



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Damiana Avila Carvalho

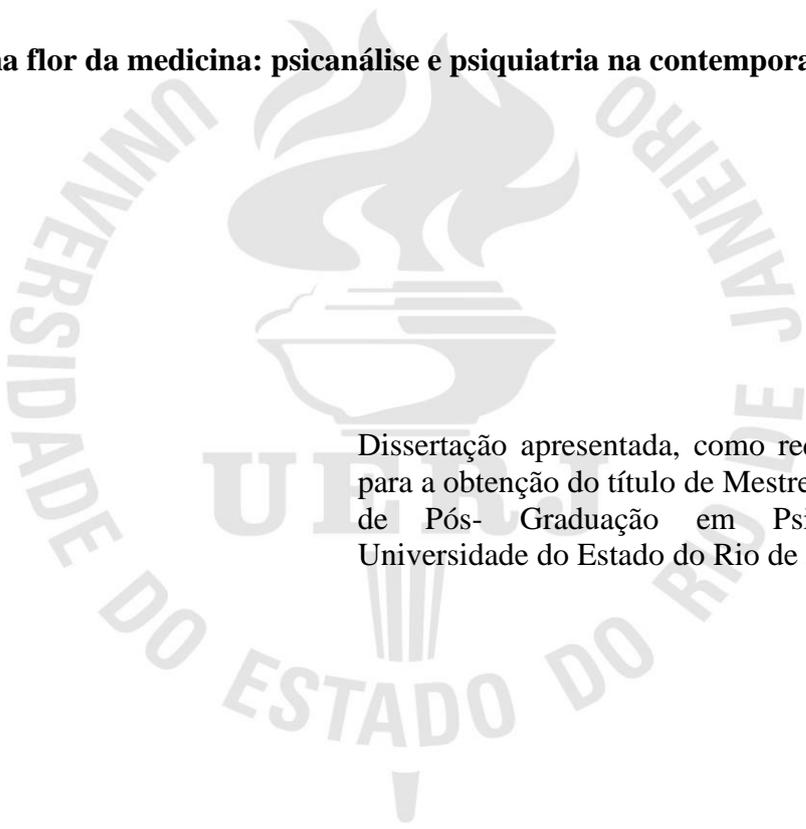
**A última flor da medicina: psicanálise e psiquiatria na
contemporaneidade**

Rio de Janeiro

2021

Damiana Avila Carvalho

A última flor da medicina: psicanálise e psiquiatria na contemporaneidade



Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antônio Coutinho Jorge

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

C331 Carvalho, Damiana Avila.
A última flor da medicina: psicanálise e psiquiatria na contemporaneidade /
Damiana Avila Carvalho. – 2021.
96 f.

Orientador: Antônio Coutinho Jorge.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto
de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Psiquiatria – Teses. 3. Saúde mental – Teses. 4.
Psicodiagnóstico - Teses I. Jorge, Antônio Coutinho. II. Universidade do Estado
do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

bs CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Damiana Avila Carvalho

A última flor da medicina: psicanálise e psiquiatria na contemporaneidade

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 1 de setembro de 2021.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge (Orientador)
Instituto de Psicologia – UERJ

Prof^a. Dra. Doris Luz Rinaldi
Instituto de Psicologia – UERJ

Prof. Dr. Mario Eduardo Costa Pereira
Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à minha mãe Rozali e ao meu pai Paulo Roberto (*in memoriam*), por todo amor.

AGRADECIMENTOS

Minha extrema gratidão ao querido Professor Marco Antonio, meu orientador, pela sua impecável e potente transmissão da psicanálise e pela presença estimuladora que me permitiu a elaboração deste trabalho.

Meus sinceros agradecimentos ao colega Renato Palma, pela atenta leitura destas páginas e pelas valiosas contribuições ao desenvolvimento deste trabalho de escrita.

Aos queridos colegas do CPRJ meu carinho e gratidão pela confiança, pelo apoio, pelas trocas generosas e pela parceria na construção de caminhos possíveis.

Aos membros da banca examinadora, Prof^a. Doris Rinaldi e Prof. Mario Eduardo Costa Pereira, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com essa dissertação, meu muito obrigada.

Agradeço ao Professor Luciano Elia pela incansável dedicação a este programa de mestrado.

Agradeço também aos meus pacientes, com quem aprendo todos os dias e sem os quais nenhum trabalho seria possível.

Por fim, expresso minha eterna e profunda gratidão à minha mãe, fonte de inspiração e porto seguro.

um homem com uma dor
é muito mais elegante
caminha assim de lado
como se chegando atrasado
andasse mais adiante

carrega o peso da dor
como se portasse medalhas
uma coroa um milhão de dólares
ou coisa que os valha

ópios édens analgésicos
não me toquem nessa dor
ela é tudo que me sobra
sofrer vai ser a minha última obra

Paulo Leminski

RESUMO

CARVALHO, Damiana. *A última flor da medicina: psicanálise e psiquiatria na contemporaneidade*. 2021. 97f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise e Políticas Públicas) – Instituto de Psicologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Esta dissertação aborda a relação entre psicanálise e psiquiatria na contemporaneidade a partir, sobretudo, da experiência de trabalho da autora em um hospital psiquiátrico no município do Rio de Janeiro no âmbito do Sistema Único de Saúde. A metodologia de pesquisa deste trabalho é composta pela experiência no atendimento clínico e pela revisão bibliográfica, constituindo-se de um texto crítico sobre a relação entre medicina, psiquiatria e psicanálise. O estudo revisa o surgimento da psiquiatria com Pinel, como um marco na modificação da compreensão moderna da loucura, e a invenção da psicanálise com Freud, analisando principalmente o lugar da descoberta freudiana em relação ao saber psiquiátrico na forma como Freud se situou em relação à loucura. Aborda a diferença entre o sujeito da psicanálise e o sujeito da ciência através da desconstrução do modelo cartesiano do psiquismo centrado na consciência e analisa a antinomia entre psicanálise e medicina a partir de quatro vieses fundamentais: a demanda, o sintoma, os diagnósticos e os discursos. Diante do hiato entre os saberes psicanalíticos e psiquiátricos, aborda a clínica como o impossível de suportar e sustenta a importância dos conceitos de inconsciente e pulsão freudianos – assim como seus desdobramentos em Lacan – como fundamentais para a abordagem, o manejo e a compreensão do fenômeno psicopatológico. Dessa forma, salienta a importância da psicanálise no campo das práticas destinadas ao tratamento dos transtornos mentais e propõe uma clínica fundamentada na saúde mental e na reforma psiquiátrica que possa fazer frente à redução do sujeito e da clínica ao biológico-farmacológico e ao achatamento das possibilidades de existência humana.

Palavras-chave: Psicanálise. Psiquiatria. Psicodiagnóstico. Saúde Mental.

