vemos surgir uma clínica da escuta na qual o psicanalista, operando através da transferência, não trabalha como um leitor de fenômenos e sim como nomeador de um modo de incidência do sujeito na linguagem (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000). Nesta perspectiva clínica, o diagnóstico passa a ser estrutural e não mais fenomenológico. “Por diagnóstico estrutural podemos entender como um diagnóstico que se dá a partir da fala dirigida ao analista, logo, sob transferência, onde os fenômenos vão se orientar com referência ao analista como um operador e não como pessoa” (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000, p.67). Na clínica da escuta psicanalítica, o sintoma se articula ao conceito de inconsciente, como uma instância que vem demarcar justamente a imprecisão, o fato de que o sujeito é regido por causas muitas vezes desconhecidas, fatos que o podem levar, por exemplo, ao vazio de um corpo.

O CORPO EM CENA

Ao atuar em hospital geral e diante nossa experiência clínica em que testemunhamos as influências e efeitos do psiquismo no somático, interrogamo-nos sobre o estatuto do corpo e do sintoma na psicanálise e suas interfaces com o campo médico. A hegemonia do discurso científico representado pela medicina com seu paradigma organicista, juntamente com a demanda social por medicamentos para aplacar as diversas formas de sofrimento, confronta-nos, enquanto psicanalistas, com a necessidade do estudo das etiologias no campo psicopatológico e com a importância do diagnóstico de linguagem, temas usualmente desconsiderados pelos manuais de classificação de doenças.

Na prática clínica psicanalítica em hospital, testemunhamos várias modalidades de sofrimento no corpo que se apresentam anterior ao dizer dos sujeitos em questão. Nessa experiência, o encontro com os efeitos de perda de controle imaginário dos sujeitos e seus sintomas colocam o corpo em cena tanto em sua relação ao desejo como com o gozo. Em seu livro “Adeus ao Corpo”, Le Breton (2003) evidencia o corpo como um estética de presença e ressalta:

[...] examinaremos o corpo vivido como acessório de pessoa, artefato de presença, implicado em uma encenação de si que alimenta uma vontade de se reapropriar de sua existência, de criar uma identidade provisória mais favorável. O corpo é então submetido a um design às vezes radical que nada deixa inculto (*body building*, marca corporal, cirurgia estética, transexualismo, etc). Colocado como representante de si, ceppo de identidade manejável, torna-se afirmação de si, evidência de um estética da presença (LE BRETON, 2003, p. 22).

Na presença dos corpos, o analista diante dos casos, um a um, testemunha esse sujeito em particular e sua resposta, o sintoma anoréxico. Esse sujeito que fala, uma mulher jovem, ainda na puberdade, identifica seu corpo de modo singular, em seu próprio discurso, como *um corpo saudável*, contrário ao que vê os coadjuvantes dessa cena (familiares) e os representantes da clínica médica.

Diante da analista, essa mulher não diz *nada* sobre seu transtorno psíquico identificado pela clínica médica, mas é claro que diz alguma coisa; fala do seu estilo particular de subjetivação: *não sinto nada, não tenho nada*. Mantém-se negando aos médicos qualquer tipo de sofrimento físico ou psíquico. Ao ser questionada pela equipe sobre seu estilo de vida, reforça sua disposição em manter uma *vida saudável e comer alimentos saudáveis*. Quando interrogada, no lugar da fala não tem nada a dizer, o que se reproduz é a nível do corpo.

André aponta a questão: “não temos ideia do ‘Gozar-se’ do corpo, senão indiretamente, pelo imaginário que projetamos sobre os animais ou as plantas, ou por uma dedução lógica, a partir da linguagem” (ANDRÉ, 1998, p. 235).

Stella, nome fictício que daremos à paciente, permanece sentada, em um leito de hospital geral, usando seus óculos de grau, cadavérica, lendo diariamente seus livros como se estivesse na sala de sua casa. Uma indiferença que faz da sua presença um enigma. Realiza com rigor as orientações médicas, contando as calorias dos alimentos que aceita comer, mas não todos, a maioria recusa.

Diante das solicitações de Stella, a mãe se cala, porém na possibilidade da morte do corpo, quando Stella apresenta uma crise convulsiva grave e seu corpo evidencia a eminência da morte, a mãe se desespera, agarra o corpo estendido no leito, chora e grita enlouquecidamente. Em seguida, se acalma e se mantém passiva, mas antes de se calar relata à analista a morte do pai da jovem, quando esta tinha 2 anos de idade.

Lacan propõe três tipos de complexos familiares, a saber: o *Complexo de Desmame*, no qual está em jogo a relação entre a mãe e a criança, o *Complexo de Intrusão*, que ocorrerá entre a mãe e a criança no nível imaginário e o *Complexo de Édipo*, triangulação que comporta a relação entre a mãe, a criança e imagem paterna (LACAN, 2008). Três complexos onde a perda e a falta se incluem. A

castração resultante do Édipo se refere a uma falta decorrente de uma perda primordial, que faz com que o sujeito deseje, via demanda, colocando a estrutura em movimento. Lacan no “Seminário, livro 10: a angústia” (1962-1963/2016) amplia essa questão quando diz que sem a falta, o sujeito não pode vir a ser.

Nas ameaças da morte empírica, do desaparecimento do corpo, Stella poderia fazer uma questão, mas se mantém silenciosa, enclausurada em seu sintoma, sem *nada* querer dizer e *nada* comer. Sacrificando a si mesma, na vantagem de um gozo corporal não regulado pela função fálica?

Em outro serviço já havia sido analisada por um psicanalista de referência. É feito um contato com esse profissional, informado pela paciente, para discussão do caso. Ele diz se tratar de um caso crítico, no qual não há mais o que fazer e que a internação clínica ajudará no controle dos sintomas físicos graves. Sem sucesso no contato, segue-se a assistência com desejo da analista de que sua função ofertada possa ser aceita, enfatizando a manifestação do inconsciente.

Lacan (2008) enfatiza que o complexo do desmame fixa no psiquismo a relação da alimentação que funda os sentimentos mais arcaicos e mais estáveis que unem o indivíduo à família. A Jovem Stella disse ao médico a seguinte frase sobre sua mãe: *não adianta ‘nada’ falar com minha mãe, ela sempre cede a todas as minhas solicitações*. Nessa situação, o Outro materno apresenta-se sem deixar margem para que o lugar da falta possa ser criado, responde rapidamente às demandas como necessidades, sem deixar espaço para o desejo. Sem a falta, o sujeito não pode vir a ser, é a dialética do desejo, porque é um desejo que visa separação. Stella suporta os signos de indiferença e desânimo da mãe *deprimida*, dizendo ao médico que não há *nada* a fazer. A paciente atua com a recusa para encontrar uma resposta que confirme sua posição de gozo.

André (1998) ressalta que “o que a mulher demanda é subjetivar esse parte insubjetivável de si própria que representa seu corpo” (ANDRÉ, 1998, p. 248). A mulher busca um significante que a designe e não encontra. Trata-se da mulher “descompletada” como descreve o autor, na ideia de um gozo do corpo como tal, ou de um gozo especificamente feminino, um efeito do significante.

O corpo é um produto da linguagem; o gozo do corpo é um produto da fala. A natureza, em suma, não pré-existe à cultura: as células, os átomos, os protídeos, os lípidios estão lá, sem dúvida, antes da linguagem, ou seja, a partir do momento em que o significado de um corpo, como entidade, vem se formular. Se o significante nos interdita ao acesso ao corpo como tal, se ele o expulsa para fora do campo daquilo de que podemos, como sujeitos, gozar, ele está no entanto, na origem desse corpo e do gozo que lhe é suposto; numa palavra, é o significante que cria o corpo ao mesmo tempo em que o interdita. Esta contradição decorre do conflito, interno à ordem simbólica, entre

Um e o Outro, entre a exigência da unidade e a da alteridade. Seria preciso fazer Um e o Outro... mas em caso de êxito, não haveria mais Outro, e em caso de fracasso, é a unidade que se apaga. (ANDRÉ, 1998, p. 238).

O corpo de Stella presentifica, com sua natureza anatômica, um apelo ao laço social através de um corpo que se põe como objeto de olhar para o outro, e ao campo da ciência, com um corpo desfigurado pela magreza extrema. Lacan (1963/2005) considera verdadeiro o termo de Freud (1924/1980) de que a “a anatomia é o destino” quando atribui ao termo a função do corte. Ele diz: “tudo o que sabemos de anatomia está ligado, de fato, à dissecação. O destino, isto é, a relação do homem com essa função chamada desejo (LACAN, 1963/2005, p. 259).

A Jovem Stella se nomeia saudável, mas está identificada a quê? Ao pai “literalmente” morto? Bauman resume que “identificar-se com... significa dar abrigo a um destino desconhecido que não se pode influenciar, muito menos controlar” (BAUMAN, 2005, p. 36). Uma identificação fora do registro das significações. Uma instância que se postula sobre a sua própria ruína, sem ao menos ter consciência disso por não saber e se a ver com o que diz sobre seu sintoma.

Na clínica contemporânea, a descrição psiquiátrica desses casos de emagrecimento importantes, devido a fatores mentais, são incluídos em quadros patológicos no DSM-V como *Transtornos Alimentares* e são tratados pela clínica médica em decorrência da gravidade da evolução da doença e do risco de mortalidade. Profissionais de saúde mental também são convocados a tratar esse sujeito revestido por um corpo aparentemente “mortificado” e paralisado pela doença. O analista nessa cena busca encontrar algo que não se esgota na aparência desse corpo aparentemente passivo à vida e sim investigar a dimensão do gozo marcado por certas coordenadas ao campo do outro. No entanto, tomar a anorexia como um recurso do sujeito face aos impasses do encontro com o desejo do Outro parece não dar conta de alguns casos.

A esse respeito, Lacan aponta:

É o que demonstra o discurso analítico, no que, para um desses seres como sexuados, para o homem enquanto que provido do órgão dito fático – eu disse *dito* -, o sexo corporal, o sexo da mulher – eu disse *da mulher*, embora justamente não exista *a* mulher, a mulher *não é toda* – o sexo da mulher não lhe diz nada, a não ser por intermédio do gozo do corpo. (LACAN, 1972-1973/1985, p. 14).

Esse sujeito anoréxico se dissolve no campo onde ele não é mais ele, no campo do Outro onde não há representação. Uma mulher destinada à morte empírica provocada e antecipada por seu sintoma. A morte como figura representada

em seu corpo, como destino que coincide com a dissolução dos semblantes fálicos porque escapam a sua mediação. Situado na ordem fálica, marcado pela castração, o sujeito feminino também possui uma relação com o corpo e com o gozo sem sentido, que não reconhece os limites da função fálica, que nada pode dizer desse gozo porque nada sabe sobre ele a não ser na experiência com seu próprio corpo.

Lacan estabeleceu que as mulheres estão a toda na função fálica: “não é porque ela é não-toda na função fálica que ela deixe de estar nela de todo. Ela está lá a toda. Mas há algo mais” (LACAN, 1972-1973/1985, p. 100). O autor ainda acrescenta: “Há um gozo dela, desse ela que não existe e não significa nada” (p. 100). Se não há significante do sexo feminino, o gozo feminino não nos esconde o que ele tem de inatingível de não ter nada a nos dizer sobre a sua verdade.

Podemos apontar estratégias de sujeitos com sintomas anoréxicos que se apresentam na clínica como recursos face aos impasses do encontro com o desejo do Outro. Uma delas, como propomos aqui, seria estabelecer uma exceção, privilegiando o lado feminino. Há consentimento desse sujeito com o gozo suplementar, com o gozo Outro ou trata-se de não-todo característico da posição feminina, uma histeria grave, ou uma psicose ordinária?

Enfim, casos como esse, vistos e revistos na prática hospitalar, mostram que nem tudo se sabe sobre o sofrimento humano. Ferindo a lógica DSM constituída com a pretensão à universalidade e, por outro lado, proponente de um conjunto de diagnósticos, ordenados em grandes campos. A diferença de concepção acerca do sofrimento psíquico que há entre um psicanalista, que parte da premissa do inconsciente (e, portanto, de um intangível atrelado ao humano) e um psiquiatra, que enxerga no sofrimento uma doença fundada em um desequilíbrio dos neurotransmissores, indica perspectivas epistemológicas muito díspares, usualmente inconciliáveis, ainda que isto não impeça, necessariamente, a possibilidade de comunicação entre distintos saberes (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006). Por outro lado, é importante reconhecer que estas diferenças epistemológicas enquanto tais podem ser ricas e profícuas quando não tomadas por uma concepção excludente, mas abertas ao diálogo e à perspectiva multidisciplinar.

A partir do método psicanalítico de observação, Freud (1914/1980) afirma: “aprendi a sofrer inclinações especulativas e, seguindo o inolvidável conselho de meu mestre Charcot, a examinar e reexaminar as coisas até que elas comesçassem a falar” (p. 266). Nessa perspectiva, na experiência com pacientes que apresentam uma intensa dificuldade de falar de si, as palavras por eles ditas são confundidas com seus corpos doentes. No desenvolvimento da linguagem, do

corpo, as “coisas” falam, e o hospital parece ser o único lugar acolhedor daqueles que não conseguem pronunciar com categoria suas próprias palavras e conduzir seus corpos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, Sônia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. (orgs.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

ANDRÉ, S. **O que quer uma mulher?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BARTHES, Roland. **A aventura semiológica**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

BAUMAM, Z. **Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi/ Zygmunt Bauman**; tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense; 1978.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ECO, H. **Semiótica e a Filosofia da Linguagem**. São Paulo: Editora Ática, 1991.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; MACHADO, Ondina Maria Rodrigues. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. **Revista Ágora**. V. 3, p. 65-86, 2000.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; TENÓRIO, Fernando. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**. V.1, p. 29-43. 2002.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FREUD, S. Contribuições à história do movimento psicanalítico (1914-1916). In.: _____. **Contribuições à história do movimento psicanalítico e outros textos**. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. 14).

FREUD, S. O sentido dos sintomas (1916-1917). In.: _____. **Conferências Introdutórias sobre Psicanálise** (Parte III). Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. 16, pp. 305-322).

LACAN, J. A questão histórica (1956). In: **O seminário livro 3: as psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina (1966). **Opção lacaniana**, n. 32. Tradução de Marcus André Vieira. Dezembro, 2001.

LACAN, J. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. (1957). In.: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LACAN, J. O Desejo e o Gozo. (1958). In.: _____. **O Seminário, livro 5: As Formações do Inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LACAN, J. As cinco formas do objeto pequeno a. (1963). In.: _____. **O Seminário, livro 10: A Angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LACAN, J. **Os complexos familiares na formação do indivíduo: ensaio de análise de uma função em psicologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LACAN, J. Do gozo. (1972-73/1985). In.: _____. **O Seminário, livro 20: mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LE BRETON, David. **Adeus ao Corpo: Antropologia e Sociedade**. Campinas: Papirus, 2003.

MIJOLLA, A. **Dicionário Internacional de Psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições**. Trad. Alvaro Cabral. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5). Associação Americana Psiquiátrica (APA). Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. Porto Alegre: Artmed, 2014.

SOBRE OS AUTORES

Gesianni Amaral Gonçalves: Doutoranda/UFMG em Estudos Psicanalíticos, na linha de pesquisa Conceitos Fundamentais em Psicanálise e Investigações no Campo Clínico e Cultura, mestre em Psicologia/PUC Minas. Docente da UEMG/Unidade Divinópolis e da UNA. Campo de pesquisa atual: corpo, sintomas e condução do tratamento.

E-mail: gesianni@terra.com.br

Alexandra de Oliveira Martins: Doutoranda/ PUC Minas em Psicologia, linha de pesquisa Processos Psicossociais, mestre em Psicologia pela UFMG. Coordenadora do serviço de Psicologia do Biocor Instituto. Docente do curso de Pós-graduação em Psicologia Hospitalar da Santa Casa de Belo Horizonte.

E-mail: aleclara@ig.com.br

SAÚDE MENTAL, ENTRE A ÉTICA E A ECONOMIA

*Alexandra Cavalheiro
Robson Pereira Calça*

A Segunda Guerra Mundial marca uma virada na organização das instituições de todo o mundo. Os efeitos psicológicos deste trauma coletivo favorecem a criação de novas organizações, de forma a evitar outras guerras deste porte e a contribuir com a estabilidade político-social no centro do capitalismo. A experiência produziu interrogações sobre as instituições já existentes e, na área da saúde, vários movimentos¹ combatem a reprodução de instituições totalitárias e espaços desumanos que de algum modo se assemelhassem aos campos de concentração.

Este período permitiu redefinir políticas, a fim de basear a organização das sociedades em valores de paz e de solidariedade. Assim, implantam-se, por exemplo, na França: a *sécurité sociale* (segurança social), capaz de garantir cuidados de saúde e períodos de descanso para os trabalhadores, evoluindo nos direitos trabalhistas, ainda existentes atualmente. Essas reformas (disseminadas em alguma medida por praticamente toda Europa ocidental) possibilitaram uma

¹ Correntes como o *désaliéniste*, onde podemos destacar Lucien Bonnafé, personalidade emblemática deste movimento.

diminuição da taxa de mortalidade, da mortalidade infantil e melhoria das condições da classe operária.

Os EUA, tendo sido os primeiros vendedores de armas aos Aliados e estando a uma grande distância geográfica do centro aliado da Segunda Guerra, teve as suas cidades e os seus parques industriais protegidos de bombardeios; e, ao fim da guerra, pôde reorganizar-se economicamente com maior agilidade, encontrando ademais o caminho livre (dos antigos maiores concorrentes) para estabelecer acordos econômicos ainda mais vantajosos e expandir a sua produção. Deste modo, os EUA saíram

da Segunda Guerra como a maior economia mundial, convictos de que era fundamental a recuperação das economias europeias destroçadas pela contenda militar, tanto para sua própria consolidação como império econômico, como para evitar o avanço do comunismo. A dinâmica que se estabeleceu no pós-guerra contribuiu para expandir e disseminar a lógica da produção fordista para os países europeus e outras regiões do mundo, que era muito mais do que uma nova base técnica de produção, constituía-se em um *novo padrão civilizatório* (Lopes, 2000). (Rizzotto, 2012, p.44)

Assim, os princípios e valores organizadores nos anos 50/60 permitem uma reconstrução e reequilíbrio social dos principais países participantes da Segunda Guerra, mas a realidade econômica cedo vai pontuar as relações entre os diferentes países. Aparece então o BIRD: Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento, criado em 1945, logo após o fim da Segunda Grande Guerra, pautando a reconstrução dos países devastados. Mais tarde, em diferentes períodos, são criadas outras instituições, que visavam o investimento de capital privado em países *em vias de desenvolvimento*, a partir de mecanismos de articulação entre governos e investidores estrangeiros, oferecendo garantias para os investidores. Essas múltiplas instituições compõem o que chamamos atualmente de Banco Mundial. A partir de então o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional² são protagonistas de um processo inicialmente de reconstrução e mais tarde de regulação do capital mundial, funcionando como árbitros das mais diversas tensões. Por exemplo, Maria Lucia Rizzotto demonstra que, no Brasil de 1988:

a tese de que os acordos de empréstimos do Banco Mundial para o setor brasileiro da saúde, levados a cabo nas últimas décadas, teriam como objetivo contribuir para a concretização de uma *contrarreforma* no e do sistema único de saúde, com o objectivo de restringir e anular direitos sociais defendidos pelo Movimento brasileiro da reforma nas décadas 70 e 80 do séc. XX e consagrados na Constituição Federal de 1988 (Rizzotto, 2012, p.18).

² Criado oficialmente em 1945.

Desse modo, pode-se notar que não é sem interesse para o capital privado da saúde a manutenção de certa fragilidade nas estruturas públicas de atendimento; e, sobretudo, a dependência dessas estruturas em relação aos investimentos privados e/ou internacionais – que, em última instância, consistem naquilo que Rizzoto descreve como *contrarreforma*.

No entanto, a ideia de saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado, estabelecida em inúmeras constituições (como a do Brasil), parece tomar a partir dos anos 80 um protagonismo que poderá constituir uma mudança no conceito de *homem* e na sua relação consigo mesmo e com a coisa pública. O projeto do SUS, cujas diretrizes foram transformadas em leis no momento da Constituinte de 1988, permite um recorte histórico interessante sobre a evolução do conceito de saúde e das políticas desenvolvidas em torno desta. O resultado é que este projeto (SUS), ainda bastante incompleto em 2018 (quanto à sua aplicação), apoia uma visão de intervenção social, ao transformar a participação civil em um direito constitucional.

