
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 atóxico 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