RÉSUMÉ

CARVALHO, Damiana Avila. *La dernière fleur de la médecine* : psychanalyse et psychiatrie dans la contemporanéité. 2021. 97f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise e Políticas Públicas) – Instituto de Psicologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Ce texte aborde la relation entre la psychanalyse et la psychiatrie dans la contemporanéité à partir de l'expérience de travail de l'auteur au sein d'un hôpital psychiatrique de la ville de Rio de Janeiro dans le cadre du « Sistema Único de Saúde ». La méthodologie de recherche de ce travail est composée d'expériences en soins cliniques, ainsi que d'une revue bibliographique afin d'élaborer un texte critique sur les relations entre médecine, psychiatrie et psychanalyse. L'étude passe en revue l'émergence de la psychiatrie avec Pinel, comme jalon dans la modification de la compréhension moderne de la folie, et l'invention de la psychanalyse avec Freud, pour analyser principalement la place de la découverte freudienne par rapport au savoir psychiatrique dans la manière dont Freud se situait par rapport à la folie. Ce texte aborde la différence entre le sujet de la psychanalyse et le sujet de la science à travers la déconstruction du modèle cartésien du psychisme centré sur la conscience et analyse l'antinomie entre psychanalyse et médecine à partir de quatre points de vue fondamentaux : la demande, le symptôme, les diagnostics et les discours. Face à l'écart entre les savoirs psychanalytique et psychiatrique, il aborde la clinique comme l'impossible à supporter et soutient l'importance des concepts d'inconscient et de pulsion freudienne – ainsi que leurs déroulements chez Lacan – comme fondamentaux pour l'approche, la gestion et la compréhension de le phénomène psychopathologique. Ainsi, ce travail met en évidence l'importance de la psychanalyse dans le champ des pratiques de traitement des troubles mentaux et propose une clinique fondée sur la santé mentale et la réforme psychiatrique pour faire face à la réduction du sujet et de la clinique à une dimension biologique et pharmacologique et à l'aplatissement des possibilités d'existence humaine.

Mots-clés: Psychanalyse. Psychiatrie. Psychodiagnostic. Santé mentale.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – A nau dos insensatos.....	23
Figura 2 – Pinel libertando as alienadas de suas correntes em <i>Salpêtrière</i>	37
Figura 3 – Quadro comparativo entre as três estruturas clínicas.....	55
Figura 4 – Posições dos elementos no discurso.....	57
Figura 5 – Os quatro discursos.....	57
Figura 6 – Interseção entre inconsciente e pulsão.....	72
Figura 7 – Vetor da pulsão de morte.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Área Programática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
CPRJ	Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro
DSM	Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RJ	Rio de Janeiro
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. A LOUCURA COMO EXPERIÊNCIA TRÁGICA DO HOMEM NO MUNDO: Uma Contextualização Histórica	22
1.1. O gesto mítico de Pinel.....	22
1.2. Psiquiatria moral <i>versus</i> psiquiatria somática.....	29
1.3. A descoberta de Freud.....	32
2. MEDICINA, PSIQUIATRIA E PSICANÁLISE	43
2.1. O sujeito entre a psicanálise e a ciência.....	43
2.2. Psicanálise e medicina: uma antinomia.....	47
2.2.1. <u>Demanda</u>	47
2.2.2. <u>Sintoma</u>	52
2.2.3. <u>Diagnóstico</u>	53
2.2.4. <u>Discurso médico e discurso psicanalítico</u>	56
3. CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE À PSIQUIATRIA CONTEMPORÂNEA	60
2.3. O problema dos manuais de classificação.....	65
2.4. A clínica como o real impossível de suportar.....	71
3.2.1. <u>Casos clínicos</u>	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	90

INTRODUÇÃO

A presente dissertação fala sobre um percurso que tem origem em minha experiência clínica, bem como em minha formação psicanalítica. Posso dizer que questões que atravessam a psicanálise e a medicina sempre se fizeram presentes para mim, tanto em minhas pesquisas como em minha experiência profissional, concentrada, quase que exclusivamente, no serviço público de saúde. Esse trabalho trata-se, então, da continuação da pesquisa iniciada ainda na Residência em Psicologia Clínica Institucional do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), cujo resultado foi a elaboração de uma monografia intitulada *Do Diagnóstico à Clínica: psicanálise e medicina em um serviço de adolescentes*, orientada pela Professora Sonia Alberti¹ e defendida no ano de 2012. A isso se acrescenta, como uma das principais motivações para a elaboração desse trabalho, minha experiência profissional enquanto psicóloga/psicanalista de um hospital psiquiátrico público no município do Rio de Janeiro.

O local onde exerço minha prática clínica e onde surgiram as questões que me moveram a realizar essa pesquisa é o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ), e acredito ser preciso contextualizá-lo dentro da Rede de Atenção Psicossocial² (RAPS), para que possamos ter uma melhor compreensão de algumas questões que norteiam o trabalho.

O CPRJ é um hospital estadual, exclusivo para o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental, fundado em 1998. Situado na região da Gamboa é o principal dispositivo de atenção psiquiátrica da Área Programática (AP) 1.0³, área que compreende 15 bairros da região central da cidade do Rio de Janeiro, e que dentre os equipamentos que integram a RAPS conta apenas com os recursos da atenção básica e equipe de consultório na rua. Digo *dispositivo de atenção psiquiátrica*, pois não me parece totalmente adequado utilizar o termo *dispositivo de atenção psicossocial*, já que o CPRJ, no formato e estrutura atual, não se enquadra em nenhum dos equipamentos que compõe a

¹ O título dessa dissertação tem como inspiração o artigo da Professora Sonia Alberti, *Psicanálise: a última flor da medicina* (2010), publicado no livro *Clínica e Pesquisa em Psicanálise*, de organização de Sonia Alberti e Luciano Elia.

² A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) oferece acompanhamento e tratamento para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

³ A cidade do Rio de Janeiro é atualmente dividida em 10 Áreas Programáticas (APs), sendo a AP 1.0 aquela que abrange a região central da cidade, onde se localizam os bairros de Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Ilha de Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama, com uma população de aproximadamente 294.919 habitantes (IBGE/2013).

RAPS, instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Além disso, como nos fala Luciano Elia (2016), para ser uma equipe de atenção psicossocial há que se ter um espírito psicossocial, ou seja, há que se trabalhar com toda uma lógica da atenção psicossocial, e essa lógica não é a que rege o funcionamento do hospital como um todo, apesar dos esforços isolados de parte de seus profissionais.

Como instituição de formação o CPRJ é o responsável por acolher os estudantes de dois importantes programas de residência da Secretaria de Saúde do Estado (SES/RJ) em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro: o programa de Residência Médica em Psiquiatria, que recebe os estudantes médicos; e o programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, que recebe os estudantes de enfermagem, psicologia e serviço social.

Atualmente, na cidade do Rio de Janeiro, toda a Rede de Atenção Psicossocial é municipalizada, portanto, o CPRJ é uma instituição que pertence à SES/RJ, mas que trabalha atendendo as demandas da RAPS na AP 1.0, dado a ausência de outros equipamentos na região, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para citar apenas um deles. Sendo um dispositivo composto por uma emergência, uma enfermaria, um ambulatório e um hospital-dia, o CPRJ configura-se como uma “pequena rede” que absorve a maior parte da demanda por atendimento e tratamento em saúde mental da região.

O campo da saúde mental, nós poderíamos defini-lo de acordo com Fernando Tenório e Eduardo Rocha (2006), como “um campo dos cuidados” (p. 56). Isso quer dizer que pertence ao campo da saúde mental todo um conjunto de dispositivos e iniciativas ligadas a um agenciamento da vida naquilo que ela está prejudicada ou impedida, em diferentes graus, pela doença mental.

De acordo com Paulo Amarante (2019), podemos definir a saúde mental como “um campo (ou uma área) de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde” (p. 15). O autor nos afirma que a saúde mental não se baseia apenas em um tipo de conhecimento, muito menos é exercida apenas por um profissional, se configurando como campo polissêmico, que sofre influência de diversas áreas como psicanálise, psiquiatria, psicologia, neurologia, neurociências, fisiologia, filosofia, antropologia, sociologia, história e geografia. A saúde mental configura-se, portanto, de forma plural, de modo que se torna difícil demarcar suas fronteiras e saber onde começam e terminam seus limites. Desse modo, ela não pode ser entendida apenas como o estudo e tratamento das doenças mentais, tampouco pode ser reduzida à psicopatologia, mas as psicopatologias (no plural, pois não existe uma só) também compõem esse vasto campo.