A reforma sanitária brasileira em 1980 foi, todavia, interrompida e substituída por sucessivas reformas administrativas e gerenciais, que vêm sistematicamente obstaculizando a implementação do projeto SUS – de modo que, ao longo dos anos 1980, o SUS assume a contracorrente das chamadas *vontades do mercado financeiro*. Fenômeno que não se dá apenas na área da saúde (em que ele é bastante visível), pois é de se notar que, nos Estados que mais se aproximam das *orientações* e exigências do Banco Mundial, a política econômica e a política social estão em constante interação. Interação esta que facilmente se converte em uma *submissão absoluta do estado à lógica do capital* (Rizzotto, 2012, p.25).

Desse modo, as diferentes disputas sociais, políticas e econômicas na área da saúde implicam também mudanças na psiquiatria, cujos campos de atuação orbitam entre teorias psicológicas (onde podemos destacar a psicanálise); e o campo médico – nomeadamente a neurologia e as investigações recentes da neurociência. A prática da psiquiatria, tradicionalmente centrada numa clínica da singularidade, vê-se a partir dos anos 80 compelida ao uso de protocolos, procedimentos que tentam padronizar atuações, assim como o tratamento, que passa a ser encarado como preponderantemente medicamentoso, como consequência da ênfase dada a uma concepção biológica do adoecer.

Nos países europeus a obrigatoriedade de processos de certificação (normas e procedimentos que devem coadunar com as diferentes estruturas, com as normas europeias), impulsionada por uma corrente de uniformização dos cuidados no âmbito da União Europeia, empurra a psiquiatria para uma centralização

no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), enfatizando os sintomas e o tratamento de acordo com este modo de aferir o diagnóstico. Este modelo de procedimento eclipsa o objeto primordial da psiquiatria: o sujeito, para se fixar no sintoma e no desaparecimento deste; ao mesmo tempo em que subestima a dimensão existencial da experiência humana e do seu sofrimento.

Essa perda de profundidade na abordagem da experiência e sua influência no adoecer do sujeito, tende a mecanizá-lo, a induzi-lo a pensar que seus sintomas, relacionados com um fluxo aumentado ou diminuído de neurotransmissores, estaria desligado das questões subjetivas e experienciais da pessoa, de seu meio, de sua família. Assim, a neurociência procura os neurotransmissores e realiza os procedimentos para mapear as funções cerebrais, nem sempre reconhecendo a relevância da criação do mundo por meio do pensar e do sentir (seja em sua perspectiva individual ou coletiva), esquecendo, em suma, a dimensão existencial do homem.

Apesar de vir ganhando cada vez mais adeptos, essas tendências simplificadoras da realidade social e existencial do homem (mas deveras convenientes ao complexo industrial farmacêutico), não têm cumprido até agora, com nenhum medicamento, suas promessas normalizadoras – promessas, aliás, de propósitos questionáveis. A ideia, no mínimo contestável, de que ao *diagnóstico deve seguir-se um medicamento* consiste em uma curva resvalosa, em que o tratamento passa a ser sinônimo de medicação.

Como se sabe, o tratamento em psiquiatria consiste em uma gama de cuidados, que articulam medicamento, psicoterapia e acompanhamento; nos quais vários intervenientes podem participar. Contudo, aquele pensamento mecanicista relega todas as outras possibilidades (além da medicalização) para segundo plano, vendendo a ideia das pílulas que, por si só, poderiam solucionar os impasses profundos da condição humana estes sempre inseridos, nos contextos socioculturais específicos.

Seguindo essa tendência, o psiquiatra deixa assim de acompanhar a pessoa para restaurar a *peça que não funciona* e intervir na crise. Poderia mesmo ser perguntado se o psiquiatra deveria fazer ou propor psicoterapia (Borgeat e Doncier, 2015). Por conseguinte, o acompanhamento e o suporte cotidiano do usuário são transferidos para as estruturas sociais e familiares, desarticulando o trabalho em psiquiatria.

Essa desarticulação manifesta-se em duas características notáveis da psiquiatria atual: 1) a desvalorização da subjetividade e contextualização da representação no âmbito familiar; e 2) o sintoma passa a representar o indivíduo,

colocando-se em segundo plano a narrativa do sujeito, uma vez que no primeiro plano figura a simples presença ou ausência de sintoma. Por sua vez, a presença ou ausência de diagnóstico é seguida da respectiva indicação ou não indicação de medicação. Esta lógica causal direta passa a gerir as relações de tratamento, sendo o cuidado, o acolhimento e o espaço para a loucura relegados para um plano secundário – quando não totalmente banidos.

O desaparecimento da concepção de homem enquanto ser integral abre uma brecha para se pensar exclusivamente em termos de *sintomas* ou *não sintomas*; para se intensificar na produção de diagnósticos com preenchimento de escalas, construindo *cuidados* mesuráveis na mais explícita lógica capitalista da produtividade. Estes *cuidados*, quantificados na perspectiva do capital, abrem caminho para que o cuidado se dê de modo cada vez mais irregular, sob o pretexto da ideia de uma desestigmatização. Torna-se, então, desvalorizado o lugar para a relação, para a *transferência*, segundo os conceitos psicanalíticos – ponto que permanece fundamental para o processo de cura.

A par com este processo, cabe atentar para a importância da ideia de cura. As patologias psiquiátricas graves passam a ser incuráveis; a pessoa passa a ter uma perturbação crônica, acompanhada de uma toma constante de medicação. Estamos perante a dicotomia: a *cura do sujeito*, subjetiva e fruto da relação sujeito/meio ou a *cura objetiva*, estabelecida pelo poder (DSM). É inegável o impacto psíquico que este ponto provoca, não só no usuário e sua família, mas também nas equipes de cuidados.

A representação que isso provoca, os movimentos de transferência que isso aflora, marcam um processo em que tanto o sujeito muda a relação consigo mesmo, quanto os cuidadores mudam as expectativas e investimentos em relação à pessoa. A frustração que daí resulta, também ela crônica, pode desvitalizar e muitas vezes bloquear o acompanhamento dessas pessoas. Para ilustrar esse quadro, podemos observar o lugar das pessoas com perturbação psicótica na linha de cuidados. São estes usuários os que mais sofrem com tal ideologia quantificadora, pois são cada vez mais relegados a estruturas sociais³ onde o cuidado e a psicoterapia não são o foco do trabalho.

Ademais, pode-se afirmar que a ideia da incurabilidade da psicose é um preconceito; e que desconstruí-lo é ainda um trabalho para as gerações futuras. Freud oferece sua contribuição neste sentido, ao sustentar que a ausência de *transferência* destes pacientes simplesmente impossibilita o tratamento

³ Estruturas do âmbito social, que visam a ocupação e lazer, sem pretensão de tratamento psíquico, nem presença de cuidadores da área da saúde.

psicanalítico. Outros psicanalistas e psiquiatras também seguem esta linha. Roger Gentis, no seu livro *Os esquizofrênicos*, argumenta:

O mais grave e o mais nefasto dos preconceitos é que o esquizofrênico não é curável. Ainda existem muitas pessoas que o pensam, isso tem consequências desastrosas: pode-se dizer que aquilo que poderemos fazer pelo paciente, de qualquer modo, não servirá de grande coisa, abandonando-o facilmente à sua sorte depois de alguns meses de tratamento mais ou menos intensos. (tradução nossa) (Bellahsen, 2009, p.122)

Este pensamento implica também uma desestruturação dos coletivos de cuidadores, fraturando as linhas de trabalho no âmbito do cuidado e do acompanhamento no cotidiano. Esses grupos de cuidadores, a que certa literatura francesa chama *collectifs*, desenvolvem-se neste contexto como *prestadores de cuidados psíquicos*. Atualmente esses dispositivos, por falta de articulação e consistência na continuidade de cuidados, recaem cotidianamente sobre a responsabilidade das famílias, estas frequentemente em grande dificuldade.

Nesse campo, cabe retomar o conceito de *saúde mental* na Europa, que nasce ligado à higiene mental: nos anos 20 com Eduard Toulouse criando a Liga de Higiene e de Profilaxia Mental, com o intuito de *proteger a saúde mental da colectividade* (Bellahsen, 2014, p.25). É no pós-guerra que a higiene mental vai dar lugar à ideia de *saúde mental*: em 1948, em Londres, no 3º Congresso Internacional de Higiene Mental, uma declaração é remetida a todos os participantes, intitulada *Saúde mental e cidadania mundial* (Bellahsen, 2014,p.28).

Assim, o termo *saúde mental* tem suas origens no pós-guerra como uma conquista progressista; tal como o reconhecimento da loucura na sua dimensão singular e humana, pautando uma pesquisa permanente sobre o mundo e o íntimo dos homens (Bellahsen, 2009, p.126). Nesse momento, as pequenas estruturas que começam a implantar-se nas cidades europeias são os dispensários de *saúde mental*, mais tarde chamados de centros de *saúde mental*, tendo por guia a ideia de descentralizar os cuidados do hospital psiquiátrico, favorecendo os cuidados na cidade e em proximidade com os usuários e suas famílias. O termo de *saúde mental*, de intenção humanista do meio do século XIX, transforma-se no século XX num vocábulo com um imperativo de comportamentos. O conceito de *saúde mental* será também afetado pelas correntes da psiquiatria democrática e pelos movimentos da antipsiquiatria. Esta última, advogando que o conceito de *higiene mental* está demasiado próximo do controle e das ideias de explorador/explorado, dominante/dominado, fazendo analogia com paciente/cuidador, abandona definitivamente o termo *higiene mental*. Assim, a noção de *saúde mental* vem cortejar as correntes revolucionárias, sobretudo através da ideia *désaliéniste* (desalienação) e de desinstitucionalização.

Esses argumentos, por outro lado, servem atualmente para defender políticas que levam à desativação de serviços e ao desaparecimento de leitos. Queremos realçar a importância da inclusão dos usuários na vida cotidiana da cidade, mas parece importante observar há uma linha tênue que separa a desestigmatização da falta de cuidados – sobretudo no que toca a necessidades temporárias de usuários em crise ou em estados mais graves. Nos dias de hoje, contrariamente ao discurso que defendeu e defende a segregação permanente dos grandes manicômios, ao falarmos de leitos de internamento, estamos a falar de pessoas em sofrimento agudo, que ficam, quando muito, 15 dias hospitalizadas.

Como vimos, o sentido do termo *saúde mental* vem sofrendo alterações ao longo do tempo, de acordo com as diferentes práticas que o incorporam. Decerto este é também o caso de *tratamento*, como foi referido anteriormente. Para entender como a designação de *saúde mental* passa do campo da saúde para o campo econômico, deveremos perceber alguns pontos. Primeiramente, como dizem Pierre Dardot e Christian Laval no livro *La nouvelle Raison du monde*, o neoliberalismo propõe uma ideia de que o homem moderno deve assegurar o seu capital, comportando-se no seu dia a dia como se ele próprio fosse uma empresa; administrando o seu capital de saúde, intelectual, sexual, etc.

Essa ideia prepara o terreno para a exclusão do indivíduo quando fora da norma; daquele que não gere o seu capital, não quer fazê-lo e portanto não tem garantido um lugar simbólico neste mundo de empreendedores da própria existência – o que reforça mais uma vez o fenómeno de mudança da relação do sujeito consigo mesmo, pois tudo se passa como se dentro do neoliberalismo tudo fosse possível de gerir a partir de uma relação de custo-benefício.

O termo *saúde mental* constitui uma ferramenta utilizada inicialmente para a inserção social, ela transforma-se ao longo dos anos em uma espécie de propaganda da normalização, servindo à instituição de uma felicidade sob controle, indissociável da ideologia neoliberal (Le Dévédec, 2014, p.1). Em 2005, por exemplo, o livro verde da União Europeia referia: *a tomada em conta da saúde mental permite melhorar a disponibilidade dos recursos económicos* (UE, 2005⁴, tradução nossa).

Para Dardot e Laval o neoliberalismo clássico restringia-se à esfera econômica, enquanto o neoliberalismo atual visa regular todas as esferas da vida do homem, com o princípio de concorrência sobrepondo-se a qualquer outro (Bellahsen, 2014, p.18). *Como em toda empresa, fazer frutificar o capital, investir*

⁴ Disponível em: <https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fr.pdf> Acesso em: 14 jul. 2018.

e inovar, são as palavras de ordem, que se aplicam para que a performance, a competitividade sejam os objetivos da governança (Bellahsen, 2014, p. 25). O íntimo do sujeito passa a ser tratado como uma relação mercantil, como uma aplicação na bolsa de valores, onde o sujeito-empresário acata o dogma de maximizar os lucros.

Assim, comportamentos são naturalizados e, entre eles, a ideia de um sistema de saúde lucrativo e de um princípio de gestão inspirado nos utilizados no meio empresarial. Esta relação entre a *saúde mental* e a governança neoliberal é chamada por Mathieu Bellahsen de *santé mentalisme* (saúde mentalismo) e afirma que: *a saúde mental na sua forma atual é um processo de normalização, que visa transformar a relação entre os indivíduos, dos grupos e da sociedade no sentido de uma adaptação a uma economia de competição, vivida como natural* (Bellahsen, 2014, p. 21).

Bellahsen demonstra ainda como esta naturalização está presente no discurso cotidiano, como ele se verifica no trabalho dos profissionais da saúde, onde frequentemente, quando se cogita um novo projeto, a voz do sistema não tarda a se manifestar como a mais legitimada das reivindicações: aquela que reclama, quando não um fim lucrativo, uma *austeridade* escorchante. Isso, sobretudo quando o tratamento é centrado no ser humano e não no medicamento – isto é: quando a pessoa em sofrimento psíquico é tratada como o fim da ação médica e não como um meio para a indústria farmacêutico hospitalar. Este comportamento, apresentado como inofensivo, legítima e é legitimado pela ideologia econômica dominante; e passa a intervir também na regulação das relações do homem com os demais e com o meio, pautando ainda a relação entre cidadão e Estado.

A pobreza conceitual e argumentativa que marcam este contexto dogmático faz com que a estatística prescindida de análise para ser tratada como argumento válido de uma verdade única e acrítica, alimentando uma saúde mental padronizada, que, em última instância, responde às reformas burocráticas realizadas pelos acordos europeus⁵. Na Europa ocidental, a organização e direção dos hospitais, inicialmente ocupada pela classe médica, passa a ser referida a gestores e organizadores de serviços, que no mais das vezes não demonstram a necessária compreensão da prática de cuidados. O termo de *saúde mental* passa então a ser instrumentalizado, apropriado pelo discurso neoliberal. Ele deixa de estar no campo da luta contra a doença e passa a ser legislado pelo governo.

Assim, não só a expressão de *saúde mental* e tratamento tomam representações diferentes e são imiscuídas no discurso econômico, como a ideia de

⁵ Esta foi a implementação dos protocolos a que fizemos referência anteriormente.

bem-estar e de *bonheur* (felicidade) passam a ser relacionadas com a produtividade ou a aceitação do *status quo*. Essa imbricação ideológica profunda na vida subjetiva do homem influencia, por sua vez, a forma como os cuidados se organizam. Novamente Belhasen aponta que *a ideia implícita é aquela da possibilidade de uma vida totalmente controlável pela força de vontade* do sujeito. Essa narrativa apaga a dimensão trágica da condição humana; e desconsidera o inexorável, o imponderável.

Na perspectiva de Michel Foucault, dever-se-ia questionar: que lugar resta então para *os que não têm esta vontade*, os que deliram, os que se mantêm resistentes e inadequados a esse discurso, a essa ideologia? A rua e a prisão vêm sendo a resposta que esse sistema de valores vem dando aos que não se adequaram, a despeito do discurso oficial da OMS de 2005:

A saúde mental e o bem-estar mental são as condições fundamentais para a qualidade de vida, para a produtividade dos indivíduos, das famílias, das populações das nações, e conferem um sentido à nossa existência, permitindo-nos de ser cidadãos ao mesmo tempo ativos e criativos (OMS, 2005⁶, tradução nossa).

Mais tarde, em 2010, o centro de análise estratégica do Ministério de Saúde Francês publica um relatório em que se lê: *Uma boa saúde mental é alguém que se sente suficientemente em confiança para se adaptar a uma situação à qual ela nada pode mudar* (France, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2010⁷, p. 24, tradução nossa).

Podemos colocar a interrogação do lugar da psicanálise nessas instituições capitalistas, de que maneira ela opera neste sistema global? E de que maneira ela deve se posicionar neste contexto? Algumas correntes sempre defenderam a prática exclusiva da psicanálise em consultório e em individual; outras, como as correntes de psicoterapia institucional, de que Jean Oury é certamente a figura mais conhecida, propõem uma análise de base psicanalítica no trabalho cotidiano das instituições psiquiátricas, visando *a cura do hospital*.

Não teremos aqui o espaço necessário para tratar do clube terapêutico e da sua base psicanalítica, ferramenta de resposta aos ataques constantes à subjetividade, nessas instituições. Para isso fazemos referência ao texto de Jean Oury, *Psychanalyse, psychiatrie et psychotherapie institutionnelles*, que aponta vários

⁶ Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2018.

⁷ Disponível em: <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000556/index.shtml>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

dispositivos possíveis, como modo de trabalho face à crescente burocratização da vida e a coisificação do homem.

Podemos pensar que a psicanálise possa representar um contrapoder, existente no seio das instituições. Poderemos talvez postular que a psicanálise, pela sua metodologia, possa representar um contraponto ao tempo, favorecendo a pausa, a discussão e reflexão, eventualmente a elaboração. Seria ela geradora de singularidade, ou de uma forma mais precisa, potencializadora da emergência da singularidade? Para tal, a necessidade de a discussão ser de caráter horizontal deve ser assegurada, pois se trata de fator fundamental para a construção coletiva de trabalho.

A psicanálise pode também alargar essa nossa reflexão sobre o capitalismo. Lacan nos coloca em alerta: *De jeito nenhum lhes digo que o discurso capitalista seja medíocre; é, pelo contrário, algo loucamente astucioso* (Lacan, 1972, p. 10). Lembremos que o discurso capitalista possui algo de engenhoso, ele ignora a incompletude fazendo acreditar que sempre é possível comprar aquilo que falta. Assim, *tudo é possível*, o sujeito pode ter acesso ao seu objeto de desejo desde que para isso pague o preço, em dinheiro, desvinculando-se assim da relação com o outro, que vinha buscar os novos significantes – novos saberes. Esse discurso, naturalizado, passou a ser o modo de pensar e de sentir hegemônico da atualidade.

No artigo *Mas que discurso é este: a burocratização da subjetividade?* de Ana Carolina Salvatore Jaen Saad e Roberto Heloani, essa ideia pode ser completada afirmando que:

No discurso do mestre, o “mais-de-gozar” (objeto a) indica uma perda que – como a “mais-valia” do sistema capitalista, que produz o capital – fabrica também o valor do sistema. O objeto “a” como produto perdido sustenta e condiciona o discurso do mestre como discurso da civilização, como laço social fundado na não-relação e na perda necessária do gozo. No discurso do capitalista, o objeto vem obturar o sujeito dividido e rompe o laço social fundado na circulação daquilo que não tem preço. (Jaen Saad e Heloani, 2009, p. 78)

A instituição capitalista, enquanto empresa de saúde, requer dos cuidadores a reificação do sujeito para que ele se adapte a uma norma. A OMS é bem clara quanto a isso em sua definição de saúde mental, como referimos anteriormente. Assim, a saúde *é o luxo de poder cair doente e de se levantar*, como referia o filósofo G. Canguilhem. No entanto, este luxo parece, com o decorrer dos anos, restringir-se apenas à parcela dos cidadãos que consegue (*pela sua vontade*) integrar-se a essa fasquia de *pessoa produtiva*. Parece assim

importante estimular uma análise crítica das práticas de saúde e em particular no domínio do sofrimento psíquico, enfatizando que é também dessas práticas que resulta o conceito de homem. Comportamentos, concepções que a princípio parecem banais, e quase naturais, escondem uma longa história; e nem sempre estão coadunadas com o que os cuidadores defendem. Para isso, continua sendo necessário o debate, a escrita e *o coletivo*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELLAHSEN, M. Psychodynamique versus psychostatique, **Sud/Nord**, vol.1 (n° 24), p. 113-126, 2009.