Tenório e Rocha (2006) nos esclarecem que, atualmente, o campo da psiquiatria está marcado por duas grandes tendências: a chamada psiquiatria biológica⁴, que realiza uma abordagem das doenças mentais como transtornos atribuídos ao funcionamento cerebral, bioquímico, verificáveis experimentalmente, e que pressupõe que o “bom funcionamento” do paciente deve ser alcançado pela intervenção dos psicofármacos; e a atenção psicossocial, hoje considerada diretriz da assistência psiquiátrica pública no Brasil e que se constitui como um paradigma de cuidados à doença mental, caracterizando-se por uma ampliação das intervenções e do tratamento em saúde mental.

No CPRJ essas são duas lógicas de trabalho que coexistem no mesmo espaço. Se no hospital-dia a lógica de trabalho, na maioria das vezes, é a do atendimento psicossocial, na enfermaria, na emergência e no ambulatório, a lógica de tratamento é majoritariamente medicalizadora⁵. Essas duas formas de conceber o atendimento e o tratamento criam uma tensão, uma luta entre os diferentes modelos, que vão construindo a particularidade da instituição (GUIMARÃES, et. al., 2016).

Considerando a complexidade do lugar em que o CPRJ se situa dentro das políticas públicas de saúde mental e dada sua estrutura que, por si só, já suscitaria uma gama de discussões e problematizações, para não fugir aos objetivos desse trabalho, pretendo priorizar a análise de algumas questões que surgiram a partir da minha experiência no ambulatório dessa unidade, setor do qual faço parte enquanto psicóloga/psicanalista, membro da equipe multiprofissional. Equipe que também é formada por médicos psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais que atendem um grande número de pacientes, neuróticos e psicóticos, com diferentes níveis de gravidade.

Uma questão complexa que se coloca diz respeito à comunicação estabelecida entre médicos psiquiatras e o restante da equipe. O que se observa principalmente em relação à equipe de psicologia, formada em sua maioria por psicólogos de orientação psicanalítica, é uma grande dificuldade no diálogo e divergências em relação aos diagnósticos e manejo dos casos clínicos, causados em parte pela “diferença de línguas” que atravessa as duas

⁴ Apesar de ser um termo vago e de não existir uma única vertente da psiquiatria biológica, consideramos, nesse trabalho, como psiquiatria biológica certa abordagem dos transtornos mentais que vem se configurando desde o início dos anos 80. Essa psiquiatria tem como pressuposto central que o ‘cérebro é o órgão da mente’ e tem como característica a utilização dos métodos de investigação e vocabulário médicos como os principais na descrição e compreensão dos transtornos mentais (AGUIAR, 2004).

⁵ O processo de medicalização de uma prática ou de uma instituição pode ser definido quando condições humanas e problemas ordinários - sejam eles processos da vida natural como o envelhecimento, morte, sexualidade, ou comportamentos desviantes como a loucura, o uso abusivo de álcool e outras drogas - são descritos e definidos exclusivamente a partir de um enquadre médico e passam a ser redefinidos pela racionalidade médico-científica.

especialidades, mas, sobretudo, pelas diferenças metodológicas que perpassam os dois campos.

O ambulatório é um setor que, assim como grande parte da instituição, ainda se utiliza de velhos modelos de assistência, onde é prevalente a presença do discurso médico-científico centrado no diagnóstico e no tratamento pela via medicamentosa. Porém, podemos afirmar que esse tipo de tratamento, já em muitos lugares superado pelos esforços da Reforma Psiquiátrica⁶, não é sem consequências para os sujeitos que o recebem.

Como nos apontam Tenório e Rocha (2006), essa concepção biológica⁷ dos transtornos mentais parece ter causado uma cisão entre tratar e cuidar, onde o psiquiatra trata a doença mental com os medicamentos, devolvendo ao paciente o seu “bom funcionamento”, e os outros trabalhadores da saúde cuidam da reabilitação social. Mas como poderíamos definir a doença mental? Para Kenneth Kendler (2016), uma questão fundamental para a psiquiatria estaria relacionada justamente a natureza do que ela se propõe a tratar e estudar: os transtornos psiquiátricos.

Kendler (2005) nos afirma que praticar ou fazer pesquisas no campo da saúde mental exige que assumamos certas posições sobre algumas questões filosóficas, dentre as quais ele destaca duas como sendo particularmente centrais: a primeira dessas questões é sobre a natureza da inter-relação mente-cérebro; e a segunda é compreender como as várias abordagens explicativas que podem ser adotadas em relação aos transtornos psiquiátricos podem ser mais bem inter-relacionadas.

De acordo com Amarante (2019), fica claro que para certas questões o modelo científico dualista-racionalista não se mostra suficiente:

(...) saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural, na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades, que do mesmo modo são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social (p. 19).

⁶ A Reforma Psiquiátrica é um modelo teórico e prático de transformações nas áreas da política de saúde, da clínica e da cultura, que tem como pressuposto a inclusão do doente mental na sociedade, bem como o seu tratamento em serviços de base comunitária e a sua inscrição social como um cidadão de direitos. Iniciado na década de 70, o modelo de reforma psiquiátrica no Brasil sofreu a influência dos movimentos europeu e americano, mas, principalmente, teve como inspiração o modelo de reforma italiano.

⁷ Apesar de não ser o único, o discurso da psiquiatria biológica é o hegemônico, difundido pelo tecido social, ele retira a psiquiatria do domínio de uma “medicina especial”, situada na fronteira entre o médico, o social e o moral, equiparando-a as outras especialidades médicas (AGUIAR, 2004).

Portanto, é de extrema importância a fundamentação de uma clínica na saúde mental e na reforma psiquiátrica que possa fazer frente à redução da clínica ao biológico-farmacológico e ao achatamento das possibilidades de existência humana.

Nossa intenção nesse trabalho não é a de trazer uma possível explicação a respeito da etiologia dos transtornos mentais, mas sim, a de pensar uma clínica que possa estar mais bem inter-relacionada, sobretudo no que diz respeito às diferentes abordagens do transtorno mental para a psicanálise e para a psiquiatria. Como pensar uma clínica que possa fazer uso dos psicofármacos como mais uma ferramenta clínica, porém, sem enclausurar a escuta e o olhar para o sujeito? Será que podemos redescobrir a clínica e a psicopatologia sem ocultar o sujeito tomado em sua dimensão de sujeito falante? Não pretendemos esgotar as respostas para essas questões, mas esboçar um caminho que aponte uma via de trabalho possível.

No primeiro capítulo, intitulado *A loucura como experiência trágica do homem no mundo: uma contextualização histórica*, faremos um recorte da história da loucura partindo da Idade Média, passando pelo nascimento da psiquiatria enquanto um saber e uma prática com Pinel, até chegar à fundação da psicanálise e sua complexa relação com a medicina. Para tanto, recorreremos, sobretudo, à obra de Michel Foucault, *História da loucura na idade clássica* (2002), *Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico* de Paul Bercherie (1989), bem como os textos de Sigmund Freud do início de seu percurso teórico, os chamados textos pré-psicanalíticos, assim como outros autores contemporâneos que se debruçam sobre o tema.

Sabemos que existem escritos ao longo de toda história que buscaram explicar e definir a loucura e que, muito provavelmente, não tenha havido apenas um único conceito medieval de loucura, mas para a finalidade desse trabalho, falaremos de uma concepção trágico-enigmática, circunscrevendo o conceito de loucura na Idade Média, em oposição a uma concepção médica, referindo-se ao conceito moderno e posteriormente contemporâneo de loucura, que embora também não seja o único, nos parece ser o hegemônico. As concepções de loucura anteriores à Idade Média, como por exemplo, as que podem ser encontradas nos textos da antiguidade clássica não serão trabalhadas aqui. Porém, como nos afirma Isaias Pessotti em seu livro *A loucura e as épocas* (1994), podemos sustentar que “a concepção da loucura como um estado ou processo unitário, mais ou menos duradouro ou complexo, envolvendo disfunções orgânicas e afetivas, é relativamente recente na história do conhecimento” (p. 9). Isso nos indica que a psiquiatria, como é conhecida hoje, nem sempre existiu, e a concepção moderna da disciplina enquanto uma especialidade médica encarregada

de tratar os transtornos mentais é um fenômeno recente, datado de um pouco mais de duzentos anos.

Nos tempos medievais, como bem nos mostram os estudos de Foucault, os loucos possuíam seu lugar reservado na ordem social. A loucura não tinha o *status* de doença e os médicos não pretendiam curá-la. Para Foucault (2002), o que o estudo da loucura durante a Idade Média vem nos mostrar é justamente essa formulação da loucura como um saber que expressava a experiência trágica do homem no mundo. Concepção que foi perdendo gradativamente seu espaço para uma consciência crítica e moral, relegando à dimensão trágica e enigmática um lugar nas sombras. O confronto entre a loucura como enigma e a loucura como doença terminou por se configurar, para Foucault, em um abismo jamais preenchido. Seria a psicanálise, com seu instrumental teórico e sua compreensão do psiquismo, capaz de preencher essa fenda?

O gesto mítico de Pinel de libertação dos loucos é considerado um marco do início da psiquiatria no século XVIII. Responsável por instaurar um “novo olhar” sobre a loucura e mudar radicalmente sua concepção nas culturas ocidentais, o gesto de Pinel é interpretado por Foucault (2002) como o início do aprisionamento do louco pela razão. Para Joel Birman (1978), o ato de Pinel é registrado na História da Psiquiatria como a primeira “revolução psiquiátrica”, seguida da ruptura freudiana, no final do século XIX, que traz à luz o conceito de inconsciente e institui a prática psicanalítica, e mais modernamente, a partir da década de 60, a prática da Psiquiatria Comunitária é assinalada pelo autor como a terceira revolução.

Para a psiquiatria, Pinel, ao romper as correntes dos loucos, os teria libertado de séculos de maus tratos e incompreensão. Porém, o que a leitura de Foucault nos mostra é que, ao mesmo tempo em que Pinel libertava os loucos de suas correntes, ele os encarcerava à categoria de doentes mentais. Aprisionados sob a égide da doença mental, os loucos só começaram a ter o seu *status* de doentes questionado com o surgimento da psicanálise, no final do século XIX, que trouxe certa fluidez às fronteiras entre o normal e o patológico.

Na época do surgimento da psicanálise, os limites entre a nova disciplina e a medicina não eram tão nítidos. Freud, que era neurologista, após passar um período em Paris estudando com Jean-Martin Charcot, depara-se com a histeria, momento a partir do qual pôde desenvolver e fundamentar sua teoria e prática psicanalíticas. A histeria colocava impasses ao discurso médico devido ao fato de que nenhuma lesão anatômica dava conta de explicar a múltipla produção sintomática presente nas pacientes histéricas. A rota absolutamente original de Freud foi a de demonstrar que os sintomas presentes na histeria não se moldavam pelo corpo anatômico.

Assim, a relação entre psicanálise e medicina já tem em sua origem a marca de uma ruptura. A ruptura de Freud ao discurso anatomoclínico dominante, com a realização de uma crítica à ideia puramente descritiva dos sintomas. Portanto, é através do seu encontro com a histeria que a psicanálise começa a marcar sua distinção face à medicina, delineando outro caminho que possibilitou as condições para a construção do discurso psicanalítico. Ao romper com a clínica descritiva dos sintomas e instituir uma clínica orientada na escuta dos seus pacientes, Freud funda a psicanálise dando um passo mais além do discurso médico e inaugura uma prática que passa a ouvir, justamente, o que o discurso médico prima por excluir: a singularidade do sujeito.

No segundo capítulo, *Medicina, Psiquiatria e Psicanálise*, começaremos analisando as relações entre psicanálise e ciência a partir da noção lacaniana de sujeito, delimitando à luz da teoria de Jacques Lacan, o que é o sujeito da psicanálise e o que é o sujeito da ciência, com seus pontos de disjunção e convergência, pois para Lacan (1966a/1998), é em torno da noção de sujeito, definida pelo seu advento com o *cogito* cartesiano, que as relações entre psicanálise e ciência podem ser traçadas.

René Descartes, ao introduzir a dúvida como método pelo enunciado *Cogito, ergo sum* promove a separação entre pensamento (*res cogitans*) e corpo (*res extensa*) e fundamenta o discurso da ciência no qual a psicanálise também se inscreve. Esse modelo psíquico fundado no *cogito* supõe a existência do sujeito primordialmente no registro do pensamento, ou seja, centrada no eu e na consciência, porém Freud ao formular sua teoria do inconsciente, retira o sujeito do campo da consciência, lançando sobre ele uma divisão.

É a partir do advento da ciência moderna que se torna possível situar o sujeito da psicanálise. Para Elia (2000), “se a psicanálise deriva da ciência, não se reduz a ela, operando, em relação ao passo inaugural da ciência, um corte, um rompimento discursivo, para cujo entendimento a noção de sujeito é a chave fundamental” (p. 17).

Lacan coloca para a ciência uma questão ao perguntar, em 1966, que ciência poderia incluir a psicanálise? Ele responde a essa questão dizendo que o lugar que a psicanálise encontrou na ciência foi o de se ocupar daquilo que a ciência exclui. O que o discurso da ciência exclui é justamente o sujeito, colocando este em uma condição de suspensão que a psicanálise resgata com Freud e a descoberta do inconsciente. Portanto, seria o discurso psicanalítico o que nos possibilita a superação da dicotomia cartesiana entre mente e corpo rearticulando esses dois registros através da linguagem?

Ainda neste capítulo, abordaremos a questão da antinomia presente entre psicanálise e medicina – entendendo a última enquanto um discurso científico – a partir de quatro vieses que nos parecem fundamentais: a demanda, o sintoma, o diagnóstico e os discursos.

Para atingirmos nosso objetivo, revisitaremos a célebre obra de Jean Clavreul, *A ordem médica* (1983), onde o autor coloca em destaque a hegemonia do discurso médico no campo social. Também recorreremos ao *Seminário livro 17: o avesso da psicanálise* (1969-1970/2016), além de outros autores que abordam os referidos temas.

Como nos aponta François Ansermet (2003), psicanálise e medicina se referem, antes de tudo, a um método específico de construção do saber: *a clínica*. O que pode ser formulado como a diferença radical entre psicanálise e medicina é a posição que o clínico, seja ele psicanalista ou médico, ocupa em relação ao paciente, ou seja, a maneira pela qual os analistas e os médicos respondem à demanda formulada pelo paciente é o que os diferencia.