BELLAHSEN, M. Psychiatrie: du futur au passé, **Chimères**, vol.1 (N° 72), p. 199-206, 2010.

BELLAHSEN, M. **La Santé mentale – Vers un bonheur sous contrôle**. Paris : Éditions La Fabrique, 2014.

BORGEAT, F.; DONGIER, M. **Le changement de nos valeurs et certitudes au long de ce demi-siècle**. Santé mentale au Québec, 40(2), 163–175. (2015)

CHAPEROT, C. **Formes de transfert et schizophrénie**. Toulouse : Éditions Érès, 2014.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **La Nouvelle Raison du monde. Essai sur la société neoliberal**. Paris: La Découverte, 2010.

DELION, P. **Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne**. 2. ed. Introduction à la psychothérapie institutionnelle, Paris: Éditions Dunod, 2011.

FREUD, S. (1915/1974). **Os instintos e suas vicissitudes**. Obras completas, ESB, v. XIV. Imago: Rio de Janeiro.

FREUD, S. (1916-1917/1974). **Conferências introdutórias sobre a psicanálise** (parte III). Obras completas, v. XVI. Imago: Rio de Janeiro.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Tradução de Raquel Ramallete. 20. Ed.. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

JAEN SAAD, A.; HELOANI, R. Mas que discurso é este: a burocratização da subjetividade?. **Aletheia** 30, p.73-87, jul./dez. 2009

LACAN, J. **Discours à l'Université de Milan le 12 mai 1972**, Obra bilingue: Lacan in Italia 1953- 1978. En Italie Lacan, Milan, La Salamandra, 1978, pp. 32-55.

LACAN, J. **O seminário, Livro 17: O avesso da psicanálise (1969 - 1970)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

OURY, J. Analyses structurale et métapsychologie, **Psychoanalytische Perspectives**. 2009, 27, 1-2: 153-173, 2009.

OURY, J. **Lesclubs thérapeutiques, Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle**, Paris : Payot, 1976, 69-70.

OURY, J.; SIVADON, D. Constellations. **Chimères**, vol.1 (Nº 79), p. 124-141, 2013.

OURY, J. Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles. **VST - Vie sociale et traitements**,2007/3 (nº 95), p. 110-125.

RIZZOTTO, M. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90**. São Paulo: Hucitec Editora, 2012.

FONTES EXTRAÍDAS DA INTERNET

France, Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf>. Acesso em :14 jul.2018.

Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://www.ladocumentation-francaise.fr/rapports-publics/094000556/index.shtml>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

União Europeia. Disponível em: <https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fr.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2018.

SOBRE OS AUTORES

Alexandra Cavalheiro: Médica psiquiatra, membro da Ordem dos Médicos Francesa. Atualmente Psicoterapeuta em Divinópolis.

E-mail: cavalheiroalexandra@gmail.com

Robson Pereira Calça: Professor da Universidade do Estado de Minas Gerais, Doutor em Educação pela USP, Bacharel em Filosofia pela USP.

E-mail: rpcalca@yahoo.com.br

O QUE SERÁ DA ATIVIDADE DAS CRIANÇAS? NOTAS SOBRE A HIPERATIVIDADE

*Silvia G. Myssior
Zilda Machado*

A clínica sempre foi o terreno privilegiado de trocas e debate entre a Psicanálise e a Psiquiatria, já que esses dois saberes compartilhavam o mesmo campo psicopatológico. Entretanto, a transformação pela qual o saber psiquiátrico vem passando tem modificado a relação que a clínica psicanalítica mantinha com a clínica psiquiátrica.

Não é possível desconsiderar que a posição tomada por aqueles que trabalham com o paciente torna-se bastante problemática quando vem acompanhada do apagamento do sujeito, como uma parte da Psiquiatria tem feito atualmente. Quanto a isso, a Psicanálise toma uma posição discordante por recusar toda avaliação terapêutica que tenta reduzir a clínica aos comportamentos descritivos dos Manuais.

A hegemonia dos *Manuais Diagnósticos* (DSM III e IV) tem um enfoque operatório-unidimensional, sob forte influência da Psiquiatria americana, que se baseia no behaviorismo e na concepção biológica dos distúrbios psíquicos. Esses catálogos, numerados segundo os distúrbios, não levam em conta o sujeito, na medida em que não atendem a avaliação dos problemas psíquicos nem consideram a compreensão dos mecanismos clínicos de cada patologia. Produz-se, a partir dos manuais, uma clínica sintomático-descritiva que elimina as

referências teóricas tanto da Psiquiatria clássica quanto da Psicanálise. Será que a clínica freudiana estaria deixando de interessar à Psiquiatria?¹

Que leitura faz hoje um jovem psiquiatra quando confrontado com os distúrbios psíquicos tanto da neurose quanto da psicose? Faria sentido convidar um psiquiatra para nos esclarecer sobre a nosografia da neurose obsessiva (hoje denominada TOC), da fobia, da histeria, da psicose, ou estamos falando linguagens tão diferentes que já não há interlocução?

Se o pensamento de um bom número dos psiquiatras apresenta-se unificado pelo método escolhido como um consenso, supõe-se que não tem havido necessidade de confrontação nem de discussão diagnóstica com os referentes da Psicanálise e da Psiquiatria clássica. Uma vez eliminado o sujeito de sua doença, o que resta é organizar os sintomas num sistema para indicar qual medicamento será mais adequado a esse ou àquele sintoma.

No âmbito geral da Psiquiatria biológica, observa-se um desinteresse pela Psicanálise. Vemos as neurociências tentando nivelar o psíquico a neurotransmissores, propondo um adestramento de fora para dentro. Ou de dentro para fora com a medicação. O diagnóstico que se atém à semiologia faz um corte transversal que enfoca o contexto do momento, mas omite as questões que marcam o sujeito na construção de sua singularidade.

Mais que isso, os manuais ou catálogos (DSM - CID 10) não deixam de ser uma resposta da Psiquiatria biologizante à economia de mercado. Neles transmite-se a ideia de que na medicação se encontram as soluções para o que aflige o sujeito, criando-se, ao preço de desconhecê-lo, uma inquietante ideologia. É por outra via que a Psicanálise aborda esta questão. Embora possa haver casos em que a medicação seja pertinente, seu uso indiscriminado é extremamente danoso. Diante das tentativas do apagamento do sujeito pela medicação cria-se um paradoxo, pois o sujeito do inconsciente insiste: o que vemos na maior parte das vezes é um acirramento do sintoma, aquele mesmo ou outro, muitas vezes a doença orgânica ou impulsões nas quais o sujeito se apresenta diretamente, sem mediação psíquica.

A questão de maior complexidade que esta corrente da Psiquiatria atual encampa - e é o que queremos discutir neste trabalho - diz respeito à clínica com crianças. A cada momento surgem novos procedimentos avaliativos com a finalidade de ministrar medicação psicotrópica a crianças de todas as idades,

¹ GOSS, S. La marché de la guérison et le Médicis. In Carnets, Paris: EPSF, n. 32, p.7, nov/déc. 2000.

tirando-lhes a oportunidade de se fazer escutar em seus sintomas. E esse é um assunto que preocupa os psicanalistas que sustentam a clínica com crianças.

O que se espera do uso indiscriminado da medicação psicotrópica na infância? Um controle do comportamento? Estaríamos sedando crianças em vez de ouvir suas questões, encobertas pelo sintoma? Haveria aí também o perigo de abrir para a criança ou para o adolescente uma via perigosa, que é buscar aplacar o mal-estar através de uma substância química, ainda que no momento ela seja lícita, vendida em farmácia e receitada por um médico? Todas essas questões merecem ampla discussão.

Os distúrbios de ansiedade e de humor ocupam um lugar preponderante, e novas entidades clínicas têm sido amplamente divulgadas nos consultórios, em revistas especializadas e até mesmo na mídia. É assim que as fobias sociais, os transtornos obsessivos compulsivos (TOC), a hiperatividade (TDAH) têm ganhado cada vez mais visibilidade. A cada um deles corresponde um novo medicamento sempre saído da mais recente pesquisa que atesta sua eficácia.

Do ponto de vista da psicanálise, o sintoma (que para alguns é um fenômeno observável que incomoda os pais e a escola) é fruto de um trabalho psíquico bastante elaborado, que aparece diante do mal-estar que acomete o sujeito e, no mais das vezes, tem a função essencial de sustentar a estrutura do aparelho psíquico. Quando se trata de uma criança, um sujeito em constituição, ainda estreitamente ligado aos pais, o sintoma tem também outra função: enlaçar o par parental ou, em certos casos, responder diretamente à subjetividade (fantasia) da mãe. Portanto, o que está em jogo no sintoma é também a família, como a cena em que o sujeito se constitui, em que o drama edípico se realiza. A cena em que estão presentes os desejos inconscientes que a compõem e que abrangem o *sujeito* (a criança); o *Outro* primordial (que faz a função materna acolhendo o sujeito em sua subjetividade, onde circulam os objetos pulsionais e se transmite a linguagem), a *função paterna* (que se aloja na maneira particular de como cada um pode ocupar a função do pai) e o *operador fálico* que movimenta a estrutura.

Diante disso, já se nota que é grave medicar indiscriminadamente o sintoma, já que, ao tentar calá-lo, a droga tira o sujeito de campo. Ao amordaçá-lo, dificulta a mobilização de seus recursos para o trabalho psíquico.

Aos analistas que atendem crianças soa de forma estranha o fato de se atribuir uma importância exagerada à hiperatividade da criança. Algumas apresentam certa instabilidade psicomotora, o que não justifica atribuir-lhes um rótulo nem as inserir numa categoria diagnóstica. A ansiedade muitas vezes é diretamente

descarregada no movimento e, embora possa ser um sintoma, seu significado é particular para cada sujeito e só é alcançado no particular de cada caso.

Assim, o psicanalista examina cada caso em que se apresenta a agitação, uma dificuldade de atenção ou de aprendizagem e o conduz de acordo com a singularidade de cada sujeito. Procede a uma escuta das questões que a criança apresenta como sujeito e intervém se necessário for. Essa forma é diferente da avaliação e da intervenção da Psiquiatria biológica, para a qual a hiperatividade da criança constitui uma entidade clínica, frequentemente observada e cujas consequências escolares e sociais são graves, portanto passíveis de intervenções para sua eliminação.

A partir de 1968, nos EUA, passou-se a considerar a síndrome hipercinética como sinônimo de distúrbio de aprendizagem. Nos anos 1970, a prioridade recaiu sobre as dificuldades de atenção, associadas a *déficits* perceptivos e cognitivos para justificar o quadro da hiperatividade. A síndrome de *déficit* de atenção, com ou sem hiperatividade, foi substituída pelo transtorno do *déficit* de atenção e hiperatividade (TDAH), descrito como um modo persistente de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade. Chama-nos a atenção que o lugar reservado no DSM IV (1995)² para essa síndrome, nomeada de *distúrbio de atenção/hiperatividade*, seja o mesmo reservado para os distúrbios do desenvolvimento referentes à psicose infantil. Ao psicanalista parece absurdo relacionar o diagnóstico de autismo e de psicose com fenômenos ou comportamentos observados e nomeados como co-morbidades da TDA, ou seja, o *déficit* de atenção.

Segundo descrevem atualmente os psiquiatras infantis, a TDAH, com ou sem hiperatividade, é um nome atual de um problema antigo que dificulta a vida de crianças, de suas famílias, das escolas e da sociedade. Temos assistido a um fenômeno que gostaríamos de trazer à discussão.

Muitos pais têm buscado no saber médico formas de controlar o filho, de educá-lo e adequá-lo ao esperado pela sociedade. De fato, exercer certo controle sobre o pulsional é papel da educação, como nos dizia Freud em seu texto “O mal-estar na civilização”. Na falta dessa função, no entanto, vemos a medicação sendo buscada como uma maneira de *consertar*³ a criança.

Atualmente nota-se também que não é pequeno o número de pais de crianças (em torno de sete anos) que têm sido chamados à escola por causa de

² GROSS, S. Le marché de la guérison et le médecin. In: Carnets. Paris: EPSF, n. 32, p. 8, nov./déc. 2000.

³ Para o controle da hiperatividade, existe no mercado uma medicação cujo nome é Concerta. Laboratório Janssen, Brasil.

comportamentos indesejados do filho. Muitas vezes os pais já saem desses encontros com o diagnóstico de que seu filho é hiperativo. Assim, eles têm sido compulsoriamente orientados a buscar a confirmação desse diagnóstico junto ao neurologista ou ao psiquiatra infantil, sob pena de a escola não se responsabilizar pela permanência do aluno em suas instalações.

Pois bem, cabe ressaltar que, até o momento, ainda não se conhecem as causas de tal síndrome e há uma profusão de publicações sobre a suposta ação dos psicoestimulantes receitados. As crianças têm sido regularmente medicadas com Ritalina e anfetaminas. O modo de administração dessas drogas não deixa de ser significativo: indica-se às crianças em idade escolar, geralmente fora do período de férias, de feriados ou fins de semana.

Cabe lembrar que o substrato anatomopatológico para a doença mental buscado pelas neurociências ainda não foi encontrado, mas incentiva-se cada vez mais a pesquisa sobre o mecanismo e a ação das drogas⁴. Em 2004, a Sociedade Americana de Pediatria organizou um estudo sobre o índice de possibilidade de atos impulsivos e suicídios em crianças e adolescentes. (Em inúmeros trabalhos se afirma que a *Ritalina* não deve ser usada em crianças depressivas ou psicóticas, pois sua administração exacerba comportamentos perturbados)⁵.

O deslizamento nas definições dessa síndrome indica claramente a ligação que se faz entre o educativo, o pedagógico e o médico. Um fato chama a atenção: preponderantemente no meio escolar a criança passou a ser diagnosticada como hiperativa. Em muitos casos, por indicação da escola, os pais são convocados à consulta médica e, se medicada, a criança poderá se reintegrar à sala de aula. Já se começam a difundir manuais educativos para os pais de crianças hiperativas que recebem aconselhamento paralelo ao tratamento medicamentoso do filho. Além disso, inúmeros sites na Internet sugerem questionários diagnósticos.

Será que a TDAH não estaria se tornando mesmo um sintoma *escolar*, nem tanto da criança, mas da escola, na medida em que a instituição tem se tornado cúmplice do saber médico no que se refere à medicação do sintoma da criança?

Sabemos que a escola tem um papel importante junto à família, justamente em uma de suas funções primordiais: a regulação do gozo, ou seja, na contribuição ao processo civilizatório. Freud aponta a importância da escola na

⁴ LISETA, B. Tese: Diagnóstico precoce em saúde mental. Faculdade de Medicina, UFMG, junho, 2007

⁵ JANIN, B. Los niños desatentos y/o hiperativos: algunas reflexiones. Trabalho enviado pela autora, por e-mail, em novembro de 2007- Buenos Aires, Argentina.

vida de uma criança em seu texto “Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar”⁶, escrito em 1914 para a comemoração do jubileu da escola onde havia estudado. Ele nos mostra que a ligação do sujeito com seus professores é uma transferência de sua ligação com a figura paterna, com a autoridade, ou seja, o sujeito transfere para os professores a qualidade da relação que teve e tem com os pais. “O comportamento dos alunos para com os professores é o reflexo do comportamento com os pais, e comportamo-nos com nossos colegas de escola como irmãos e irmãs”⁷, diz Freud. E essa relação, tal como a relação original com aqueles, também é ambivalente. Nesse texto Freud aponta a existência, na relação com os mestres, de um intenso amor e de uma grande idealização, características das experiências com o pai, porém adverte os educadores sobre o momento em que o sujeito faz descobertas que abalam as boas opiniões que ele tem sobre o pai e o reflexo disso na vida escolar. Essa é uma passagem necessária a todo sujeito para apressar o desligamento da autoridade, adquirir crítica e sustentar outro posicionamento, mais autônomo, frente aos pais.

Assim, o que está em jogo no sintoma da criança tem a ver com todas essas questões, a partir de sua ligação com as figuras parentais. Poderíamos dizer então que em nosso tempo os sintomas apresentados na escola são outros, porque a família já não é a mesma?

Na sociedade contemporânea, vemos aquilo que Lacan apontou como o “declínio social da imago paterna”⁸, um fenômeno que acomete a família moderna, em que o pai já não encarna a lei como aquela figura de autoridade que lhe cabia outrora. E isso se reflete no âmbito social, na educação dos jovens, na transmissão de valores, e conseqüentemente, nas dificuldades com a lei. Esses efeitos atingem muito particularmente a escola, que sempre foi a parceira da família.

Mais pertinente ao esclarecimento do educador é a observação de Freud quando diz que, quanto mais avançava na experiência analítica, mais ele tendia a achar que o recalçamento precedia a repressão. Melhor dizendo: é o recalçamento que produz a repressão social. É o recalçamento que cria todas as formas de cultura e civilização, e isso é fruto das primeiras experiências do sujeito com as figuras parentais. Lacan pontua, inclusive, que a família e a própria sociedade

⁶ FREUD, S. Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar [1914]. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p.286. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 13).

⁷ FREUD, S. Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar [1914]. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p.288. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 13).

⁸ LACAN, J. Os complexos familiares. In: Outros Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p.67.

são criações edificadas a partir do recalçamento inicial, e não o contrário, pois não é a repressão que cria a civilização.

Diante disso, colocam-se questões sérias: estaríamos assistindo à medicação da infância como expressão de uma impotência da sociedade, particularmente da escola, em lidar com a transferência que lhe tem sido endereçada nos dias atuais? A prática analítica demonstra bem que a relação do sujeito com o mundo é algo do particular, nada tem de natural nem de harmônica, ao contrário, é plena de percalços. Reconhece-se um mal-estar que faz parte da experiência da vida e com o qual é necessário conviver, sem que se possa sempre nomear como patologia as diferenças, as possibilidades ou os limites de desempenho de cada um. Pelo exercício de nossa prática em Psicanálise, sabemos o quanto a angústia na criança é estruturante para que ela possa se constituir. Pavores noturnos, medos, inibições, fobias, enfim, os sintomas precisam ser ouvidos, e não calados.

Um fato não tem sido incomum: pais solicitam à escola que ensine a seus filhos a importância da família ou tendem a delegar à escola o lugar da família. O pedido vem do próprio lugar que tem sido falho em desempenhar essa função.

Estamos em um novo tempo. Entendê-lo e lidar com ele exige formas diferentes das descrições de comportamentos. Podemos nos abrir ao diálogo para encontrar caminhos em que os impasses e os sintomas recebam outro tratamento: em vez de calá-los ou suprimi-los, fazê-los falar para avançar em sua solução.

Como psicanalistas, concordamos que haja um *déficit* de atenção, que não se tem dado a devida atenção aos sintomas que as crianças manifestam. As crianças, mais que hiperativas, estão sendo hipermedicadas.

Na clínica psicanalítica com a criança, encontramos todos os dias face a face com pais angustiados com o desempenho de seus filhos, que fazem ou demais, ou de menos. Esses pais, convocados a se manifestar de um lugar a partir do qual não conseguem responder, expressam sua impotência e demandam ajuda. Alguma palavra do analista poderia encaminhar essas questões.

A Psicanálise nos ensina não apenas que é preciso deixar o sintoma falar para que se possa escutá-lo, mas também que as tarefas de educar, analisar e governar sempre esbarram na dimensão do impossível. O que temos de levar em conta nesses ofícios é isto: estamos o tempo todo tentando tornar possível o que é impossível. Por isso mesmo, a criação e a invenção são instrumentos para estarmos à altura de viver num mundo em que nem garantias nem modelos prévios estão mais ao nosso dispor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLONDET, D. L'intéret de la psychanalyse? In: **Carnets**. Paris: EPSF, n. 43, p. 57-65, jan../fév. 2003.

CALIMAN, L. V. **A biologia moral da atenção**: a constituição do sujeito (des)atento. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

FREUD, S. **Prefácio à juventude desorientada de Aichorn (1914-1924)**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 341. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 19).

FREUD, S. **Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar (1914)**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 285-288. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 13).

FREUD, S. L'intéret de la psychanalyse. In: **Résultats, idées, problèmes**. Paris: PUF, t. 1, p. 187-213, 1991.

GROSS, S. Le Marché de la guérison et le médecin. In: **Carnets**. Paris: EPSF, n. 32, p. 7-18, nov./déc. 2000.

LACAN, J. **L'éthique de la psychanalyse**. Paris: Seuil, 1976.

LACAN, J. Os complexos familiares. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 66-67.

SOBRE OS AUTORES

Silvia Grebler Myssior: Psicanalista, membro de Aleph- Escola de Psicanálise. Belo Horizonte (MG). Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Medicina da UFMG (2005-2007).

E-mail: silvia@myssior.com.br

Zilda Machado: Psicanalista, membro da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano. Belo Horizonte (MG).

E-mail: zildamachado11@gmail.com

RESUMO

A questão discutida neste trabalho diz respeito ao surgimento, cada vez maior, de novos procedimentos avaliativos com a finalidade de administrar medicação psicotrópica a crianças de todas as idades que apresentam um quadro que se nomeou como hiperatividade.

O que se espera do uso indiscriminado de tal medicação, um controle de comportamento?

Este é um assunto que preocupa o psicanalista que sustenta a clínica com crianças e adolescentes. Des-subjetivadas, elas não têm a chance de serem ouvidas em seus sintomas.

O ÚNICO NÃO CABE NO MANUAL

*Cláudia Ferreira Melo Rodrigues
Cláudia Aparecida de Oliveira Leite
Rogéria Araújo Guimarães Gontijo*

DSM: O SONHO DA LÍNGUA UNIVERSAL

A publicação da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), em 2013, trouxe ao mundo inúmeros posicionamentos que, desde então, tensionam entre os que apoiam bravamente a nova ferramenta diagnóstica capaz de uniformizar os transtornos e os que denunciam seu caráter reducionista, mecanicista e sem fundamentação teórica.

O “STOP DSM”, manifesto internacional por uma psicopatologia clínica não-estatística, ratificado em Barcelona (2011), teve como objetivo o pronunciamento de critérios clínicos de diagnósticos que repudiavam a imposição de um tratamento único, no qual excluía a diversidade de quadros teóricos. O DSM, em sua quinta edição, recebeu posicionamentos críticos do mundo todo. Dentre os nomes que se posicionaram contra o novo modelo instituído na quinta edição encontramos Allen Frances, médico psiquiatra norte-americano e coordenador da versão anterior, isto é, do DSM-4. Frances se posicionou de forma crítica frente às mudanças construídas no DSM-5 e, portanto, rejeitou participar da elaboração dele, alertando que “nem todos os sintomas e problemas da vida são causados por transtornos mentais e que um diagnóstico malfeito pode ser extremamente prejudicial.” (FRANCES, 2015, p.6)

A crítica de Allen Frances deve ser escutada por representar uma denúncia à ruptura de uma proposta inicial que promoveu a construção do primeiro DSM, publicado pela APA – *American Psychiatric Association* em 1952. O DSM se desenvolveu com o objetivo de estabelecer um consenso terminológico entre os vários profissionais médicos e não-médicos que se dedicavam ao campo da Saúde Mental. Nesse sentido, a “bíblia da psiquiatria” construiria o ideal de uma língua única que pudesse congrega os sintomas e tratamentos psíquicos do mundo todo.

A proposta do primeiro manual era uniformizar os critérios semiológicos da prática diagnóstica mediante a consolidação de termos técnicos dominados por todos, mantendo, entretanto, uma consolidação teórica que explicasse a emergência dos sintomas. Essa primeira edição considerava a visão diagnóstica psicodinâmica, ou seja, ela foi profundamente influenciada pelos referenciais teóricos da Psicanálise, considerando, portanto, a emergência de fatores psicossociais na constituição de um sintoma. Nessa perspectiva, o DSM alcançou sua ampla inserção na epidemiologia, nas neurociências e no planejamento de políticas públicas de saúde mental.

O predomínio da perspectiva psicodinâmica psiquiátrica se manteve na edição seguinte, incluindo teses biológicas e sociológicas. Mas o ideal de um consenso teórico e técnico pautado numa língua única fracassa. Durante a construção da terceira versão do DSM, as severas críticas dos que recusavam a vinculação entre Psiquiatria e Psicanálise marcaram o estilo desse manual e influenciaram na composição dele. A proposta desses críticos era produzir um manual *a-teórico*, ou, como podemos antever, livres dos argumentos da Psicanálise.

Com o objetivo de melhorar a uniformidade e a validade do diagnóstico psiquiátrico e padronizar as práticas psiquiátricas, o DSM-3 se enquadrou em um modelo regulamentar e promoveu uma ruptura com as edições anteriores. Em 1980, o DSM-3 foi publicado, com 494 páginas e listando 265 categorias diagnósticas. Ele foi mundialmente difundido e considerado uma revolução da psiquiatria. Em um curto período de tempo, as doenças mentais foram transformadas em entidades amplas, etiologicamente definidas e baseadas em sintomas.

A passagem do DSM-2 para o DSM-3 marca uma mudança paradigmática na maneira de classificação dos quadros nosográficos; seus critérios clínicos eram baseados em sintomas que refletem uma crescente padronização dos diagnósticos psiquiátricos. Esse contexto foi produto de muitos fatores, incluindo: política profissional dentro da comunidade de saúde mental, o aumento do envolvimento do governo em pesquisa e formulação de políticas de saúde mental, o aumento

da pressão sobre psiquiatras das seguradoras de saúde para demonstrar a eficácia de suas práticas e a necessidade de empresas farmacêuticas comercializarem seus produtos para tratar doenças específicas (GAMBARDELLA *apud* MAYES e HORWITZ, 2005).

As alterações psíquicas não eram tão destacadas no diagnóstico. Segundo Gambardella (1995 *apud* MAYES e HORWITZ, 2005, p.263), com o DSM-3, pela primeira vez, os profissionais que atuam no campo da saúde mental poderiam ter uma linguagem comum para definir os transtornos mentais. Esse modo de organização produziu uma expansão das nomenclaturas a fim de que o processo de categorização incluísse todos os seres de forma ordenada. Dessa maneira, nenhuma doença escaparia de ter sua categoria prescrita no código.

As consequências sociais desse modelo de categorização foram complexas e seus efeitos sobre a forma de compreender o sofrimento humano foram bizarros, pois objetivizam e objetificam o sofrimento mental. Usa-se o DSM-3 como uma linguagem unificada, uma referência empírica, pragmática e *a-teórica*, porém a forma como consegue-se tal consenso e unificação é o preço de recortar o sujeito para ficar do tamanho que a nomenclatura permite (TRAVAGLIA, 2014).

Além de mudar a linguagem da saúde mental, o DSM-3 recebeu enormes incentivos profissionais e financeiros de pesquisadores (governo americano) e das indústrias farmacêuticas. Nesse sentido, criou-se um pacto diagnóstico para direcionar os esforços de pesquisa e de tratamento que, certamente, mostrava-se rentável na medida em que a categoria diagnóstica receberia da indústria farmacêutica o medicamento preciso e adequado para seu tratamento. Sob o DSM-1 e DSM-2, a pesquisa clínica em larga escala era impossível, porque faltavam categorias diagnósticas confiáveis que impediam a replicação por múltiplos pesquisadores (MAYES e HORWITZ, 2005). A ruptura estava consolidada e o modelo diagnóstico do DSM-3 recebeu apoio maciço.

Quatorze anos se passaram e a chegada do DSM-4 (1994) mostrou ao mundo 297 desordens mentais. Antes, porém, em 1987, a versão revisada do DSM-3 foi publicada trazendo um aumento das categorias diagnósticas. O DSM-4 mantém um rompimento definitivo entre as formas de tratar o homem considerando a causalidade psíquica de seu sofrimento. A manutenção da “roupagem *a-teórica*” revela sua apropriação e fundamentação nas ciências biológicas, nas teses empiristas e nos anseios do mercado. A razão diagnóstica muda, pois, o foco é o universal, que pode, dessa forma, ser bem amparado pela argumentação científica, organicista e farmacológica.

Allen Frances, que coordenava o projeto, publicou artigos, livros e fez várias entrevistas assumindo as responsabilidades frente ao trabalho do DSM-4. Ele, que também participou da elaboração da versão três, apontava o extremo assédio mercadológico que a equipe sofria. Os laboratórios que financiavam as pesquisas exigiam o aumento de descrição de transtornos para justificar o aumento da produção de fármacos.

Fomos muito conservadores e só introduzimos [no DSM IV] dois dos 94 novos transtornos mentais sugeridos. Ao acabar, nos felicitamos, convencidos de que tínhamos feito um bom trabalho. Mas o DSM IV acabou sendo um dique frágil demais para frear o impulso agressivo e diabolicamente ardiloso das empresas farmacêuticas no sentido de introduzir novas entidades patológicas. Não soubemos nos antecipar ao poder dos laboratórios de fazer médicos, pais e pacientes acreditarem que o transtorno psiquiátrico é algo muito comum e de fácil solução. O resultado foi uma inflação diagnóstica que causa muito dano, especialmente na psiquiatria infantil. Agora, a ampliação de síndromes e patologias no DSM V vai transformar a atual inflação diagnóstica em hiperinflação. (FRANCES, 2014, on-line)

Allen Frances tem razão, pois o dique frágil do DSM-4 não conteve a avalanche diagnóstica do DSM-5. A ruptura paradigmática que encontramos entre o DSM-2 e o DSM-3 assume proporções maiores nessa virada do DSM-4 para o DSM-5. Frances (2015, p.5) expõe que o DSM-5 “sofre a infeliz combinação de ambições excessivamente elevadas e de uma metodologia frouxa”. Quando menciona “combinações ambiciosas”, ele nos faz pensar no pacto estabelecido entre as indústrias farmacêuticas e as novas produções psicopatológicas. E, ao denunciar a “metodologia frouxa”, o autor demarca a exclusão das teorias para a análise dos sintomas psicopatológicos no DSM. Frances prossegue em suas críticas salientando que “O DSM-V também reduziu os requerimentos para diagnosticar transtornos existentes, por exemplo, duas semanas de luto normal se transformou em Transtorno Depressivo Maior” (FRANCES, 2015, p.6). Dessa maneira, Frances denuncia um sistema que privilegia uma interpretação baseada apenas em evidências e sem contextualização subjetiva.

“STOP DSM” E A BOLHA ESPECULATIVA

A iniciativa coletiva “Stop DSM” partiu de várias instituições e também de muitos psicanalistas que tinham como primazia o resgate da clínica do sujeito e não a padronização universal dos sintomas em entidades nosográficas. Esse movimento consolida a posição de muitos profissionais e organizações internacionais críticos ao que era validado cientificamente, pois o DSM traduzia um

sintoma dos tempos modernos na sustentação de um semblante de respeitabilidade científica.

A proposta desse manifesto incluiria, ainda, a elaboração de outra forma de estabelecer o diagnóstico dos transtornos mentais, que não fosse um produto mercadológico portador de um código de barras, e sim que pudesse considerar a particularidade das manifestações sintomáticas caso a caso:

Defendemos, por isso, um modelo de saúde em que a palavra seja um valor a ser promovido e onde cada paciente seja considerado em sua singularidade. A defesa da dimensão subjetiva implica uma confiança do que cada um põe em jogo para tratar o que nele mesmo se revela como insuportável, estranho a si mesmo ainda que ao mesmo tempo familiar.

Manifestamos a nossa repulsa por políticas assistencialistas que buscam a segurança em detrimento de direitos e liberdades. Repudiamos políticas que, “para o bem do paciente” e sob o pretexto de boas intenções, o reduzem a um cálculo do seu rendimento, a um fator de risco ou a um índice de vulnerabilidade que deve ser eliminado, por vezes à força. (Manifesto por uma psicopatologia clínica não estatística, 2013, p.362)

Nesse intuito, no Brasil, várias entidades e instituições organizaram espaços de debate e reflexão para discutir a extensão que o DSM ocupou no cenário contemporâneo. Por ocasião da Etapa Brasileira do Movimento Internacional STOP/DSM realizada em São João-Del-Rei, em 2012, François Sauvagnat constrói argumentos e questionamentos que nos permitem situar o DSM-5 no núcleo do Discurso Capitalista¹.

Souza (2003) nos lembra que a produção do Discurso Capitalista foi resultado das indagações de Lacan sobre o lugar da Psicanálise na cultura e na política e sobre a posição política do analista. Lacan insiste que através desse novo discurso, ligado à modernidade e à própria produção capitalista, a ideia da alienação não deve corresponder a uma simples condição de que o homem é determinado pelo trabalho. Assim, o discurso do capitalista impõe a redução do Saber a um valor de mercado (mercadoria) e a produção constante de “objetos” que passam a ser desejados pelo sujeito.

Sauvagnat (2012) formula interrogações acerca da relação do DSM com o imperativo do discurso capitalista. Essas são algumas de suas questões: o que é a APA – American Psychiatric Association para se considerar em posição de impor um manual que sirva de referência para o mundo todo? Qual é o estado de

¹ Durante o Seminário “O avesso da Psicanálise” (1969/1970), Lacan formula o discurso como o que faz laço social e escreve de forma algébrica os quatro discursos denominando-os “discurso do mestre, discurso universitário, discurso histórico e discurso psicanalítico”. Em 1972, em uma conferência em Milão, ele apresenta um quinto discurso: o discurso capitalista.

saúde mental dos Estados Unidos da América? Justo esse país que ocupa o 37º lugar no ranking de eficácia terapêutica geral (sistema de saúde), ficando, inclusive atrás do Marrocos e Costa Rica? Sauvagnat nos lembra que o primeiro lugar no ranking é ocupado pela França e que o Brasil ocupa a centésima vigésima quinta posição. Em seu argumento, Sauvagnat (2012) salienta que o DSM promove sintomas e, claro, em seguida, promove o tratamento indicado e adequado para o sintoma promovido. Nesse ponto, o sintoma ganha valor de mercado e o DSM nos vende sua “latusa”².

A crítica construída por Sauvagnat coincide com as observações do neurobiologista François Gonon, professor doutor e diretor de pesquisa do CNR na Universidade de Bordeaux, na França. Gonon escreveu um artigo cuidadoso, em 2011, intitulado “A Psiquiatria biológica: uma bolha especulativa?”. Ele faz uma análise dos desdobramentos diagnósticos que imperam nos atuais manuais de doenças, contestando o reducionismo que o discurso dominante impõe ao insistir que “tudo é biológico”.

Essa crítica a um modelo exclusivista do substrato biológico ultrapassa a fronteira das ciências. Em seu artigo, Gonon nos lembra que mesmo dentro dos Estados Unidos, há críticas ao modo de impor o modelo biologicista como o único válido e traz como exemplo dessa crítica o artigo do jornalista Ethan Watters publicado pelo *The New York Times* :

O jornalista Ethan Watters escreveu recentemente no *The New York Times* um longo artigo em que ele mostra que a psiquiatria americana tende a impor ao resto do mundo sua concepção estreitamente neurobiológica das doenças mentais. Ele sublinha que essa difusão não é, portanto, devido aos sucessos da psiquiatria americana: o número de pacientes não diminuiu nos EUA, pelo contrário. O discurso, privilegiando a concepção neurobiológica dos transtornos mentais, parece então evoluir independentemente dos progressos da neurobiologia”. (GONON, 2011, p.55, *tradução nossa*)

Este apontamento demonstra que não há uma sutura para estancar a liquidez psicopatológica que é escancarada na cultura norte-americana e que nenhum enquadramento pautado em uma visão neurobiológica irá solucionar esse problema. Gonon (2011) conclui seu artigo afirmando que “as causas dos transtornos mentais podem ser apreendidos de muitos pontos de vista que não são mutuamente exclusivos e possuem cada um sua pertinência: neurobiológico,

² Neologismo criado por Lacan para designar o objeto produzido pela ciência que se apresenta como causa de desejo: “E quanto aos pequenos objetos *a* que vão encontrar ao sair, no pavimento de todas as esquinas, atrás de todas as esquinas, atrás de todas as vitrines, na proliferação desses objetos feitos para causar o desejo de vocês, na medida em que agora é a ciência que os governa, pensem neles como *latusas*” (LACAN, 1992 [1969/1970], p.153).

psicológico, sociológico. Toda doença, mesmo a mais somática, afeta o paciente de maneira única.” (GONON, 2011, p.71, *tradução nossa*)

Esta visão do autor demonstra que os transtornos mentais apresentam causas multifatoriais. Faz-se necessário cuidar para não cair em reducionismo, ratificando a ideia de que é o neurobiológico que determina toda afecção. O modelo de tratamento preconizado pelo DSM-5 evidencia o privilégio de alternativas que preservam o interesse mercadológico. A indústria farmacêutica, uma das mais rentáveis mundialmente, estabelece um casamento perfeito com a psiquiatria biológica e todo seu semblante científico.

Os partidários do DSM costumam dizer que o Manual classifica o transtorno, não o indivíduo. Nesse sentido, assistimos a uma inversão em que a produção do medicamento para curar o transtorno antecede o adoecimento e, portanto, aniquila e emudece o sujeito que sofre. Os profissionais de saúde mental, operando com o DSM, viesados por uma referência que é adaptativa e silenciadora, aliados a tratamentos medicamentosos, trabalham para uma “ideologia disfarçada de ciência que psicologizou e medicalizou a vida cotidiana” (Jerusalinsky & Fendrik, 2011, p.6).

A PALAVRA E O TRAÇO

A narrativa sempre única do mal-estar escapa ao imperativo da codificação universal que o manual propõe. A singularidade emerge na estampa de cada vivência de sofrimento, seja esta vivência nomeada de distúrbio ou transtorno. Assim, podemos considerar a emergência diagnóstica situando-se em outra escuta, tal como reconhecemos no relato que apresentaremos a seguir.

Um senhor de aproximadamente 50 anos, decide fazer uma viagem de férias com seu irmão mais novo, como era o hábito de ambos durante as férias. Naquele ano, entretanto, se embrenharam em uma viagem internacional e pararam em uma cidade da Itália para que o irmão pudesse realizar uma reunião de trabalho. Durante a reunião, o empresário italiano, que negociava com o irmão, perguntou sobre os planos de ambos para o prosseguimento da viagem de férias. Após saber do roteiro dos irmãos, o empresário gentilmente os aconselhou a seguir dali para a Grécia de navio, ressaltando as maravilhas e belezas que essa viagem reserva. Os irmãos definiram, após ouvi-lo, que eles deveriam acolher a sugestão e aproveitar essa magistral oportunidade de viagem.

O senhor relata que após receber essa amistosa informação se sentiu profundamente deprimido e que percebia o mesmo estado de espírito no

irmão. Entretanto, mesmo no misto de forte tristeza e indecisão eles embarcaram para Atenas. Quando os irmãos chegaram a Atenas, diante da Acrópole, o nosso ilustre senhor relatou que teve um sentimento instantâneo que ele traduziu nas seguintes palavras: *O que estou vendo aqui não é real*. Médico, estudioso e conhecedor que era da psicopatologia, esse senhor imediatamente diagnosticou que vivenciava uma experiência de desrealização.

Encontramos, nesse breve fragmento, dois episódios em que se constata “humor deprimido” e “desrealização” vividos em um curtíssimo espaço de tempo. Se decidirmos enquadrar esse acontecimento na generosa tabela de doenças do DSM-5, constatamos que esse senhor apresentou um *Transtorno disruptivo da desregulação do humor* (296.99 / F.34) e um *Transtorno de despersonalização/desrealização* (300.6 / F.48.1). Obviamente, a indústria farmacêutica desfila os nomes de alguns medicamentos capazes de aplacar esse mal-estar e calar a dor desse senhor.

Para nossa alegria, entretanto, esse senhor não se calou diante de uma categórica descrição de seu mal, mesmo quando a descrição geral da desrealização que consta no DSM-5 pareça representar tão claramente o episódio vivido por ele. Na descrição do DSM, a desrealização se apresenta como “experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente ao redor (p. ex., o mundo ao redor do indivíduo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido)” (DSM-5, 2014, p.313).