Existem determinados tipos de demandas que se fazem aos médicos, que são próprias desse tempo permeado pelo discurso da ciência, demandas cada vez mais diversas e específicas como diagnósticos, cura, benefícios, exames, cirurgias, e é justamente a resposta que se dá a essas demandas que define se tratar de uma posição propriamente médica ou não. Aqui também podemos incluir que o que vai diferenciar psicanálise e medicina é a forma como cada um, médico e psicanalista, se posiciona em relação ao que o paciente apresenta como queixa, como sintoma.

Ainda de acordo com o autor, a clínica médica busca construir seu objeto através da observação e da descrição, sendo baseada no olhar. Porém, a clínica do olhar da medicina tem seu contraponto na psicanálise com sua clínica da escuta, “da medicina à psicanálise o clínico passa do olho ao ouvido” (ANSERMET, 2003, p. 9). A psicanálise, orientada a escutar o que o sujeito enuncia, se propõe a ir além do que se manifesta no visível, dando lugar a algo que é inapreensível pelo olhar.

A prática médica depende do exercício do saber constituído da medicina. Sendo nesse sentido que o discurso do médico se aproxima do discurso do mestre formulado por Lacan (1969-1970/2016), com o médico assumindo a posição de quem porta um saber, uma verdade. De um lado estão os médicos que detém o poder, o conhecimento, e de outro os pacientes que são “lidos” e que se “beneficiam” ao receberem os cuidados, as prescrições e os tratamentos.

Já para a psicanálise, o saber que se revela na experiência analítica é de outra ordem, da ordem do particular, não se presta à generalização e não pode ser dominado por qualquer espécie de mestria (JORGE, 2017), sendo o discurso psicanalítico capaz de se opor a isso, pois o saber que está em jogo para a psicanálise é o saber inconsciente, que tem valor de

verdade e só é acessível através da fala do sujeito. Colocando o outro no lugar de sujeito, o que a psicanálise faz é operar pelo meio do seu “não-saber”, entendendo que o saber se encontra do lado do paciente, e este sabe, sem saber que sabe. Para se chegar a esse sujeito é preciso, antes de tudo, que ele fale, única maneira de acessá-lo, a ponto de ser possível defini-lo enquanto aquele que fala – sujeito falante *o parlêtre*, falasser.

No terceiro capítulo, trabalharemos algumas possíveis *Contribuições da psicanálise à psiquiatria contemporânea*, pensando mais especificamente na psiquiatria contemporânea enquanto um discurso científico marcado por um descritivismo, que se pretende cada vez mais biológico e que tem nos medicamentos seu principal recurso terapêutico. Pensando também na interseção da ciência com o discurso capitalista que Lacan nos aponta em seu texto *O lugar da psicanálise na medicina* (1966a), colocamos a seguinte questão: que psiquiatria poderia incluir a psicanálise?

Na busca de reconhecimento em sua legitimidade biomédica, a psiquiatria parece, atualmente, se esquecer da dimensão propriamente humana de seu campo, inerente à nossa condição de seres de linguagem, ou seja, dimensão do *pathos*, do sofrimento e das paixões. A redução dos fenômenos psicopatológicos a uma linguagem puramente biológica, não estaria descartando justamente o plano do sofrimento psíquico? Não seria preciso sustentar o fenômeno psicopatológico como algo propriamente humano, marcado pela linguagem e pela sexualidade? A passagem do *pathos* para a nosologia⁸ não poderia ser considerada uma apropriação científica que tenta engessar tudo aquilo que é da ordem do pulsional?

Segundo Mario Eduardo Costa Pereira (2014), os fenômenos ditos psicopatológicos são irreduzíveis às abordagens objetivantes e generalizantes próprias às ciências naturais. Uma determinada condição é psicopatológica de maneira absolutamente singular a cada sujeito específico, não sendo, portanto, passível de generalização como pretende a ciência e também a psiquiatria contemporânea com seus manuais de classificação diagnóstica, como o DSM-5⁹, por exemplo.

Tal fato é o que sustenta a proposição freudiana de que cada caso clínico deve ser abordado com se fosse sempre o primeiro, em sua radical singularidade. Lacan, por sua vez,

⁸ Nosologia é a disciplina ligada à descrição, definição e classificação das doenças.

⁹ DSM-5 sigla inglesa de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, em português, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, que, atualmente, encontra-se em sua quinta revisão, lançada no ano de 2013.

utiliza a expressão *ignorância douta*¹⁰ para caracterizar uma determinada postura do analista e uma refinada forma de saber que inclui um “não-saber”, pois o saber que se encontra em jogo na experiência analítica é o saber inconsciente, que é sempre da ordem do particular e não se presta a nenhum tipo de generalização. Centrada no paciente, tanto a clínica médica como a psicanalítica devem priorizar o único, e, a partir do um, aceder ao múltiplo, ao universal, para em seguida reencontrar o singular, pois “o sujeito é, por definição, uma exceção ao universal: ele resiste precisamente a ser universalizável” (ANSERMET, 2003, p.7).

Lacan, em *O lugar da psicanálise na medicina* (1966b), entende que a posição do psicanalista tem algo de muito valioso a contribuir para a medicina e nos diz que a psicanálise pode servir como uma espécie de bússola para o médico, pois é como missionário do médico que ele se coloca. Ainda no mesmo texto, Lacan nos indica dois pontos que serviriam de baliza para os médicos: que entre demanda e desejo existe uma falha; e que o corpo é algo feito para gozar, havendo um furo de saber no que concerne ao corpo que nem a tentativa de colonização pelo saber médico é capaz de apreender. Não estariam as medicações psicotrópicas tentando suplantar justamente o que é o habitual na clínica – seja ela psiquiátrica ou psicanalítica – como a angústia, as conversões, as obsessões, os delírios? Não seria essa a vocação totalitária do discurso científico que crê qualquer enunciado pacífico de uma abordagem e resolução pela metodologia científica?

Para Pereira (2014), vai sempre existir uma ciência ideal que aponta para a descoberta desse saber último sobre o corpo, o que parece ser essa tentativa da psiquiatria contemporânea de tentar definir sua psicopatologia cada vez mais em termos biológicos, pois no limite sempre se pode recorrer às esperanças no futuro da ciência.

Sendo as noções de inconsciente e pulsão pilares da teoria freudiana que modificam a compreensão psicopatológica, poderia a psicanálise fornecer o arcabouço teórico necessário para instrumentalizar a psiquiatria contemporânea e sua psicopatologia?

Como nos afirma Pereira (2014), Freud e Lacan nos deixaram um vasto legado em suas obras teóricas, com elementos capazes de fundar uma psicopatologia do sujeito, utilizável também em uma prática psiquiátrica, pois sem a dimensão da singularidade e a escuta específica do sujeito do inconsciente, a compreensão e o manejo do fenômeno psicopatológico não são possíveis.

¹⁰ Expressão que Lacan toma emprestada da filosofia, a ignorância douta tem seu primeiro exemplo em Sócrates, que afirmava que entre o conhecimento falso de muitas coisas e o conhecimento verdadeiro da própria ignorância, o segundo, sem dúvida, seria o mais sábio. Porém, a expressão ganha relevância na filosofia especialmente através da interpretação dada por Nicolás de Cusa, que escreveu sobre o tema em seu célebre livro: *De docta ignorantia* (1440).

Como teoria e prática são indissociáveis, pois não existe clínica psicanalítica que não se fundamente na teoria da clínica (ALBERTI, 2008), encerraremos com a apresentação de três casos clínicos. Dois deles a partir da experiência do acompanhamento de pacientes na interface entre enfermagem de crise e ambulatório.

1 A LOUCURA COMO EXPERIÊNCIA TRÁGICA DO HOMEM NO MUNDO: Uma Contextualização Histórica

Já estamos muito distantes da virada do século XVIII para o século XIX, na aurora da Revolução Francesa, tempo dos alienistas – que tem em Philippe Pinel (1745 - 1826) seu principal representante – quando a psiquiatria se constituiu como um saber e uma prática. Portanto, não se trata aqui de reconstruir a história da psiquiatria, que já foi escrita e reescrita muitas vezes e por diversos ângulos, mas de contextualizá-la historicamente em seu complexo percurso, para compreendermos seus pontos de conjunção e disjunção com a psicanálise e as transformações ocorridas dentro do seu campo.

1.1. O gesto mítico de Pinel

Em 25 de agosto de 1793, Philippe Pinel, nomeado médico no hospital de *Bicêtre*, localizado nos subúrbios ao sul de Paris, rompe as correntes dos loucos, libertando-os de seus grilhões. O gesto mítico de Pinel, que como tal é sujeito a interpretações variadas e contraditórias, é registrado na História da Psiquiatria como um ato libertador que teria salvado os loucos de séculos de incompreensão e violência institucional a que eram submetidos.

Durante o Terror, Pinel recebeu a visita de Couthon, que procurava suspeitos entre os loucos. Todos tremiam diante do aspecto do fiel ajudante de Robespierre, que deixara a sua cadeira de paraplégico para ser carregado nos braços dos homens. Pinel o conduziu para a frente das celas, onde a visão dos agitados lhe causou um medo enorme. Recebido com injúrias, ele se voltou para o alienista e disse: “Cidadão, deves ser também louco para querer libertar tais feras?” O médico respondeu que os insanos ficavam ainda mais intratáveis por serem privados de ar e liberdade. Couthon aceitou então a supressão das correntes, mas advertiu Pinel contra a sua presunção. Carregaram-no para seu carro e o filantropo começou a sua obra: ele retirou as correntes dos loucos e deu origem ao alienismo^{11 12} (ROUDINESCO, 1994, p.14)

¹¹ Nota da autora: o melhor exemplo é a obra de René Semelaigne, *Les pionniers de la psychiatrie française avant et après Pinel*, 2 volumes, Paris, Baillièrre et fils, 1930.

¹² Embora soubesse que Pinel nunca fizera este gesto, por isso mesmo, um gesto mítico, e que esse encontro com Couthon nunca ocorrera, para Foucault (2002), seu valor de verdade encontra-se no fato de ser este o ato fundador do alienismo.

A loucura na Idade Média tinha múltiplos significados e não era circunscrita a um único elemento, nem tampouco era restrita aos homens. A insensatez tinha sua presença no mundo, porém, a loucura não era designada como doença, não tinha uma localização precisa, nem era segregada. Como portadora de um saber enigmático que ia da terra ao cosmos, da comédia à tragédia, de deuses a demônios, a loucura ocupava muitos espaços e a figura do louco era, muitas vezes, a de um errante, vagando pelos campos. A loucura, portanto, comportava um saber que expressava a experiência trágica do homem no mundo.

Portanto, o que aparece nas pinturas de Bosch e Bruegel como experiência trágica e enigmática era também experiência cósmica de uma verdade inacessível e secreta para os outros. A loucura, nesta perspectiva, comportava um saber. Um saber enigmático, exotérico, trágico, mas um saber positivo. E mantinha uma relação profunda com o mundo, capaz de lhe revelar as verdades mais secretas (LAIA, AGUIAR, 2017, p.16).

Diferentemente das pinturas, que expunham essa dimensão enigmática, a expressão literária e filosófica da loucura no século XV, assumem, para Foucault, um aspecto crítico-moral. Há uma divisão entre as duas formas de experiência da loucura: entre as pinturas com suas figuras de visão cósmica e a literatura e a filosofia com seus movimentos de reflexão moral, e entre o elemento trágico e o elemento crítico se abrirá um profundo hiato (FOUCAULT, 2002).

Apesar de tantas interferências ainda visíveis, a divisão já está feita; entre as duas formas de experiência da loucura, a distância não mais deixará de aumentar. As figuras da visão cósmica e os movimentos da reflexão moral, o elemento *trágico* e o elemento *crítico* irão doravante separar-se cada vez mais, abrindo, na unidade profunda da loucura, um vazio que não mais será preenchido. De um lado, haverá uma Nau dos Loucos cheia de rostos furiosos que aos poucos mergulha na noite do mundo, entre paisagens que falam da estranha alquimia dos saberes, das surdas ameaças da bestialidade e do fim dos tempos. Do outro lado, haverá uma Nau dos Loucos que constitui, para os prudentes, a Odisseia exemplar e didática dos defeitos humanos (FOUCAULT, 2002, p. 27, grifos do autor.).

Podemos pensar a psicanálise como um saber que preencheria essa fenda? Como nos aponta Foucault, sim. Para Foucault (2002), este confronto entre as perspectivas crítica e trágica abarca tudo o que pode ser formulado a respeito da loucura no começo do Renascimento. No entanto, ele terá praticamente desaparecido no início do século XVII, quando a consciência crítica torna-se alvo de um acentuado privilégio, penetrando progressivamente na experiência trágica e relegando a essa um lugar nas sombras. “A experiência trágica e cósmica da loucura viu-se mascarada pelos privilégios exclusivos de uma consciência crítica” (p. 29). Contudo, Foucault nos afirma que por trás da visão crítica da loucura, nas suas formas científicas ou filosóficas, morais ou médicas, não deixou de existir

uma dimensão trágica sempre em vigília. Para ele, é esta consciência trágica que Freud começou a vislumbrar através da luta entre a libido¹³ e a pulsão de morte¹⁴.

É sem dúvida ela [a consciência trágica] que Freud, no ponto mais extremo de sua trajetória, começou a pressentir: são seus grandes dilaceramentos que ele quis simbolizar através da luta mitológica entre a libido e o instinto de morte¹⁵ (FOUCAULT, 2002, p. 29).

Voltando à Pinel, como podemos analisar com Foucault, em *História da Loucura na Idade Clássica* (2002), até o final do século XVIII os hospitais não eram instituições exclusivas ao exercício da prática médica. Nascido na Idade Média, o hospital, em latim *hospitāle*, que significa *casa para hóspedes*, eram instituições com características de filantropia e caridade, responsáveis por oferece assistência, abrigo e alimentação aos miseráveis, desabrigados e doentes. *Bicêtre* havia sido construída como *casa dos pobres*, e nela se encontravam misturados indigentes, velhos, condenados e loucos.

A transformação do hospital em instituição médica foi um longo processo. No século XVII, mais precisamente a partir de 1656, por determinação do Rei da França, Luís XVI, surge uma nova modalidade de hospital, não mais ligado à filantropia, mas à instauração da ordem social e política. Denominado *Hospital Geral*, essa instituição não era propriamente médica, mas uma entidade assistencial e administrativa situada entre a polícia e a justiça, que tinha por função tanto abrigar como isolar da sociedade as figuras acometidas pela desrazão.

¹³ Termo latino que significa vontade, desejo, inicialmente utilizado por Moriz Benedikt e, posteriormente, por Albert Moll e Richard von Krafft-Ebing (fundadores da sexologia), de quem Freud toma emprestado o termo, e o retoma numa acepção inteiramente nova, para designar a manifestação da pulsão sexual na vida psíquica e, por conseguinte, a sexualidade humana em geral. Para maiores aprofundamentos sobre o termo, cf. LAPLANCHE e PONTALIS, 2001; ROUDINESCO e PLON, 1998.