Queremos revelar, então, o nome do ilustre senhor que narrou esse episódio de desrealização e tristeza intensa: seu nome é Sigmund Freud. Em seu texto/carta “Um distúrbio de memória na Acrópole” (1936), que ele escreveu em homenagem ao aniversário de seu amigo Romain Rolland, Freud destaca a maneira única em que cada um é afetado para dizer do seu sintoma. As desrealizações, por exemplo, na descrição de Freud,

... são fenômenos notáveis, ainda pouco compreendidos. Diz-se serem ‘sensações’, mas, evidentemente, são processos complexos, vinculados a conteúdos mentais peculiares e vinculados a operações feitas a respeito desses conteúdos. Surgem com muita frequência em determinadas doenças mentais, não sendo, contudo, desconhecidos entre pessoas sadias.” (FREUD, 1994 [1936], p.242)

Freud nos propõe duas características que retiram o aspecto meramente patológico da desrealização: a primeira é o caráter defensivo do eu para distanciar-se de algo que pode gerar algum sofrimento; a segunda característica é o fato de que a desrealização dependa do passado, do repertório de recordações e de experiências angustiantes da infância, que tenham possivelmente sucumbido ao

recalque. Reconhecendo a controvérsia dessa última característica, Freud anuncia que a desrealização é construída sobre os detritos da história única do sujeito.

Além de estabelecer uma primorosa distinção entre desrealização e despersonalização, Freud nos dá uma aula de cultura, história e psicanálise. Na sua carta, Freud “despatologiza” a vida. Ele constrói um sentido em torno desse “distúrbio” demarcando o que poderia se tratar de um sentimento de culpa ao superar o pai e, ao mesmo tempo, revelando a emergência do *respeito filial* que o afetara sobremaneira:

Mas justamente minha própria experiência na Acrópole, que realmente culminou num distúrbio de memória e numa falsificação do passado, ajuda-nos a demonstrar essa conexão (desrealização e experiências angustiantes na infância). Não é procedente o fato de que, em meus tempos de colegial, eu, alguma vez, duvidasse da existência real de Atenas. Apenas duvidava se algum dia chegaria a ver Atenas. Parecia-me além dos limites do possível, eu, algum dia, viajar tão longe – eu ‘percorrer um caminho tão longo’. Isto se ligava às limitações e à pobreza de nossas condições de vida em minha adolescência (...) (FREUD, 1994 [1936], p.244)

Se tivéssemos calado Freud, incluindo-o instantaneamente numa nomenclatura de algum manual, não teríamos escutado essa declaração de amor ao pai capaz de causar o corpo e produzir saber. Tomamos, portanto, essa perspectiva como a via privilegiada pela qual a Psicanálise considera o singular: o único. A estranha psicanálise demarca que o *initium* subjetivo é operado pelo traço unário, essa marca que recebemos do Outro e que traz para cada um a inscrição da diferença absoluta.

Esse tema é apresentado por Jacques Lacan quando ele se dedica ao Seminário sobre “A identificação”, nos anos de 1961 e 1962. Construindo seu argumento sobre a íntima relação entre o sujeito e o significante, Lacan resgata do texto freudiano³ o inaugural da identificação ao traço [*einzigem Zug*], traduzindo o termo *einzigem* (unicidade) por “unário”. Para Lacan, o traço unário é o suporte da diferença absoluta, trazendo como consequência lógica o inaugural do sujeito, a imposição de um *initium* e a possibilidade de cada sujeito ser contado como único.

O campo que nos permite manter o trabalho é o do sujeito dividido, estranho, impossível de capturar, e que se dissolve entre as palavras que ele próprio constrói. Lacan, em seu retorno a Freud, faz uma torção na leitura clínica dos sintomas ao propor que “o significante, diversamente do signo, é aquilo que representa um sujeito para outro significante.” (LACAN, 1992 [1969/1970], p.27).

³ Trata-se do texto “Psicologia das massas e análise do eu”, publicado por Freud em 1921.

Nessa perspectiva, ele demarca que a experiência analítica enfatiza o que é da ordem do saber e não do mero funcionamento e da representação.

Destacamos a peculiaridade que a noção de diagnóstico recebe no campo da Psicanálise, uma vez que esta obedece a uma regra fundamental: a associação livre. Alinhar-se, portanto, ao “tempo do dizer” faz-nos, inevitavelmente, romper com o tempo do DSM, pois é pela possibilidade de *s’aparrer*, se apalavrar, usando um neologismo de Lacan, que podemos supor a emergência do sujeito, do “sujeito que participa do real, justamente, por ser aparentemente impossível” (LACAN, 1992 [1969/1970], p.97).

Na proposta “universalizante” do DSM ficamos silenciados, uma vez que recebemos a descrição de um sintoma que serve a todos. A palavra de cada um se perde no ideal da língua universal e na hegemonia do medicamento-mercadoria. Para a Psicanálise, entretanto, o que se mantém como direção da cura é a regra inaugurada por Freud: “Fale... associe livremente”. Regra que se mantém em nossos dias e que nos alinha, para concluir, aos dizeres de Lacan:

Vamos lá, diga tudo o que lhe passar pela cabeça, por mais dividido que seja, por mais que isso manifestadamente demonstre que ou bem você não pensa, ou bem não é absolutamente nada, isso pode funcionar, o que você produzir será sempre válido. (LACAN, 1992 [1969/1970], p.100)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DUNKER, C. e KYRILLOS NETO, F. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. In: **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.14, n.4, p.611-626, dezembro 2011.

FRANCES, Allen. Entrevista à *Revista El País/Brasil*, em 26/09/2014. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html>. Acesso em: 12 jul. 2018.

FRANCES, Allen. **Fundamentos do Diagnóstico Psiquiátrico**: Respondendo as Mudanças do DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2015.

FREUD, S. Um distúrbio de memória na Acrópole (1936). In: **Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud**. Volume XXII, Rio de Janeiro: Imago, 1994.

GONON, François. La psychiatrie biologique: une bulle spéculative? **Revue Esprit**. Novembre, 2011.

JERUSALINSKY, A., & FENDRIK, S. **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

LACAN, Jacques. **O Seminário IX: A identificação (1961-1962)**. (inédito)

LACAN, J. **O Seminário, livro 17: O avesso da Psicanálise (1969-1970)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

Manifesto por uma psicopatologia clínica não estatística. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo , v. 16, n. 3, p. 361-372, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12jul. 2018.

Manual diagnóstico e estatístico de transtorno 5 – DSM-5 / [American Psychiatric Association, tradução Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.*]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli [*et al.*]. Porto Alegre: Artmed, 2014.

SAUVAGNAT, François. Considerações críticas acerca da classificação DSM e suas implicações na diagnóstica contemporânea. In: **Revista Analytica**. São João del-Rei, v. 1, n.1, p.13-27, jul-dez, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/viewFile/231/281>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

MAYES, Rick and HORWITZ, Allan. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. **Journal of the History of the Behavioral Sciences**, Vol. 41(3), p.249-267 Summer, 2005.

SOUZA, Aurélio. **Os discursos na Psicanálise**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.

TRAVAGLIA, Aline Alves da Silva. Psicanálise e saúde mental, uma visão crítica sobre psicopatologia contemporânea e a questão dos diagnósticos. In: **Psicologia Revista**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 31-49, jul. 2014. Disponível em:

<<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/20213/15042>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

SOBRE OS AUTORES

Cláudia Ferreira Melo Rodrigues: Psicanalista. Graduada em Psicologia (FUNEDI-UEMG). Especialista em Gerontologia Social e Especialista em Educação, Juventude e Cidadania (FUNEDI-UEMG). Mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais (FUNEDI-UEMG). Doutoranda em Ciências da Saúde (UFSJ). Docente no Curso de Psicologia – Faculdade Pitágoras Divinópolis –MG.

Cláudia Aparecida de Oliveira Leite: Psicanalista membro do *Parlêtre* (Divinópolis - MG). Graduada em Psicologia (UFMG). Especialista em Psicopedagogia (FUNEDI-UEMG). Mestrado e doutorado em Linguística (UNICAMP). Pós-doutorado em Psicopatologia Psicanalítica do Sujeito (Université Toulouse II – Mirail). Pesquisadora associada do Outrarte (IEL/UNICAMP).

Rogéria Araújo Guimarães Gontijo: Psicanalista. Graduada em Psicologia (FUNEDI-UEMG). Especialista em Psicopedagogia e Especialista em Educação Especial (FUNEDI-UEMG). Mestre em Psicologia: Abordagens Clínicas (Pucminas). Doutoranda em Psicologia: Estudos Psicanalíticos (UFMG). Docente no Curso de Psicologia - UEMG (Campus de Divinópolis - MG). Docente no Curso de Psicologia da Faculdade UMA; Divinópolis – MG.

DSM-5: UM MARCA(DOR) DA MORDAÇA DO *PATHOS* NO CONTEMPORÂNEO

Elizabeth Fátima Teodoro

A finalidade deste texto consiste em refletir sobre as perspectivas e tendências da psicopatologia na atualidade, a fim de conjecturar as consequências imediatas dessa forma de lidar com o sofrimento que se percebe no cenário contemporâneo. Em linha de princípio, define-se psicopatologia como “a articulação do *pathos*, entendido aqui como a (dis)posição afetiva fundamental que move o sujeito, constituindo-o na sua humanidade, com o psíquico, articulação essa que se eleva ao nível do conhecimento (*Logia*)” (MARTINS, 2005, p. 18).

Se falamos de elevar ao nível do conhecimento uma (dis)posição afetiva fundamental, precisamos ter em mente que esse movimento do *Logos*, enquanto um “[...] discurso racional, argumentativo, cujas explicações são justificadas e estão sujeitas a crítica e discussão” (MARTINS, 2005, p. 34) estará intimamente relacionado com o modelo de homem existente em dada época. O que significa admitir como premissa o caráter transitório da psicopatologia. Com base nessa premissa indaga-se: como se objetiva o sofrimento psíquico no contemporâneo? Qual a relação da sociedade com o *pathos* no contexto atual?

Essas indagações nos remetem a um olhar mais detido por sobre a tentativa do homem de nomear e, por conseguinte, compreender o sofrimento

psíquico. Sabe-se que esse movimento não é recente, ou seja, não surgiu com o advento da ciência na modernidade, como muitos acreditam. Há indícios de que, na Antiguidade, o ser humano já buscava reportar o *pathos* às malhas de um saber que lhe permitisse ter o mínimo de conhecimento de si e de seus processos.

Com efeito, a inserção do conhecimento do sofrimento pela ciência resultou na construção de um discurso que passou a localizar o *pathos* no espaço anatômico do corpo humano, como consequência direta desse reducionismo, Banzato e Zorzaneli (2017) apontam a expulsão de tudo que diz respeito à dimensão subjetiva do sofrimento. Por conseguinte, surgiram novas e múltiplas formas de nomeações classificatórias nosográficas, que culminaram em um excesso classificatório o qual nos levou a sofrer de nomeação (SILVA, 2017) e, conseqüentemente, a procurar nos psicofármacos a supressão das dores de toda ordem (CAMPAGNA; LIMA; NEGRISOLI, 2017).

Entretanto, é importante ter ciência de que esse viés histórico da psicopatologia concerne a somente uma dentre outras leituras que podem ser realizadas. Karwowski (2015) aponta outras como os modelos (primitivo, grego, cartesiano, romântico e biomédico). A saber, no primitivo, o sofrimento pertencia ao domínio dos deuses e do sobrenatural; no grego, o sofrimento era tratado em ampla inter-relação homem-mundo; no cartesiano, “[...] a ênfase racionalista permeia toda sua epistemologia, tendo como corolário racional a divisão do corpo e do intelecto” (p. 69), separando a relação homem-mundo; no romântico, o sofrimento leva em conta diversos fatores e o racionalismo passa a ser contestado a ponto de se descobrir a irracionalidade da psique e; no biomédico (científico), o sofrimento encontra-se sob a égide do funcionamento biológico com seu determinismo e universalismo.

Há ainda uma outra leitura que parte da noção de perspectivas psicopatológicas¹: ateórica, objetivista, etológica, desenvolvimentista, estruturalista, social e compreensiva (KARWOWSKI, 2015). Não temos a pretensão de apresentar uma cartografia do sofrimento psíquico ao longo da história da humanidade, mesmo que isso se faça fundamental para desconstruir o pensamento de uma psicopatologia fixa e imutável. Busca-se, porém, com esses fragmentos históricos e epistemológicos evidenciar que o *pathos* faz parte da constituição humana, contudo, o modo como nos relacionaremos com ele dependerá do contexto histórico e sociopolítico ao qual estamos inseridos. Isso porque em cada época

¹ Para maior aprofundamento, indicamos o texto *Por um entendimento do que se chama psicopatologia fenomenológica* de Silvério Lúcio Karwowski.

o sofrimento é nomeado, percebido e tratado a partir dos jogos de poder e do discurso hegemônico que movimenta dada sociedade em determinado espaço de tempo.

É nesse contexto que Foucault (2009, p. 133) propõe o discurso como “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo espaço, que definiram em uma dada época e para uma área social, econômica, geográfica, ou linguística dada, as condições de exercício da função enunciativa”. Esses discursos refletem o funcionamento da sociedade e suas produções subjetivas.

Nessa perspectiva, entende-se que não se trata de estabelecer parâmetros com a finalidade de classificar em termos de certo e errado os discursos psicopatológicos, mas de conhecer para compreender as sociedades e as subjetividades forjadas em cada época. Por esse viés, refletir sobre a psicopatologia ultrapassa as fronteiras de entendimento do sofrimento psíquico e seus processos, uma vez que descortina o modo de viver e pensar de toda a sociedade. Depreende-se assim que o lugar que uma sociedade destina aos avessos da razão, ou seja, ao que está fora das normas sociais racionalmente aceitáveis, delimita o espaço da liberdade dessa mesma, do mesmo modo que revela as formas de laço social de uma coletividade. Portanto, a psicopatologia, para além de ser um modo de conhecer, é uma questão política (MARTINS, 2005) que necessita de reflexão constante.

PERSPECTIVAS E TENDÊNCIAS DA PSICOPATOLOGIA CONTEMPORÂNEA

Como a contemporaneidade é marcada pelo advento da ciência e seu avanço tecnológico, fica claro que a psicopatologia atual tem seus fundamentos nessa ciência. Além disso, a psiquiatria arroga para si o papel de especialista dos sofrimentos mentais, portanto, torna-se detentora *honoris causa* do discurso psicopatológico. Como aponta Bezerra Jr. (2012), a definição de doença mental, suas concepções, descrições, delimitação das categorias, dentre outros, passa por uma visão psiquiátrica. Tal visão, por ser biologicista, invariavelmente atribui um estatuto patológico ao sofrimento psíquico (AMARANTE, 2000). Diante dessa realidade verifica-se que, na atualidade, “o termo *pathos* foi transformado num radical que, quando presente, remete quase diretamente a uma concepção de doença na sua forma médica” (MARTINS, 2005, p. 33).

Nesses termos, o avanço das pesquisas em neurociências e o surgimento de uma nova concepção de homem fazem emergir o fenômeno psicopatológico enquanto “[...] produto de um distúrbio neurofisiopatológico tratável

farmacologicamente” (MAGALHÃES, 2001, p. 44). Assim, o sintoma, que até então apontava a solução, passa a ser tratado como um transtorno da neurotransmissão cerebral que deve ser erradicado. Com essa mudança de paradigma, despontam-se novas tendências como a medicalização do sofrimento psíquico. Em paralelo a tal movimento, verifica-se a multiplicação dos diagnósticos que culminam na consolidação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) como o principal norte(a) do conhecimento do *pathos* no contemporâneo. Uma das consequências imediatas dessa mudança consiste na descentralização da relação terapêutica como fundamento do tratamento clínico, visto que o espaço de intervenção assume um contexto farmacológico (AGUIAR, 2004).

Isso porque os diagnósticos, no campo da psicopatologia, passam a regular o olhar, determinando o objeto a ser visto. Nesse sentido, eles assumem três posições: descritor, produtor e objeto de consumo. Enquanto descritor, ele define “o que ver”, nomeando e descrevendo as problemáticas clínicas. Como produtor, aponta “como ver”, demarcando as problemáticas clínicas. E na perspectiva de objeto de consumo, apresenta-se enquanto traço identificatório a ser deglutido e absorvido.

Assim, constata-se que os avanços da medicalização ampliaram a descrição e a nomenclatura dos diagnósticos e, conseqüentemente, expandiram as indústrias farmacêuticas que se tornaram as novas detentoras do poder controlador do sofrimento psíquico da população, do mal-estar da sociedade e da veiculação midiática que contribui reforçando a promessa da anulação de faculdades propriamente humanas, como o *pathos*.

Nesse sentido, questões como o uso de nomenclaturas diagnósticas pela população como rótulos estanques do mal-estar contemporâneo, assim como o excesso do uso de psicofármacos com o intuito de se extirpar tal sofrimento, interferem no processo de construção das subjetividades (MARTINHAGO, 2017). Para Caponi (2012), essa situação evidencia uma biopolítica do sofrimento psíquico que “exclui as narrativas dos sujeitos e suas histórias de vida ou as subordina a explicações biológicas referidas a alterações ou déficit nos neurotransmissores” (p. 119).

Dessa forma, “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” (QUINET, 2006, p. 22). Na clínica, tal situação resulta em uma (des)implicação do sujeito, que passa a buscar nos diagnósticos um saber

que fale por ele e, conseqüentemente, uma fórmula mágica que estirpe seu sofrimento. É nesse contexto que Goldenberg (2012) afirma que a quinta versão do DSM tem efeitos nefastos na cultura contemporânea, uma vez que se apresenta como uma imposição para patologizar e medicalizar a comunidade por meio de uma reformulação classificatória que amplia o discurso da ciência sobre as doenças mentais, fortalecendo o discurso da distinção bem demarcada entre o normal do patológico.

DSM-5 E SUJEITO: A LEGITIMAÇÃO DA MORDADA DO *PATHOS*

Da realidade acima descrita, depreende-se que o sofrimento perdeu seu sentido na sociedade contemporânea, uma vez que ele parece ter se tornado desumano. Assim, a falta desse referente permite que o modelo biologizante perpetue, já que, como afirma Ferreira ([s.d.], p. 4), “dar sentido ao sofrimento humano é um eixo fundamental da organização cultural”. Isso porque o modo por meio do qual significamos o *pathos* sempre esteve intimamente relacionado à elaboração teórica acerca dessa cultura, à forma de lidar com o próprio sofrimento e o sofrimento alheio que, conseqüentemente, aponta para os modos de agir socialmente. Portanto, não se configuraria um erro pensar a psicopatologia como um marca(-dor) do *pathos* de dada sociedade.

Por esse viés, com o advento, principalmente, do DSM-5, percebe-se que o espaço de subjetividade se torna uma mera tradução de suportes técnicos do cotidiano que, na atualidade, são expressos pela excessiva classificação diagnóstica, ou seja, nomeação em série do sofrimento psíquico, pelo uso abusivo de psicofármacos e por uma grande necessidade de suprimir aquilo que faz falar no sujeito. O que significa que apostar em uma clínica centrada na terapêutica psicofarmacológica é legitimar o discurso social da necessidade de uma supressão do *pathos*, ou seja, daquilo que, em psicanálise, traceja os caminhos possíveis de um tratamento.

Assim, se a psicanálise teve seu início a partir do gesto freudiano de conferir voz à histórica e seu sofrimento, o DSM faz o movimento inverso, principalmente a partir de 1987 com a revisão de sua terceira versão, na qual a categoria neurose foi excluída juntamente com o termo histeria. Este último passa a receber outros nomes, a fim de que, na atualidade, alguns sintomas histéricos transitem na classe dos “Transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados” e outros sintomas como os conversivos figuram entre os “Transtornos de Sintomas Neurológicos Funcionais” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), que possibilitam buscar muitos médicos

para os mesmos sintomas. Dessa forma, “quanto mais a histérica encena com seu corpo e com seu discurso os impasses do sexo, mais o mestre capitalista a fatia em transtornos, inventando elixires miraculosos e especialmente rentáveis” (CHRISTAKI, 2015, p. 34).

Nesses termos, ao produzir a subjetividade que lhe é própria, a contemporaneidade arrasta consigo o padecimento psíquico na forma de mal-estar, fruto das marcas da sociedade. Tal sofrimento é combatido com fármacos que comprimm o sujeito, atribuindo ao singular estatuto de anormalidade. Em vista disso, são criadas regras de procedimentos a partir de parâmetros que não levam em conta a particularidade da dinâmica pulsional do sujeito, nomeando de transtorno qualquer comportamento que vai na contramão dos prescritos pela sociedade. Portanto, cabe questionar, constantemente, sobre o significado desse silenciar do sofrimento, a quem serve a construção de subjetividades que não admitem mais o *pathos* como parte constitutiva da vida? Pois como salienta Lacan (1958/1998, p. 592), “[...] a impotência em sustentar autenticamente uma práxis reduz-se, como é comum na história dos homens, ao exercício de um poder”.

CONSIDERAÇÕES OU POSSÍVEIS HORIZONTES

Se o sertão está em toda a parte, há que se encontrar as veredas e, também, há que se construir veredas. Há que ser tão veredas.

O estudo acerca da psicopatologia evidencia dois eixos centrais: um técnico, em que somos lançados ao mundo nosológico, com a discriminação de quadros clínicos, suas relações, semelhanças e diferenças e outro crítico. Apesar desses eixos não se complementarem, o desenvolvimento de ambos é fundamental para não se incorrer em um erro, não raro, de acreditar que as nomeações do sofrimento psíquico existiram na perspectiva que temos hoje desde sempre.

Dessa forma, nossas investigações nos apontam que refletir sobre a psicopatologia em qualquer época é uma tarefa complexa, pois exige que se articule e contextualize uma série de questões a fim de não se perder no labirinto do preconceito, das opiniões infundadas e das causas últimas de um discurso vigente. Assim como conjecturar sobre a psicopatologia na contemporaneidade mostra-se um desafio, uma vez que a necessidade de respostas rápidas que marca o pensamento da atualidade incita, muitas vezes, a se posicionar a partir de uma objetividade que não necessariamente contempla o caráter subjetivo das incursões psíquicas.

Portanto, não pretendemos aqui fornecer respostas prontas ou “receitas de bolo”, ao contrário, busca-se demarcar elementos que auxiliem no exercício da reflexão. De modo que possamos perpetrar uma leitura crítica da sociedade contemporânea, de sua realidade social, histórica, política e econômica, do modelo de subjetividade por ela engendrada a partir do imperativo do gozo e da felicidade a todo custo. Logo, da não admissão do *pathos* como parte integrante da vida que resulta em um processo de padronização dos modos de sofrer humanos e na normatização da vida entendida por muitos como a cura da realidade.

Assim, com o olhar, a escuta e o pensamento crítico, poderemos produzir tensões a fim de enfrentar a mesmice, a pasmaceira e a servidão cega e voluntária que hegemonicamente dominam os horizontes de seres não pensantes. É tempo de sermos atores protagonistas na construção de um novo contexto, desconstruindo dispositivos sociais que produzem os muros do discurso, tais como os DSM's e suas excessivas classificações, (in)ventando e construindo ao mesmo tempo novos dispositivos sociais que possibilitem o exercício constante de produção do novo de novo cada qual a seu modo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, A. A. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

AMARANTE, P. D. de. O paradigma psiquiátrico. In: AMARANTE, Paulo Duarte de. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. cap. 2, pp. 37-64.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** Porto Alegre: Artmed, 2014.

BANZATO, C. E. M.; ZORZANELLI, R. T. Conhecimento tácito e raciocínio clínico em psiquiatria. **Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea**, v. 6, n. 2, p. 81-92, 2017.

BEZERRA Jr., B. **Café Filosófico: A história da psicopatologia no Brasil.** Duração: 1h e 28min. São Paulo: CPFL Cultura, 2012.

CAMPAGNA, R. Z.; LIMA, G. A. de; NEGRISOLI, L. A influência da psicopatologia moderna na medicalização da vida. In: 6ª JORNADA CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA DA FACULDADE DE TECNOLOGIA - FATEC de Botucatu, São Paulo, Brasil, 2017.

CAPONI, S. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 101-122, jul./dez. 2012.

CHRISTAKI, A. Contorção histórica no século XXI: elixires e remédios. **Triivium**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 30-35, jun. 2015.

FERREIRA, J. Sobre o sofrimento na contemporaneidade: A medicalização do sofrimento na contemporaneidade: o caso da melancolia. In: 36º ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS - GT24 - O pluralismo na teoria social contemporânea. [s.d.].

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

GOLDENBERG, M. DSM-5 e o universo psi: diagnósticos à medida do mercado? **Revista EnieClarín**, 2012. Disponível em: <https://www.clarin.com/ideas/dsm-dsm5-psicologia-mercado-poder-diagnostico-psiquiatico_0_BJo_DrInvXe.html>. Acesso em: 20 nov. 2018.

KARWOWSKI, S. L. Por um entendimento do que se chama psicopatologia fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies**, Goiânia, v. 21, n. 1, p. 62-73, jan.-jul. 2015.

LACAN, J. A direção da cura e os princípios de seu poder (1958). In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

MAGALHÃES, M. C. R. (org.). **Psicofarmacologia e psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2001.

MARTINHAGO, F. **Contágio social de transtornos mentais: análise das estratégias biopolíticas de medicalização da infância**. Tese (doutorado em Ciências humanas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

MARTINS, F. **Psicopatologia I – Prolegômenos**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2005.

QUINET, A. **Psicose e laço social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

SILVA, S. G. da. **Travessias entre a sala de aula e o consultório: trajetórias docentes, adoecimento e narrativas de sofrimento psíquico de professores**. Tese (doutorado em Sociologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

SOBRE A AUTORA

Elizabeth Fátima Teodoro: Enfermeira graduada pelo Unifor/MG. Graduada em Psicologia pela UEMG/Divinópolis. Mestranda em Psicologia, na linha de pesquisa “Fundamentos teóricos e filosóficos da Psicologia”, pela UFSJ.

E-mail: elektraliz@yahoo.com.br

CONDIÇÃO HUMANA E SOFRIMENTO PSÍQUICO PARA ALÉM DO DSM

*Ediel Azevêdo Guerra
Heloína Araujo de Langlais
Leda Maria de Almeida Guerra*

INTRODUÇÃO

Era o ano de 2008. Estava na cidade de São Paulo onde, durante algum tempo, atendi na Vila Madalena. Numa fria manhã de abril recebo um paciente, a quem chamarei Luis, que me chega pela indicação de seu psiquiatra. Apesar de relativamente jovem, Luis é um profissional muito bem-sucedido. Empresário, trabalha com a esposa com quem está casado há dezessete anos e tem uma filha, Andreia, pré-adolescente.

Tudo parecia andar muito bem em sua vida, mas há oito meses sintomas estranhos começaram a incomodá-lo: queimação nos lábios, no céu da boca, na língua, na gengiva, no interior das bochechas. Percorreu vários consultórios médicos de distintas especialidades à cata de solução para sua queixa. Dessa busca logrou um diagnóstico: “síndrome da boca ardente”. Sem causas de ordem fisiológica, Luis vai ao psiquiatra, que passa a tratá-lo com antidepressivos e ansiolíticos. Meses se passaram, mas o paciente não responde bem ao tratamento medicamentoso, persistindo, assim, os sintomas. Foi então, a partir dessa constatação, que o psiquiatra lhe sugere que além do tratamento com psicofármacos fossem associadas sessões de análise.

E, assim, iniciou o processo psicanalítico: entrevistas preliminares, sessões semanais... Ao perguntar sobre qual teria sido o momento fundante dessa ardência, Luis se nega a falar. Era preciso ainda se estabelecer o campo transferencial para que fosse possível minimizar as resistências. Muitas sessões aconteceram até que Luis falasse:

— *Sinto a boca queimar desde que Andreia completou 13 anos de idade.*

Da pontuação dessa afirmação, colho a sua história a qual sinaliza os possíveis porquês dessa boca ardente.

Ele fala, com dificuldade, do seu enorme pavor que a filha viesse a ser homossexual.

De onde teria retirado essa ideia?

Ele diz: — *ela tem jeito de homem.*

A analista pergunta: — *como é jeito de homem?*

Embaraços aqui e acolá, frases entrecortadas, choro vão se misturando à sua “confissão”. Sim, de modo proposital uso aqui o verbo confessar para dar conta da enorme dificuldade que tem Luis para simbolizar os fatos vivenciados quando Andreia ainda era muito pequena, os quais ele narra como se tivesse cometido um grande pecado. Vejamos: Certa vez ele surpreendeu a babá fazendo sexo oral na criança, naquela época com apenas 2 anos de idade. Sua reação foi reclamar da babá, pedir que não fizesse mais aquilo com sua filha. Mas a manteve cuidando de Andreia sob a justificativa de que precisava ter alguém para ficar com a criança enquanto ele e sua mulher iam trabalhar. Resolveu não contar nada para a esposa. Fechou a boca para, segundo ele, evitar confusão.

Mais adiante, quando Andreia tinha 8 anos de idade, outro episódio: Luis foi surpreendido por uma cena tão perturbadora quanto a anterior: sua sobrinha, de 20 anos de idade, estava deitada enquanto sua filha fazia sexo oral nela. Ele vê, mas se retira sem nada dizer, para, segundo ele, evitar confusão na família.

A partir de então, começa a pensar que sua filha viria a ser homossexual e essa ideia o atormenta. No aniversário de 13 anos de Andreia, ele diz contrariado que ela “*dançava com gestos de menino*”. Sua atitude em relação à filha é sempre agressiva e repressora. A boca que se calara, que se fizera omissa, agora arde e queima, sob os efeitos do medo e da culpa.

Elaborar essas questões foi exigente e desafiador. As intervenções analíticas, a escuta afinada necessária à analista e a livre associação de ideias por parte do paciente foram instrumentos fundamentais para desbastar a relação opressiva

que mantinha com sua filha. O primeiro ganho terapêutico de Luís foi conseguir parar de dizer à sua filha: “fale como uma garota”. Desconstruir estereótipos e quebrar padrões rigidamente preestabelecidos possibilitaram o deslocamento de medos imaginários.

A culpa pode ser substituída pela responsabilidade e se mostra um instrumento importante para que Luis se repositone frente ao seu sintoma, sem mais a necessidade de queimar a boca no “fogo do inferno”.

Este caso que acabamos de narrar reforça o argumento que pretendemos defender neste artigo, nomeadamente o de que o tratamento do sofrimento psíquico transcende à lógica do DSM requerendo investigações e intervenções que precisam ser mais aprofundadas e ampliadas para que estejamos melhor capacitados a enfrentá-lo na clínica contemporânea.

1. CONDIÇÃO HUMANA E SOFRIMENTO PSÍQUICO

A condição humana e o sofrimento psíquico têm sido objeto de estudo de uma grande quantidade de pensadores em diversos tempos e lugares. Nesta seção nos deteremos na contribuição de Freud, pela relevância e pelo alcance de suas considerações acerca desse tema na perspectiva que defendemos.

No texto “O mal-estar na civilização” (1930 [1929]), o criador da psicanálise sintetiza com mestria sua visão acerca da condição humana e das fontes do sofrimento psíquico nos seguintes termos:

O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com outros homens (FREUD, 1996, [1930], p.85).

Então, para Freud, como se vê nesta citação, a condição humana é a de um ser naturalmente frágil e profundamente vulnerável às forças do meio onde habita. É à mercê dessa vulnerabilidade que os humanos se veem impelidos a se associarem visando à criação e à manutenção de condições mais favoráveis a sua existência. Entretanto, paralelamente aos benefícios angariados por essa associação, verifica-se a emergência de uma nova dificuldade: a convivência social. Como bem frisou Freud, ao referir-se à natureza humana,

Os homens não são criaturas *gentis* que desejam ser amadas e que, no máximo, podem defender-se quando atacadas; pelo contrário, são criaturas entre cujos dotes instintivos deve-se levar em conta uma poderosa quota de agressividade. Em resultado disso,

o seu próximo é para eles, não apenas um ajudante em potencial ou um objeto sexual, mas também alguém que os tenta a satisfazer sobre ele a sua agressividade, a explorar sua capacidade de trabalho sem compensação, utilizá-lo sexualmente sem o seu consentimento, apoderar de suas posses, humilhá-lo, causar-lhe sofrimento, torturá-lo e matá-lo. – *Homo homini lupus* (Idem, p.116).

Vê-se assim que, do ponto de vista freudiano, os seres humanos são dotados pela sua própria natureza de uma essência basicamente agressiva da qual não faz nenhuma cerimônia em lançar mão sempre que julgar conveniente a si mesmo, seja explorando o próximo, humilhando-o, torturando-o e mesmo matando-o. Desse modo, os relacionamentos humanos, ao mesmo tempo que produzem condições benéficas e necessárias à existência da espécie, produzem também como efeito colateral, inevitavelmente, em decorrência da natureza humana, o sofrimento e a dor.

As décadas subsequentes à publicação de “O mal-estar na civilização” parecem confirmar o diagnóstico de Freud acerca das sociedades humanas industriais e contemporâneas. As mais diversas modalidades de violência e de aperfeiçoamento de tecnologias voltadas à indústria bélica reforçam a validade da argumentação e das hipóteses freudianas acerca das sociedades humanas até hoje constituídas (BIRMAN, 2006, p. 25).

Vale salientar também, no final da citação anterior, a ênfase de Freud à natural propensão humana ao exercício do sadismo nas relações sociais assimétricas, sempre que um dos polos se encontra em posição de desproteção ou de desfavorecimento. Essa situação de desproteção ou vulnerabilidade ocupada e constituída por seres humanos no laço social enseja em Freud o conceito de desamparo, do qual nos ocupamos nos próximos parágrafos desta seção.

O desamparo entra na teoria freudiana não como um conceito, mas como uma noção (PEREIRA, 2008). A noção de desamparo é mencionada por Freud em seus textos iniciais, para referir-se à incapacidade dos bebês de darem continuidade às suas existências quando deixam o útero materno. O termo *desamparo* é então utilizado por Freud para caracterizar essa posição de completa dependência do bebê com relação a seus cuidadores. Sem seus cuidadores um bebê é incapaz de dar continuidade à sua existência.

A construção do conceito freudiano de desamparo ganha sua feição definitiva nos textos “Totem e tabu” de 1912 e “O futuro de uma ilusão” de 1927, a partir dos quais passa a ser usado para referir-se tanto à impotência originária do bebê de se manter vivo sem o auxílio de outrem quanto para caracterizar a situação

de vulnerabilidade existencial e sexual de indivíduos nas relações assimétricas quanto à necessária fragilidade humana frente à sua finitude.

2. DIFERENTES MODOS DE ENTENDER O SOFRIMENTO PSÍQUICO

Vimos na seção anterior que do ponto de vista freudiano é impossível a vida humana sem sofrimento psíquico. Os autores que escrevem sobre a história desse tipo de sofrimento atestam sua existência desde as civilizações mais remotas. Ressaltam que as interpretações dos sofrimentos psíquicos são muito diversas. Em algumas civilizações antigas, o sofrimento psíquico podia ser interpretado como mensagem dos deuses aos humanos. Em outras, como possessão demoníaca.

A partir do século XVIII, com a invenção de lugares de segregação dos indivíduos considerados doentes mentais, indignos da vida em sociedade, o saber psiquiátrico começou a se constituir como um ramo da medicina com pretensões ao diagnóstico e ao tratamento desses indivíduos.

A palavra *diagnóstico* é derivada de dois radicais gregos: dia (separação, através de, por meio de) e gnose (conhecimento). Atualmente, ela é empregada para significar um conhecimento obtido por meio da análise ou do exame dos componentes obtidos pela separação do todo em partes.

Os primeiros diagnósticos dos sofrimentos humanos realizados pelos homens primitivos se pautavam pelo paradigma da sobrenaturalidade. Mas na Grécia antiga, Hipócrates (460-377 a.C.) realiza um corte epistemológico, ao propor um modo de diagnóstico que adotava como referência uma classificação das doenças que distinguia aquelas de causas naturais daquelas de causas sobrenaturais. O método de diagnóstico de Hipócrates se baseava em considerações lógicas derivadas das impressões sensoriais, de informações coletadas em comunicação oral com o paciente (MIRANDA-AS JR, 1993).

No tocante à classificação dos sofrimentos psíquicos, destacam-se no início do século XX as contribuições do psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926), e no início do século XX, as do médico e psicanalista Sigmund Freud (1856-1939). O primeiro defende que as doenças mentais são causadas por desordens genéticas ou biológicas e propôs a classificação das psicoses em três tipos: a paranoia, a loucura maníaco-depressiva (atualmente, transtorno afetivo bipolar) e a demência precoce (esquizofrenia). Para o segundo, o sofrimento psíquico é causado por conflitos entre as instâncias de sua segunda tópica (Id, ego e superego). Freud propõe, então, que além de serem causados por conflitos psíquicos

os sofrimentos psíquicos podem ser classificados em neuroses, psicoses e perversões.

As concepções teóricas desses dois médicos acerca das causas e dos tipos clínicos serão fundamentais ao longo de todo século XX, constituindo-se em referências incontornáveis na clínica dos sofrimentos psíquicos.

3. A LÓGICA DO DSM

Durante o século XX, a Associação de Psiquiatria Americana (estadunidense) propôs a organização de um manual estatístico de classificação das doenças psíquicas denominado DSM (abreviatura do título da publicação em inglês *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Esse manual foi proposto originariamente para subsidiar os censos e as estatísticas de doentes mentais nos Estados Unidos da América (EUA). Atualmente, os autores desse manual têm a pretensão de que ele sirva como obra de referência internacional para subsidiar diagnósticos psiquiátricos e pesquisas nos campos da psiquiatria e da farmacologia.

Em Dunker (2014), encontra-se uma ampla análise das várias versões desse manual desde a sua primeira edição, em 1918, até a sua quinta versão, publicada em 2013. A primeira edição do DSM foi publicada nos EUA sob os auspícios da APA (Associação Psiquiátrica Americana) e da Comissão Nacional de Higiene Mental tendo como principal finalidade constituir-se como guia de referência em diagnósticos produzidos em hospitais mentais desse país. O texto desse manual, nessa edição, tem como referência as seguintes categorias: mania, melancolia, monomania, paralisia, demência, alcoolismo. É evidente nesse texto a influência do então presidente da APA, Adolph Meyer (1866-1950), um médico que defendia a ideia de que os diagnósticos psiquiátricos seriam mais bem-sucedidos se o médico levasse em consideração a situação de vida do seu paciente.

Embora essa versão do DSM tenha sido produzida sob a perspectiva biológica e dos conceitos do sistema de Kraepelin, nota-se nela, em vários pontos, a influência da psicanálise freudiana. Como bem observa Dunker (2014), no período 1900-1950 os diagnósticos psiquiátricos nos EUA foram fortemente influenciados pela psicanálise em decorrência de a psiquiatria estadunidense incluir nesse período três conceitos de natureza híbrida – personalidade, estrutura e psicodinâmica – os quais permitem o cruzamento da fronteira entre esses os campos da psicanálise e da psiquiatria.

A segunda versão do DSM, publicada em 1952, não trará grandes alterações no tocante à concepção geral do DSM-I (primeira versão), mantendo ainda a tendência de trabalhar com as referências da psicodinâmica e com o seu viés kraepeliano, mas introduz a oposição entre neurose e psicose e inclui a caracterização de 180 distúrbios psíquicos.

Já a terceira edição do DSM, publicada pela APA em 1980, trará características inteiramente diferentes do DSM-II (segunda versão do DSM), principalmente nos seguintes pontos: abandono das influências da psicanálise e da psicodinâmica; eliminação de considerações etiológicas; priorização da pesquisa em psicopatologia de base biomédica; aproximação dos textos do DSM do texto da CID (Classificação Internacional das Doenças), este último uma publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS/ONU).

A quarta edição do DSM, por sua vez, publicada em 1994, reafirma com mais força a mesma tendência do DSM-III e traz a dissolução completa da psicopatologia em seu texto.

A versão atual do DSM, a quinta edição, anuncia a pretensão de ser um manual de diagnóstico atóxico e operacional, entendendo-se por isso um sistema de classificação sobre dados diretamente observáveis sem a necessidade de utilização de qualquer perspectiva teórica. Nota-se também nessa edição a substituição do termo doença pelo termo transtorno (*disorder*), palavra que remete a um desacordo com uma ordem prévia, cujos critérios não são estabelecidos ou definidos em nenhum lugar.