¹⁴ A pulsão pode ser definida como um processo dinâmico que consiste numa pressão ou força constante que faz o organismo tender para um objetivo. O termo é utilizado por Freud a partir de 1905, sendo considerado um conceito de extrema importância na teoria psicanalítica, definido como a carga energética que se encontra na origem da atividade motora do organismo e do funcionamento psíquico inconsciente. Ela aparece como um conceito situado na fronteira entre o psíquico e o somático. É a representação psíquica de uma fonte endossomática de estimulação constante em contraste com as excitações externas que são esporádicas. Já o termo pulsão de morte é utilizado por Freud a partir de 1920. Com a introdução do novo dualismo pulsional, que opõe as pulsões de vida à pulsão de morte, torna-se o protótipo da pulsão, na medida em que a especificidade pulsional reside sempre em um movimento regressivo de retorno a um estado anterior de ausência de excitação no organismo. A constatação de ordem filosófica de que a vida é inevitavelmente precedida por um estado de “não-vida” conduziu Freud à hipótese de que existe uma pulsão cuja finalidade é reconduzir o que está vivo ao estado inorgânico. Em seu seminário de 1964, Lacan considerou a pulsão como um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Para maiores aprofundamentos sobre o termo cf. LAPLANCHE e PONTALIS, 2001; ROUDINESCO e PLON, 1998.

¹⁵ O termo *instinto de morte* consta na tradução da obra, porém as discussões há muito tempo empreendidas na psicanálise sobre a tradução de determinados termos nos indicam que o correto seria a utilização da expressão *pulsão de morte*.

Para Foucault, o surgimento do *Hospital Geral* foi de fundamental importância para a configuração de um “outro lugar” na sociedade ocidental para o louco.

De acordo com Sergio Laia e Adriano Aguiar (2017), entre os séculos XVI e XVIII ocorre uma progressiva destituição da loucura como um saber que expressava a experiência trágica do homem no mundo. Nessa época, a relação com os loucos e a loucura ainda não era moldada pelas regras de um conhecimento dito científico, nem elaborada pela sistematização de um saber médico. As instituições que recebiam os loucos e os critérios utilizados para seu isolamento social não dependiam de uma ciência médica, mas sim de uma “percepção social” da loucura produzida por diversas outras instituições, como a polícia, a justiça, a família e a igreja.

Foucault (2002) denominou esta prática sistemática de exclusão e isolamento de grandes segmentos sociais como *O Grande Enclausuramento* ou *A Grande Internação*. Segundo Laia e Aguiar (2017), “o ‘*Grande Enclausuramento*’ não conferia ao louco um perfil que o individualizava, porque o misturava com outras figuras igualmente proscritas para o campo da desrazão” (p.17).

Dessa forma, o hospital passou por um grande período de transição, onde deixou de ter características filantrópicas para assumir funções sociais e políticas. O que podemos apreender desse período é que o processo de internação do louco não se fundamentava em conhecimentos médicos, nem considerava a loucura como uma patologia. O que sustentava a prática da internação era uma dita percepção ligada às leis da moralidade, que se utilizava da razão para distinguir e excluir uma população heterogênea composta por doentes venéreos, sarnentos, prostitutas, sodomitas, devassos, praticantes de feitiçaria, suicidas, libertinos e loucos, que naquele contexto, ainda não tinham estatuto de doentes mentais.

Com a ascensão do capitalismo, começou a se evidenciar que o enclausuramento não era um recurso adequado aos problemas econômicos da época. A população que outrora era considerada inútil, ociosa, indesejável e que deveria ser banida da sociedade, passou a ter algum valor como mão de obra operária, produtora de riqueza ao capital, portanto, útil ao sistema econômico emergente. O capitalismo apresentava como necessidade a transformação da população em força de trabalho produtiva. Diferentemente então das outras figuras da desrazão que foram retornando ao convívio social para se tornarem força de trabalho, os loucos, impossibilitados de trabalhar e vistos como perigosos, acabaram por restar como remanescentes do *Grande Enclausuramento*. E o resultado dessas transformações sociais, políticas e econômicas não foi a libertação dos loucos, mas a manutenção da sua reclusão, porém, em instituições específicas para eles. Dessa forma, nasceram os manicômios, e com eles

a psiquiatria, com a missão de construir um saber “científico” sobre a loucura (LAIA e AGUIAR, 2017, p.18).

Para Foucault (2002), a partir da segunda metade do século XVIII, a loucura começou a se individualizar da desrazão. É nessa mesma época que ocorre o processo de medicalização do hospital. De acordo com Amarante (2019), a medicalização dos hospitais foi um processo que se deu principalmente após a Revolução Francesa, com os médicos começando a ocupar essas instituições com o objetivo de humanizá-las e adequá-las ao espírito da época e ao lema da Revolução Francesa: Liberdade, Igualdade e Fraternidade, que guiou o ideal revolucionário e a democratização dos espaços sociais. Com o surgimento de novas instituições, como orfanatos, reformatórios, centros de reabilitação, escolas normais, casas de correção, dentre outras, o hospital foi perdendo progressivamente sua função de caridade e de controle social para assumir cada vez mais a sua nova finalidade de cuidar dos doentes.

A atuação dos médicos no espaço hospitalar deixou de ser algo esporádico para se tornar uma presença constante. Para Amarante (2019), o processo de medicalização do hospital teve duas faces, pois ao mesmo tempo em que o hospital foi apropriado pela medicina, incorporando-a em sua natureza, e fazendo dele o local de exercício da prática médica por excelência, a medicina sofria as transformações em seu modelo científico que lhe permitiam esse novo espaço: isolar, agrupar e observar as doenças em seu curso e sua evolução, possibilitando assim as condições para o nascimento de uma medicina anatomoclínica: “O hospital tornou-se a um só tempo espaço de exame, espaço de tratamento e espaço de reprodução do saber médico” (p.26).

Foucault (2002) procurou estabelecer as condições históricas, os discursos e as práticas responsáveis pela concepção de loucura nas sociedades ocidentais e, conseqüentemente, o enquadre do louco como doente. Para ele, só é possível falar em doença mental após o século XVIII, momento a partir do qual se iniciou a medicalização dos hospitais e a loucura tornou-se objeto de intervenção médico-psiquiátrica.

De acordo com Laia e Aguiar (2017), Foucault, em *História da Loucura na Idade Clássica* (2002), consegue acabar com a visão romântica dos historiadores da psiquiatria que atribuíam ao surgimento da especialidade e ao gesto mítico de Pinel, um ato libertador, que retirava a loucura do campo da desrazão tornando-a doença e, portanto, objeto de intervenção médica. Para eles, a psiquiatria teria finalmente possibilitado que a loucura fosse reconhecida e tratada em sua verdade: a de doença mental. Foucault nos revela a verdadeira dimensão deste ato, mostrando que os loucos, mesmo libertos das correntes que os confundiam com

outras formas de desrazão, não estavam livres, mas sim acorrentados à categoria de doentes mentais.

Segundo Amarante (2019), o ato de Pinel, desacorrentando os loucos, poderia dar a impressão de que eles teriam sido libertados das correntes e salvos da violência institucional a qual eram submetidos. No entanto, o que realmente aconteceu foi uma mutação da natureza da instituição. Na medida em que os hospitais deixaram de ter características filantrópicas e políticas para se tornarem instituições médicas, os loucos deixaram de ser aprisionados por caridade ou repressão e passaram a ser enclausurados por um imperativo terapêutico.