Julgamos completamente pertinente as considerações de Dunker sobre a completa impertinência da pretensão de ateorismo do DSM-V baseadas na caracterização de transtorno mental dada nesse manual nos seguintes termos:

Um transtorno mental [*mental disorder*] é uma síndrome caracterizada por distúrbios clinicamente significativos na cognição, regulação da emoção, ou comportamento, que reflete uma disfunção em processos psicológicos, biológicos ou desenvolvimentais sub-reptícios ao funcionamento mental. Transtornos mentais são usualmente associados com significativas alterações [*distress*] ou deficiência [*disability*] em importantes atividades sociais, ocupacionais. Uma resposta esperada ou culturalmente aprovada para um estressor ou perda, como a morte de uma pessoa amada, não é um transtorno mental. Comportamentos socialmente desviantes (por exemplo, político, religioso ou social) e conflitos que são primariamente entre indivíduo e sociedade não são doenças mentais, a não ser que o desvio ou conflito resulte de uma disfunção no indivíduo, como descrita acima. (*American Psychiatric Association, DSM-V*, 2013, p. 20)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na lógica do DSM, um tipo clínico é construído pelo agrupamento de certos traços ou sintomas, como resultado da observação, do olhar e da escuta de médicos psiquiatras. A clínica psiquiátrica consiste fundamentalmente em localizar uma desordem no corpo do paciente, como manifestação de uma desordem biológica ou um desequilíbrio físico-químico. O diagnóstico segundo a lógica do DSM consiste na listagem de traços e sintomas apresentados pelo paciente e observados pelo médico. Uma vez listados os traços e sintomas apresentados pelo paciente, o médico pode localizar no manual o tipo clínico no qual o paciente pode ser enquadrado. Com a localização do tipo clínico, evidencia-se qual a desordem biológica ou quais as possíveis substâncias que estão em desequilíbrio, podendo-se assim proceder o suprimento dessas substâncias por meio da medicalização. A concepção atórica, não etiológica e operacional do DSM-V autoriza o médico a prescrever os medicamentos que fornecerão as substâncias necessárias para o restabelecimento do funcionamento psíquico do paciente. Esta é, em linhas gerais, a lógica da quinta edição do DSM.

A nossa prática clínica, como temos delineado no caso exposto no início deste artigo, tem nos levado a divergir desse modo de condução dos casos de sofrimento psíquico que nos têm chegado, pelos seguintes motivos: (1) um mesmo conjunto de traços e sintomas pode aparecer em diversos quadros clínicos díspares, donde essa mera listagem pode conduzir facilmente a erros crassos de diagnóstico; (2) um sintoma, a nosso ver, não é um sinal de um desequilíbrio meramente orgânico, mas é um sinal de um conflito psíquico, uma tentativa de solução encontrada por um sujeito para contornar um conflito de ordem psíquica; (3) o sintoma de um sujeito não é algo que possa ser extirpado, como se faz em cirurgias de apêndice ou de um cisto, mas é uma dada configuração subjetiva construída através da história e da linguagem do ser falante; (4) a clínica do sofrimento psíquico não é a busca da cura de uma doença ou da eliminação de um transtorno (*disorder*) para o restabelecimento de uma ordem prévia, mas é um processo de transformação de subjetividade regida pela ética do desejo produzida por meio da palavra dita e escutada, segundo os princípios e o rigor de uma práxis analítica sistemática, teoricamente justificada e passível de crítica teórica. Em nossa clínica adotamos a práxis analítica criada por Freud, aprofundada e ampliada por Lacan por acreditar que ela é a que melhor se adequa a nosso modo de atuação e melhor atende às nossas expectativas de operar transformações subjetivas sob a ética do desejo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIRMAN, Joel. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

DUNKER, Christian. Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*, vol.47, nº.87, São Paulo, dezembro, 2014.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização, 1930[1929]**. Rio e Janeiro: Imago, 1996.

MIRANDA-SA JR, L. S. **Sinopse de Psiquiatria: O Diagnóstico psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1993.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. **Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico**. São Paulo: Editora Escuta, 2008.

SOBRE OS AUTORES

Ediel Azevêdo Guerra: Professor universitário, doutor em Matemática, Membro da Liga de Psicanálise lacaniana/ Maceió, AL.

E-mail: edielguerra@hotmail.com

Heloína Araujo de Langlais: Psicanalista, Bacharel em Letras, Membro da Liga de Psicanálise Lacaniana/Maceió, AL.

E-mail: heloina.asilva@gmail.com

Leda Maria de Almeida Guerra: Psicanalista, historiadora, pós-doutoramento em interculturalidades, Presidente da Liga de Psicanálise Lacaniana/ Maceió, AL.

E-mail: ledaguerra@hotmail.com

AS ERRÂNCIAS DE FRANZ KAFKA

Bárbara Guatimosim

E “A contribuição milionária de todos os erros”
(Oswald de Andrade em *Manifesto Pau Brasil*, 1924, p.66)

SUMÁRIO

O escritor Franz Kafka deixa em sua obra o testemunho de um duplo exílio, sem saída, que lhe parece impossibilitar uma terceira via: para ele, não só não há lugar no mundo, como também só vive fora de si. Entretanto, no limbo errante de sua escrita, registrada em ficções, diários e correspondências segue construindo um caminho de resistência que, mirando a morte, leva-o ao encontro de destinos inesperados. Ao lado das andanças de Kafka exploramos ainda o tema da errância em alguns poetas e escritores e também as consequências do convite ao erro que a psicanálise promove.

PALAVRAS-CHAVE

Exílio. Errância. Escrita. Associação livre. Infinito.

Franz Kafka é o escritor que talvez testemunhe de modo mais lúcido e pungente a falta que faz um pai desde o excesso do *Urvater* que sofreu. Muito cedo em sua vida, na ausência de uma autoridade legítima, vemos erguer-se

monstruosamente a sombra espessa do supereu que cai sobre ele, melancolizando sua curta existência. Kafka, por 40 anos, sem uma referência que o guie e assolado constantemente por um “invisível tribunal”, sem lugar, em um mapa-múndi ocupado, invadido pelo Outro, erra na angústia de sua clausura, preso do lado de fora do mundo. Mas Kafka não desiste e segue errante em busca de uma saída. Dos postos de resistência, a escrita é a via privilegiada e chega a fazê-lo dizer mais de uma vez: “Sou apenas literatura.”. No afã de registrar tudo, preenche milhares de páginas em contos, diários e correspondências, esboça romances e desenhos, interminavelmente.

Kafka confessa em seus *Diários*: “A minha vida é o hesitar antes do nascimento (*Das Zögern vor der Geburt*).” (24/01/1922, Difel, p. 360). E nesse hesitar instala-se a errância de uma vida escrita. Essa região, — terra de erro que não é uma região de fato,

onde faltam as condições para uma verdadeira permanência, onde tem que se viver numa separação incompreensível, numa exclusão da qual se está excluído como se está excluído de si mesmo, nessa região que é a do erro porque nada mais se faz senão errar sem fim, subsiste uma tensão, a própria possibilidade de errar, de ir até o fim do erro, de se aproximar de seu limite, de transformar o que é um caminho sem objetivo na certeza de um objetivo sem caminho. (BLANCHOT. Kafka e a exigência da obra. *In*: BLANCHOT. *O espaço literário*, 1987, p. 72).

Para Blanchot, é nessa região que erra o topógrafo d’*O castelo*, que desde o começo está “fora do alcance da salvação, pertence ao exílio, esse lugar onde não só não está em sua casa, mas está fora de si.” (BLANCHOT, *idem*, p. 72.)

A terra de erro em que Kafka vagueia deixa-o fora do mundo, onde ele se sente “apenas flutuando em algum limbo.” (Carta a Felix Weltsch de 10/1913. *In*: KAFKA. *Cartas aos meus amigos*, p. 26). Uma condição zumbi, nem morto, nem vivo, que o faz pensar na morte como uma redenção. Esta fantasia de renascer ao cabo de um banimento absoluto prolifera nos escritos, o que alguns veem como alusão à metempsicose cabalística: (BLANCHOT, 1987, p. 65 [nota]). “Se existe uma transmigração das almas, então eu não me encontro ainda no último degrau (*untersten Stufe*).” (KAFKA. *Diários*, Difel, 24/01/1922, p. 360). Mas nessa fantasia vemos bem mais a *esperrânsia* de uma segunda morte, morte que lhe traga a chance de uma outra vida.

Mas se a segunda morte tão ansiada não lhe vem em socorro, melhor contar com a primeira. Kafka cortejou-a por muito tempo. Depois do fracasso de seus dois noivados no afã de unir-se a uma mulher e formar uma família, sem conseguir

afirmar-se como homem e escritor, desabafa com seu amigo Max Brod: “Por que tantas paradas na estrada para a morte? Por que leva tanto tempo?” (Kafka em lamento a Brod *apud* PAWEL. *O pesadelo da razão*, p. 370). Pouco tempo depois, o corpo finalmente responde com a tuberculose.

Mas enquanto a morte não chega, Kafka parece pedir por uma arma que não teve na infância, uma aposta terceira que o arrancasse do exílio, da duplicidade, um chamado paterno que o conduzisse ao mundo dos homens:

Um pouco tonto, cansado de patinar e cair serra abaixo. Mas ainda existem armas, tão raramente empregadas; custa-me tanto chegar até elas porque desconheço as alegrias de seu emprego, não pude aprender quando era pequeno. Não foi só “por culpa do meu pai” que não aprendi a usá-las, mas porque também queria perturbar a “tranquilidade”, o equilíbrio, e por isso não podia permitir que uma nova pessoa nascesse em outra parte, quando eu me esforçava aqui por enterrá-la. É claro que também assim remeto à culpa, porque, por que eu queria fugir do mundo? Porque “ele” não me deixava viver no mundo, no seu mundo. De fato não devo emitir um juízo tão preciso, pois sou agora um cidadão deste outro mundo, que se parece com o mundo normal assim como o deserto com a terra cultivada (durante quarenta anos errei distanciando-me de Canaã). Olho para trás como um estrangeiro; embora também, nesse outro mundo — e isto me segue como uma herança paterna — sou o mais ínfimo e o mais temeroso (...). Eu não deveria sentir-me agradecido apesar de tudo? Por acaso era tão evidente que eu encontraria o caminho até aqui? Não poderia o “banimento” [exílio] de um lado juntamente com a rejeição deste, terem-me esmagado na fronteira? O poder do meu pai não é tal que nada (eu não, com certeza) poderia opor-se ao seu decreto?

E sua escrita nessa anotação vai ganhando formalmente o desenho de um labirinto errático:

De fato, é como fazer uma peregrinação ao deserto ao contrário, aproximando-me continuamente do deserto e alimentando experiências infantis (sobretudo no que concerne às mulheres) de que “talvez me encontre afinal em Canaã”, quando já faz muito tempo que estou no deserto, e essas esperanças são apenas miragens do desespero, sobretudo nesta altura em que, mesmo no deserto, sou a mais miserável das criaturas e Canaã se me parece como a única Terra Prometida, já que não existe para os homens uma terceira terra. (*Diários*, 28/01/1922, Emecé, p. 393-394).

Não há em Kafka uma tentativa de construir um mundo novo. Sua errância busca muito mais um terceiro caminho, uma terceira região. Um lugar outro para ele é muito mais uma mudança de posição. Um banquinho, um tripé que o sustente, uma lei que o estabilize, sem que seja aquela espera que o condena a ficar diante da Lei do Outro. Dito por ele mesmo:

“Estabilidade. Não quero evoluir em um determinado sentido, quero mudar de lugar; isto na verdade é aquele ‘desejo de ir para outro planeta’; bastaria que eu pudesse existir perto de mim, bastaria poder considerar o lugar onde me encontro como outro lugar.” (KAFKA. *Diários*, 24/01/1922, Emecé, p. 391.)

Não parece haver em Kafka perspectiva de vida em um novo mundo imaginário, ficcional, como para ele também só há uma “terceira região”, constantemente criada, nunca assegurada, que bem pode ser o que ele expressa como “mudar de lugar para existir perto de mim”. A única garantia e certeza é que há o limbo, a condição zumbi, pavor maior, mas que não deixa de ser também um posto de resistência, um adiamento processual da sentença até o infinito, em uma espécie de chão do qual não se passa, por mais que não se avance. Lugar onde há sempre a possibilidade de interromper a tortura de uma vida inviável e recomeçar; começar tudo de novo. Em Kafka o negativo sempre pode ser positivo e vice-versa.

A ESCRITA INTERROMPIDA, O IMPASSE NA VIDA, RESTAR INACABADO, CONTINUAR NO INFINITO

“Experiência é o nome que damos aos nossos erros” O. Wilde

Kafka ficava muitas vezes paralisado ou à deriva em seus escritos. Tem uma boa ideia inicial, mas não sabe bem como continuar e, mais difícil ainda, concluir. Apesar de esse traço ser muitas vezes criticado pelos comentaristas de sua obra, revelado no inacabamento, no *pathos* dos obstáculos intermináveis, na infinitização do movimento, isso é, ao mesmo tempo, a grande marca que se imprime em seus textos e em sua vida. Sabemos que toda grande arte é inacabada e é por isso que ela não se esgota e continua transmitindo indestrutivelmente o impacto do desejo que a criou. “Em nenhuma obra de Kafka a aura da ideia infinita desaparece no crepúsculo, em nenhuma obra se esclarece o horizonte.” (ADORNO. Anotações sobre Kafka. In: ADORNO. *Prismas*, p. 240). Como escrevia Beckett, “Não é possível continuar, é preciso continuar...”. Kafka descobre no fracasso a continuidade, a metonímia em fuga. “O inacabado não se reduz então ao fragmentado, mas pede o ilimitado.” (DELEUZE / GUATTARI. *Kafka: por uma literatura menor*, p. 107). Como diz Blanchot, dessa maneira Kafka, “o homem do exílio é obrigado a fazer do erro um meio de verdade, e daquilo que o

engana indefinidamente a possibilidade última de apreender o infinito.” (Kafka e a exigência da obra. *In: BLANCHOT. O espaço literário*, p. 76).

POETAS E ESCRITORES EM ERRÂNCIA

“Sou um grande adepto do erro” Mia Couto

Na arte, pelo menos para quem sofre de inspirações, a criação não é um projeto a ser cumprido, mas o advento de uma surpresa e pega o poeta distraído, mesmo quando se está premido por uma demanda ou uma encomenda. A frase atribuída a Picasso “eu não procuro, acho” é redita de muitas maneiras pelos artistas que tratam a criação como arte do encontro. O que é encontrado não importa tanto mas sim o estado de disponibilidade poética para o que existe e para o que não existe, para mundos e imundos. É a abertura ao inesperado do encontro que faz a preciosidade do achado. Restos, miudezas, grandezas tem o mesmo valor quando tocados pelo raro ou epifânico. A graça pode vir de uma fruta, um olhar, uma letra, um sorriso. Confessa-nos Manoel de Barros seus erros:

Descobri aos 13 anos que o que me dava prazer nas leituras não era a beleza das frases, mas a doença delas.

Comuniquei ao Padre Ezequiel, um meu Preceptor, esse gosto esquisito.

Eu pensava que fosse um sujeito escaleno.

- Gostar de fazer defeitos na frase é muito saudável, o Padre me disse.

Ele fez um limpamento em meus receios.

O Padre falou ainda: Manoel, isso não é doença, pode muito que você carregue para o resto da vida um certo gosto por nada...

E se riu.

Você não é de bugre? – ele continuou.

Que sim, eu respondi.

Veja que bugre só pega por desvios, não anda em

estradas -

Pois é nos desvios que encontra as melhores surpresas
e os araticuns maduros.

Há que apenas saber errar bem o seu idioma.

Esse Padre Ezequiel foi o meu primeiro professor de gramática.¹

O estado de disponibilidade muitas vezes se confunde com um olhar ingênuo e mesmo infantil para as coisas, mas não necessariamente inocente. Pode ser, mais precisamente, uma estratégia de criança que sobrevive em qualquer idade.²

Mia Couto, poeta e grande adepto do erro, legitima o nascido de uma menina, pega em franca poesia de ERRAR na escola:

Na escolinha,
a menina,
propícia a equívocos, disse:
- masculino de noiva é navio.

Reprenderam, riscaram, descontaram.
Mas ela estava certa.
Noivados são mares
de barcos pares.³

Mia Couto dá tanto valor ao que não serve para nada, matéria-prima do fazer poético, que chega a dar ao erro um reino:

Dentro de nós há um rei
cujo o único saber é não reinar.
O seu trono é tão nada
que nunca será destronado.

¹ Barros, Mundo pequeno, livro das ignorâncias. In *Poesia completa*, p.319.

² “A infância não é um tempo, não é uma idade, uma coleção de memórias. A infância é quando ainda não é demasiado tarde. É quando estamos disponíveis para surpreendermos, para nos deixarmos encantar. Não é apenas um estágio para maturidade. É uma janela que, fechada ou aberta, permanece viva dentro de nós.” Couto, Quebrar armadilhas, p. 94. In *E se Obama fosse africano*. 2009.

³ Couto, *Idades Cidades Divindades*, p.1.

Um monarca sem castelo nem garupa
que apenas do ingovernável se ocupa:
neste mundo só entende quem amar.
E quem ama não sabe quem é.
Como este soberano
cuja coroa é tão leve
que apenas lhe dá licença
para um sonho breve.
Soberano tão esquecido de toda a lei
que no fim, confessa:
- Fui rei, apenas quando errei.⁴

James Joyce, em *Um retrato do artista quando jovem*, livro que registra as experiências de juventude do escritor, também aposta na errância como meio de verdade, em um diálogo de despedida com um amigo:

-Você me fez confessar os medos que tenho. Mas vou lhe dizer também aquilo que não temo. Não temo estar só ou ser rejeitado por um outro ou abandonar o que quer que eu tenha que abandonar. E não tenho medo de cometer um erro, até mesmo um grande erro, um erro que dure toda a vida e quem sabe tão longo mesmo quanto a eternidade. (p .244, 1916.)

Podemos dizer que, para além da poesia, no que a vida tem de errante pode-se contar com o “encontro com o real”. Como diz Lacan, fora da situação analítica, “na vida, pode-se ver a verdade pegar o erro por trás.” (Lacan, 1954, p. 302). Já o dispositivo analítico se valerá da via errática do discurso como estratagema, através da “técnica” da associação livre.

ASSOCIAR LIVREMENTE COMO UM CONVITE AO ERRO – UMA INTERPOLAÇÃO

“O analista é o homem a quem se fala e a quem se fala livremente” Lacan

Freud inventou a psicanálise em parceria com suas clientes histéricas. O que os médicos não conseguiram ouvir, Freud escutou. Ana O. chamou o método que deveria atendê-la de *talking cure* ou “limpeza de Chaminé”. Outras pacientes pediram a Freud que se calasse para ouvir melhor e ele se deixou conduzir. A catarse, a ab-reação é uma resposta histórica que aponta para a via do erro na

⁴ Couto, O Rei. In *Vagas e Lumes*, pp.50-51.

busca de tratamento. A regra fundamental da associação livre foi-lhe declaradamente ditada por mulheres que discordavam do método inicial de Freud que se valia da hipnose, pressão, sugestão e da entrevista dirigida. Elas queriam falar livremente, deslocando-se no erro. Aprendendo com a histeria, Freud desconstruiu a soberania de seu método e se deixou levar, por sua vez, pela atenção flutuante⁵, no tempo heroico de sua descoberta. Essa será a novidade freudiana. Freud, com isso, passa a esperar em sua escuta por uma palavra que, ao emergir da “parte sofredora dos seres”, “ultrapassando o sujeito discorrente”, diga o inédito. “Sem dúvida, era preciso que o comum dos homens estivesse engajado há algum tempo num discurso bem perturbado, desviado talvez, e de algum modo inumano, alienante, para que se tenha manifestado com tal acuidade, tal presença, tal urgência, essa palavra.”⁶

Assim sendo, a descoberta psicanalítica nos faz supor que normalmente o discurso do sujeito, já se dá na “ordem do erro, do desconhecimento, e mesmo da denegação” (Lacan, *idem*, p. 302.)⁷. O sujeito nem sempre sabe o que diz: “diz sempre mais do que quer dizer, sempre mais do que sabe dizer.” (Lacan *idem*, p. 303.) e isso que escapa indica, aponta o real da verdade em torno do qual gravitam suas enunciações. “A associação livre nos permite seguir a pista do fenômeno do inconsciente.” (Lacan, *As formações do inconsciente*, Livro 5, 1957, p.43)

Na experiência clínica, portanto, valendo-se dos defeitos do discurso, a direção do tratamento não se dá sem a orientação do entregar-se à errância da *Associação livre*, na prática da tarefa analisante. Uma psicanálise se inicia com a aceitação de um convite ao erro.

Ampliando esses parênteses sobre a errância na psicanálise pode ser interessante investigar um pouco mais o que está em jogo na associação livre. Lacan, sempre no exercício da crítica, questiona o termo que, para ele, define mal o que se trata. A técnica, diz ele, visa a soltura das amarras da relação falada:

⁵ “Se Freud indicou esse tipo de atenção como a contrapartida (*Gegenstück*) da associação livre, o termo flutuante não implica sua flutuação, mas antes, a igualdade de seu nível, o que é acentuado pelo termo alemão *gleichschwebende*.” Lacan, Situação da psicanálise em 1956. In *Escritos*, p.474.

⁶ Lacan, *Os escritos Técnicos de Freud*, p.305.

⁷ “No estado atual das relações entre os seres humanos, pode uma palavra falada fora da situação analítica ser jamais uma palavra plena? A lei da conversa é a interrupção. O discurso corrente se choca sempre contra o desconhecimento, que é a mola da *Verneinung*.” *Os escritos Técnicos de Freud*, p.307, onde Lacan, já em seu primeiro seminário, a partir da dialética de Santo Agostinho, explora a equivocidade da linguagem.

Rompe-se a relação de cortesia, de respeito, de obediência ao outro (...) – são as amarras da conversa com o outro que procuramos cortar. A partir de então, o sujeito encontra-se numa certa mobilidade em relação a esse universo da linguagem no qual o engajamos. Enquanto acomoda seu desejo em presença do outro, produz-se no plano imaginário essa oscilação do espelho que permite, a coisas imaginárias e reais que não têm o hábito de coexistirem para o sujeito, reencontrarem-se numa certa simultaneidade, ou em certos contrastes. (Os escritos técnicos de Freud, p. 202/ 1954)

Para Lacan, trata-se de liberar o discurso, de extrair da linguagem os significantes que, livrados do peso de verdade já dada da palavra, possam reencontrá-la na eficácia de um lastro inequívoco, pela via paradoxal desse intervalo onde acontece a experiência de uma psicanálise, “experiência do discurso desamarrado” (Lacan, idem, p. 203.) No encontro falado com o analista, “o discurso, desligado de um certo número de suas convenções pela regra dita fundamental, põe-se a jogar mais ou menos livremente em relação ao discurso ordinário, e abre o sujeito a essa equivocação fecunda por onde a palavra verídica encontra o discurso do erro.” (Lacan, idem, p.322.)

O que se dá então não é o desmascaramento da mentira, nem a caçada que pega na contradição: “durante a análise, nesse discurso que se desenvolve no registro do erro, algo acontece por onde a verdade faz irrupção, e não é a contradição.” (Lacan, idem, p. 302.) A associação livre coloca em dúvida o discurso, “entre parênteses, suspendendo a lei da não-contradição” (Lacan, idem, p.309.) e liberando as arestas da palavra, que passa a dizer mais.

Na análise, entre quatro paredes,

-a verdade surge pelo que é o representante mais manifesto da equivocação- o lapso, a ação a que se chama propriamente *falhada*. Nossos atos falhados são atos que são bem-sucedidos, nossas palavras que tropeçam são palavras que confessam. Eles, elas, revelam uma verdade de detrás. No interior do que se chamam associações livres, imagens do sonho, sintomas, manifesta-se uma palavra que traz a verdade. Se a descoberta de Freud tem um sentido é este – a verdade pega o erro pelo cangote, na equivocação. (Lacan, idem, p. 302.)

Além disso, a associação livre não é, para Freud, um primeiro passo que dá o analisante para depois encontrar razões para os encadeamentos. A tarefa de associar livremente não prepara ou antecede a viagem, mas é a viagem mesma.

Podemos verificar isso, por exemplo, nos relatos do médico norte-americano Smiley Blanton, analisando de Freud de 1929 a 1938, que escreveu um diário de sua análise pretendendo extrair desse registro, fundamentos para uma monografia sobre o método genuinamente freudiano. Quando Blanton, ao começar a narrar seus próprios sonhos, racionalizou o encadeamento de suas associações,

Freud o advertiu: Não dê as razões, elas virão com o tempo. Quando uma pessoa me diz alguma coisa, não tento pensar nas razões. Sei que com o tempo as razões aparecerão. Existe uma frase de Oliver Cromwell: “Você vai mais longe quando não sabe para onde vai”. A mesma coisa acontece na análise. (FREUD apud BLANTON, p. 11, 1975).

Desde Santo Agostinho, Lacan reconhece que, se a palavra é enganadora, é porque ela pretende se afirmar como verdadeira.

É claro que o erro só é definível em termos de verdade. Mas não se trata de dizer que não haveria erro se não houvesse verdade, como não haveria branco se não houvesse preto. As coisas vão mais longe – não há erro que não se coloque e não se ensine como verdade. Em suma, o erro é a encarnação habitual da verdade. E se quisermos ser inteiramente rigorosos, diremos que enquanto a verdade não for inteiramente revelada, isto é, segundo toda a probabilidade até o fim dos séculos, será de sua natureza propagar-se em forma de erro. (Lacan, *Os Escritos técnicos de Freud*, p.300)

Lacan se alia a Santo Agostinho para dizer ainda algo que cotidianamente verificamos, mas que não deixa de nos surpreender: “que muito frequentemente os sujeitos dizem coisas que vão bem mais longe do que o que pensam, e que são mesmo capazes de confessar a verdade sem aderir a ela.” (idem, p. 303)

Mas mesmo não aderindo à verdade que lhe escapa, assistimos às consequências desse tomar da palavra. A fala desencadeia uma situação que o analista menos compreende do que testemunha. Lançado o discurso analisante na associação livre, presenciamos, constrangido em seus grilhões, a pouca liberdade que a neurose permite ao sujeito, e também o quanto a fala livre pode lhe ser penosa: “Nada é mais temível do que dizer algo que possa ser verdadeiro. Pois logo se transformaria nisso, se o fosse, e Deus sabe o que acontece quando alguma coisa, por ser verdadeira, já não pode recair na dúvida.” (Lacan, *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*, p.622, 1958.) Mas o procedimento analítico com isso não promove no discurso do sujeito um desenvolvimento progressivo de verdades. Ao contrário dessa perspectiva intelectualista, vemos emergir no limite das palavras o inaudito, a convicção que assertiva, o real indizível que não só convida, mas exige o ato.

Entretanto a associação livre não frequente, para Freud, apenas a experiência clínica, mas é método também para as descobertas e elaboração teóricas. Freud, imerso na escrita da interpretação dos sonhos nos brinda, em um trecho de uma carta a Fliess, com a descrição de seu momento de criação:

Não iniciei um só parágrafo sabendo onde ele iria terminar. É claro que [o livro] não foi escrito para o leitor; depois das duas primeiras páginas, desisti de qualquer

tentativa de cuidar do estilo. Por outro lado, é claro que acredito nas conclusões. Ainda não tenho a mínima ideia da forma que finalmente assumirá o conteúdo.⁸

A ERRÂNCIA DESENFREADA

*A rabiscação me serve para fugir diante de mim mesmo, mas no ponto final eu me alcanço.
Não posso escapar a mim mesmo. Kafka apud Janouch*

Mas se há a errância criadora, a errância da descoberta, a que desacostuma o sentido, há também a errância que desorienta e perde o rumo em um nomadismo perigoso, em uma perambulação sem fim.

Voltando ao nosso autor, há nuances na errância e no inacabado de Kafka. O que muitas vezes o acompanha no interminável é o medo, e este, aliado à loucura, à culpa, aos fantasmas, ameaça a obra; pode fazer o escritor desistir da pena:

Medo (*Angst*) de acabar uma crítica para o *Diário* de Praga (*PragerTagblatt*). Este medo (*Angst*) de escrever se materializa sempre que, sem eu estar sentado à escrivaninha (*Schreibtisch*), formulo frases para o que vou escrever, as quais se verifica imediatamente serem erradas, secas, quebradas antes do fim, e apontam com os seus fragmentos salientes [arestas] para um triste futuro. (Kafka. *Diários*, 16/12/1911, Difel, p. 123.)

A fixação “como se” em um modelo de homem não só não lhe servia, mas era tudo que Kafka criticava. Então lhe resta esperar, errar, ansiar, retomar e repetir, em sua *esperrânsia* infinita: “Durante a viagem tomei notas em outro caderno. Comecei alguns trabalhos fracassados. Mas não me dou por vencido, apesar da insônia, as dores de cabeça, e minha incapacidade geral. São minhas últimas forças vitais decididas a um esforço conjunto.” (Kafka. *Diários*, 29/07/1914, Emecé, p. 285).

Os não poucos impasses sempre ameaçavam interromper e mesmo acabar com a escrita de Kafka, mas ele soube mantê-la em um lugar de impasse sempre reaberto em recomeço: resistência e insistência que acabam conduzindo Kafka, não tolo que erra, sempre e de novo ao ato de escrita que é, por fim, ato de separação.

Se fossemos por um caminho correto, renunciar seria o desespero sem limites, mas já que vamos por um caminho que só nos conduz a outro e este a um terceiro e assim sucessivamente; já que a verdadeira via não surgirá antes de muito tempo, e talvez

⁸ Freud, 07 de julho de 1898, In *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess*, p. 320

nunca, já que consequentemente estamos entregues totalmente à incerteza, mas também a uma diversidade inconceivelmente bela, a realização dessas esperanças segue sendo o milagre sempre inesperado, mas em compensação sempre possível. (Kafka *apud* BLANCHOT. *La última palabra. In: BLANCHOT. De Kafka a Kafka*, p. 267).

Mas contrariando o exílio interminável, no último ano de sua vida, na errância de uma rabiscação que não o deixa fugir de si, no esforço hercúleo de um ato arrancado de todas as angústias, um encontro amoroso “improvável” abriu-se lhe a terceira via e o desejo encontra seu pouso. Não é demais lembrar o quanto o amor deve ao erro: Em sua novela “A doença da morte” Marguerite Duras coloca a questão: “Como o sentimento de amor pode surgir?” “Talvez de uma falha repentina na lógica do universo, por exemplo, de um erro, nunca de um querer.”⁹ Mas esta é uma outra história...

Bárbara Guatimosim, B.H., Setembro, 2013.

Les errances de Franz Kafka

Résumé: L'écrivain Franz Kafka laisse dans son oeuvre le témoin d'un double exil sans sortie, ce qui lui semble une troisième voie: selon lui, non seulement il n'y a pas de place dans le monde, comme aussi il ne vit que hors de lui-même. Cependant, dans le limbe errant de son écriture, enregistrée dans ses fictions, ses journaux et ses correspondances, il continue à construire un chemin de résistance, lequel en visant la mort le conduit à l'encontre de destins inattendus. En plus des cheminements Kafka nous exploitons encore le thème de l'errance chez quelques poètes et écrivains et aussi les conséquences de l'invitation à l'erreur promue par la psychanalyse.

Mots-clé: Exil. Errance. Écriture. Association livre. Infini.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, Theodor. Anotações sobre Kafka (1953). In: ADORNO, Theodor. **Prismas:** crítica cultural e sociedade. São Paulo: Ática, 1998.p. 239-270.

ANDRADE, Oswald. **Pau-Brasil.** São Paulo: Editora Globo, 1991.

⁹ Duras, *A doença da morte*, p. 52.

- BARROS, Manoel. **Poesia completa**. São Paulo: Texto Editores LTDA, 2010.
- BLANCHOT, Maurice. **De Kafka a Kafka**. Tradução Jorge Ferreiro. México: Fondo de Cultura Económica, 1991.
- BLANCHOT, Maurice. Kafka e a exigência da obra. In: BLANCHOT, Maurice. **O espaço literário**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.
- BLANTON, Smiley. **Diário de minha análise com Sigmund Freud**. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1975.
- COUTO, Mia. **Idades Cidades Divindades**. Alfragide, Portugal: Editorial Caminho, 1987.
- COUTO, Mia. **E se Obama fosse africano e outras interinvenções e Ensaio**. São Paulo: Editora Schwarcz, 2009.
- COUTO, Mia. **Vagas e lumes**. Lisboa: Editorial Caminho, 2014.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Kafka**: por uma literatura menor. Rio de Janeiro: Imago, 1977.
- DURAS, Marguerite. **A doença da morte**. Tradução Jorge Bastos. Ed. Bilíngüe. Rio de Janeiro: Livraria Taurus Editora, 1987.
- JANOUCHE, Gustav. **Conversas com Kafka**: (1968). Tradução Celina Luz. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.
- JOYCE, James. **Um retrato do artista quando jovem**. (1916). Tradução de Bernardina Silveira Pinheiro. São Paulo: Editora Siciliano, 1992.
- KAFKA, Franz. **Diários**. Tradução Maria Adélia Silva Melo. Alges, Portugal: Difel, 2002.

KAFKA, Franz. **Diários**: (1910-1923). Tradução J. R. Wilcock. Buenos Aires: Emecé, 1953.

KAFKA, Franz. **Tagebücher**: 1910-1923. Projekt Gutenberg-DE: Spiegel online Kultur. Disponível em: <<http://gutenberg.spiegel.de/buch/162/1>>. Acesso em: 19 fev. 2013.

KAFKA, Franz. **Cartas aos meus amigos**. Tradução Osvaldo da Purificação. São Paulo: Nova Época, [s.d].

LACAN, Jacques. **Escritos**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. **Livro 1- O seminário**: os escritos técnicos de Freud (1953-1954). Tradução Betty Milan. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

MASSON Jeffrey Moussaieff. **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess - 1887-1904**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1986.

PAWEL, Ernest. **O pesadelo da razão**: uma biografia de Franz Kafka. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

SEÇÃO 3

UM ENSAIO DE CONCLUSÃO

EXTENSÃO, INTENSÃO, A PSICANÁLISE E O SINTOMA ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Alexandre Simões
Gesianne Gonçalves*

O conjunto de argumentos reunidos neste livro, ao materializar inquietudes e perspectivas distintas, pode nos autorizar a afirmar que no cenário contemporâneo (onde a Ciência, o Capital e o Espetáculo midiático e virtual são síncronos) somos tensionados por um vetor constante: a malograda, mas ainda assim persistente, expectativa de intervenção, contorno e desvencilhamento do mal-estar.

Este vetor, tal qual um imperativo categórico - portanto, mandamento superegóico que não se flexibiliza - está plasmado em um difundido espectro que vai desde a medicalização ampla e irrestrita (engolfando, em boa medida, crianças) até a catalogação do corolário deste mal-estar, ou seja, a superfície cintilante do sintoma, o recorrente olhar de Medusa que o sintoma impõe ao laço social. Nesta atração e petrificação do olhar temos aqui aquilo que, do sintoma, é passível de ser esquadrihado, ordenado, categorizado e, portanto, transmutado, tal qual um objeto de consumo, em traço identificatório e atributo fálico: “tenho TAB, sou bipolar, tenho depressão, tenho TAG, sou autista, tenho um filho TDAH, sofro de TEPT, etc.” são reverberações rotineiramente imiscuídas em meio ao laço social.

Nestas circunstâncias, é imprescindível que os psicanalistas - recebedores destes sujeitos e seus *gadgets* cada vez mais criativos e versáteis - estejam atentos à constante retomada dos **princípios da Psicanálise**. Quanto mais a demanda de intervenção e a demanda de interpretação se impõem a muitos de nós, sobretudo os analistas que lidam com os desafios da clínica peripatética (no hospital, na escola, no manicômio, na rua, no presídio, no PSF, na delegacia, no serviço-escola, etc.), mais devemos estar advertidos quanto aos possíveis e inusitados vínculos da técnica, da prescrição, da sentença e da cura com o gozo:

(...) o objeto *a*, tal como o escrevo, é, por sua vez, o trilho por onde chega ao mais-degozar aquilo de que se habita, ou em que se abriga, a demanda de interpretar.

(LACAN, 1973a [2003], p. 505)

O sintoma descrito no catálogo (CID-10, DSM-5, quem puder ver: DSM-n), o sintoma sob os *spots* da mídia, o sintoma nos *frequently asked questions (FAQ)* do Google: não seriam o habitat, o abrigo, o hábito, subtendidos, acima, na provocação de Lacan?

Pois bem, a Psicanálise e seus princípios. Um ponto nevrálgico nesta questão nos é ressaltado por Jacques Lacan, em um importante momento de seu percurso: 1964, fundação da Escola, enfim, marco-zero deste coletivo de analistas enxameados, desta vez (até onde for possível), a partir do que se colhe em uma análise, a partir das consequências que se extrai de um percurso analítico. Nesta situação, ao abordar o ensino da Psicanálise, Lacan frisarà que este ensino “(...) só pode transmitir-se de um sujeito para outro pelas vias de uma transferência de trabalho.” (LACAN, 1964 [2003], p. 242).

Transferência de trabalho: isto que nos leva a considerar a especificidade de cada caso, o sujeito no discurso, a opacidade que lhe habita. Por conseguinte, isto que se constrói a partir de cada caso (na contramão, portanto, de se propor um ato clínico *prêt-à-porter*, de se delinear uma sindromização do desassossego). Notemos que Lacan é bem contundente, indicando que atos e tentativas de formação que desconsiderem esta via “(...) não fundarão nada, se não remeterem a essa transferência” (LACAN, 1964 [2003], p. 242).

Pouco tempo após a demarcação da importância da transferência de trabalho para pensarmos o status da clínica em nossa atualidade, encontramos uma dupla distinção proposta por Lacan. Estamos agora em 1967, no texto *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola* que nos oferece um manancial que pode nos auxiliar a manter uma sensibilidade e uma atenção para com os princípios da Psicanálise, acima aludidos. Especialmente, uma fonte que

nos permite apontar para algo relativo ao posicionamento da Psicanálise face a outras práticas ou campos de conhecimentos que, porventura, tenham princípios bem outros.

No mencionado texto de 1967, presenciamos Lacan argumentando acerca de duas dimensões constitutivas da Psicanálise: a **psicanálise em extensão** (a presença da Psicanálise no mundo, a coletividade dos psicanalistas, os imprescindíveis prolongamentos da Psicanálise na *polis*) que haveria de estar fundamentada na **psicanálise em intensão** (a dimensão dos operadores da clínica, os impasses e efeitos de uma análise, efeitos que comportam a transitoriedade da qual Freud nos lembra, a inexorabilidade do Real a qual Lacan salienta):

... constituir a psicanálise como uma experiência original, levá-la ao ponto em que nela figura a finitude, para permitir o *a posteriori*, efeito de tempo que, como sabemos, lhe é radical.

Essa experiência é essencial para isolá-la da terapêutica, que não distorce a psicanálise somente por relaxar seu rigor.

(LACAN, 1967 [2003], p. 251)

Em suma, os diálogos e, inclusive, os embates da Psicanálise com as tendências atuais da Psicopatologia e, daí, com as práticas presentes nos territórios da Saúde Mental podem fazer fronteira com um dos vértices onde a psicanálise em extensão se encontra com a psicanálise em intensão, tal qual as abas da dobradiça. É por conta desta fronteira que devemos estar atentos, dispostos e disponíveis às interlocuções (independente de consensos ou de suspensão das controvérsias) da Psicanálise com outros saberes, inclusive, aqueles que podem lhe parecer díspares.

Compreendemos que este é o norte, à medida em que se considera a fundamentação da extensão pela intensão que, quando não discernido, quando não praticado poderá, desditosamente, colocar o psicanalista à deriva, na Contemporaneidade, e, assim, enclausurá-lo “... a não produzir nada que se possa dominar, malgrado a aparência, a não ser a título de sintoma.” (LACAN, 1970b [2003], p. 310)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LACAN, Jacques (1967). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: _____. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. pp. 248-264.

LACAN, Jacques (1973a). Posfácio ao Seminário 11. In: _____. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. pp. 503-507.

LACAN, Jacques (1970b). Alocução sobre o ensino. In: _____. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. pp. 302-310.

LACAN, Jacques (1973b). Ato de fundação. In: _____. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. pp. 235-247.

SOBRE OS AUTORES

Alexandre Simões: Psicanalista. Graduado em Psicologia pela UFMG, com Mestrado e Doutorado por esta mesma Universidade, na linha de pesquisa Filosofia e Teoria Psicanalítica. Professor universitário (UNA e UEMG). Fundador do Canal Alexandre Simões Psicanalista:

<https://www.youtube.com/c/AlexandreSimoosPsicanalista>

E-mail: alexandresimoos@terra.com.br

Gesianni Amaral Gonçalves:

Psicanalista, doutoranda em Estudos Psicanalíticos (UFMG), Mestre em Psicologia, Especialista em Arte e Educação. Professora universitária (UNA e UEMG).

E-mail: gesianni@terra.com.br