Foucault é o responsável por registrar nesse gesto mítico de Pinel o marco do aprisionamento do louco pela razão. Para Elisabeth Roudinesco (1994), Foucault foi reprovado pelos historiadores da psiquiatria que viram em sua atitude prometeica uma ameaça, já que “ele lhes tinha não só roubado o objeto do seu desejo como ameaçava tornar inútil sua razão de ser” (p. 13).

Pinel é considerado o fundador da psiquiatria, mas também o principal artífice do método clínico. Ligado ao grupo dos Ideólogos, movimento que representou a síntese das correntes de pensamento inovadoras e radicalizantes que marcaram a França no século XVIII, partilhou com eles princípios metodológicos que estariam na base de todo conhecimento dito científico. Herdeiros da tradição nominalista, eles consideravam que o conhecimento era um processo cuja base era a observação empírica dos fenômenos que constituíam a realidade, cabendo ao estudioso agrupá-los e classificá-los em função de suas semelhanças e diferenças (BERCHERIE, 1989).

Para Bercherie (1989), Pinel inaugurou a exploração sistemática de um campo e a ordenação dos fenômenos que o constituíam, e essa orientação foi a base onde posteriormente se construiu o saber positivo da psiquiatria. Ainda de acordo com o autor, Pinel construiu uma nosografia – uma primeira classificação das enfermidades mentais – e a clínica médica como observação e análise dos fenômenos perceptíveis da doença.

Pinel considerava a alienação mental como uma doença no sentido das doenças orgânicas, um distúrbio das funções intelectuais, isto é, uma afecção do sistema nervoso sem inflamação nem lesão estrutural. Em sua nosografia destacou grandes classes sintomáticas onde a anatomia patológica desempenhava um papel secundário na classificação e as lesões eram apenas contingentes. Ele destacou as neuroses cerebrais e as dividiu em dois tipos: afecções comatosas (abolição da função) e vesânicas (perturbação da função), sendo essa última aquela na qual estava compreendida a alienação mental, ou seja, a loucura propriamente dita. Para ele, a loucura seria um desarranjo das faculdades cerebrais, propondo

para ela três causas: físicas, hereditárias e, as mais importantes e mais numerosas delas, as causas morais. Essa última era proveniente das paixões intensas e muito contrariadas ou prolongadas, dos excessos de todos os tipos, das irregularidades dos costumes e dos hábitos de vida, e da educação perniciososa.

De acordo com Bercherie (1989), o tratamento moral era favorecido por Pinel e seu nome ficou ligado a ele. Para Pinel, na alienação, o espírito perturbado poderia ser reconduzido à razão com o auxílio da instituição de tratamento, e foi essa ideologia que fundamentou sua teoria. Assim, o ambiente do alienado desempenhava um papel crucial no tratamento. Era preciso, primeiro, isolar o doente numa instituição especial para retirá-lo das percepções que haviam gerado a doença e para poder controlar suas condições de vida, sendo submetido a uma disciplina severa e paternal, em um ambiente regido pelas leis médicas, onde o trabalho mecânico e o policiamento interno imperavam na instituição, “em suma, o asilo devia ser um centro de reeducação modelar e panóptico¹⁶ onde a submissão fosse o primeiro passo para a cura” (p. 43).

Pinel cunhou o termo *alienação mental* e consolidou a prática do alienista, fundou também os primeiros hospitais psiquiátricos e introduziu o tratamento moral que tinha como função reorganizar as paixões dos alienados. Através de regras de conduta e medidas como a reeducação, o trabalho e a disciplina, sempre pautados no isolamento do doente, o método tinha como objetivo afastar os delírios e as alucinações, acalmar as paixões e reconduzir os alienados à realidade. Para ele, somente o tratamento moral poderia restituir ao alienado a liberdade subtraída pela perda da razão, sendo a construção pineliana do isolamento uma prática que não se encontra completamente superada até os dias de hoje.

1.2. **Psiquiatria moral versus psiquiatria somática**

Como dito anteriormente, o processo de medicalização dos hospitais consistiu, em um só tempo, na apropriação da instituição pelo saber médico e na transformação do modelo científico da medicina, que permitiu o nascimento do método anatomoclínico.

¹⁶ O autor faz menção à instituição descrita por J. Bentham – cf. Foucault, *Surveiller et Punir* [Vigiar e Punir (1975)].

“Abram alguns cadáveres!” foi a frase proferida por Bichat¹⁷ (1771 - 1802) aos médicos de sua época. Para Foucault (2018), Bichat soube reconhecer no cadáver o objeto de sua análise, um livro aberto à leitura dos processos da vida, da doença e da morte. Bichat se valeu de Pinel, porém distanciou-se dele para postular os princípios básicos do método anatomoclínico, onde o quadro era explicado pela lesão local que se faria manifestar no exterior.

De acordo com Birman (1978), desde suas origens, a teoria da alienação mental procurou definir o que seria da ordem do físico e o que seria da ordem das paixões, girando fundamentalmente em torno da determinação dos lugares dos fenômenos físicos e morais.

Instituída como prática médica na virada do século XVIII para o século XIX, nem sempre, em sua história, a psiquiatria foi reconhecida pela medicina como um saber pertencente ao seu campo. A chamada medicina mental não conseguia se legitimar enquanto uma prática verdadeiramente médica, já que a alienação mental não podia se enquadrar em uma anatomia patológica, ou seja, não havia lesões anatômicas que pudessem justificar a presença dos sintomas, não sendo possível verificar a hipótese da causalidade somática para o campo da loucura. Enquanto isso, seu limitado arsenal terapêutico se restringia à exclusão sistemática da loucura do campo social. Para Birman (2006), é preciso destacar a dimensão de paradoxo que marca o saber psiquiátrico desde os seus primórdios.

Enunciar, então, que os loucos eram doentes era uma pretensão inteiramente vazia e sem qualquer sentido, já que os corpos dos alienados permaneciam sempre mudos, não revelando qualquer alteração anatômica. Os cadáveres, abertos pelas autópsias, nada revelavam quanto a isso. Não podendo se verificar então a hipótese da anatomoclínica para o campo da loucura (BIRMAN, 2006, p. 14).

Em 1822, Antoine Laurent Bayle (1799 – 1858), médico francês, foi o primeiro a fornecer uma descrição abrangente da paralisia geral, também chamada na literatura médica de demência paralítica, paralisia geral dos loucos ou *maladie de Bayle*. A descoberta de uma inflamação das meninges como a causa da paralisia geral causou “uma reviravolta completa na ciência das doenças mentais” (BERCHERIE, 1989, p. 83), renovando as pretensões médicas da psiquiatria.

¹⁷ Marie François Xavier Bichat foi um médico, anatomista e fisiologista francês, exercendo a medicina no *Hôtel-Dieu*, em Paris, foi considerado o pai da moderna histologia e patologia dos tecidos.

O que Bayle efetivamente descreveu, e pela primeira vez na história da psiquiatria, foi uma entidade mórbida que se apresentava como um processo sequencial, desenrolando no tempo diversos quadros clínicos sucessivos que alguns pequenos sinais diferenciavam de outros semelhantes, associando sinais psíquicos e físicos simultâneos e repousando numa base anatomopatológica unívoca (BERCHERIE, 1989, p. 87).

Porém, como nos afirma Birman (2006), a pesquisa das lesões manteve-se restrita às perturbações demenciais e às psicoses sintomáticas, deixando de fora o campo da loucura propriamente dita, ou seja, as psicoses cuja perturbação do espírito caracterizava-se pelas produções delirantes e alucinatórias, onde se condensava o que havia de mais estranho e enigmático na experiência da loucura.

Durante todo o século XIX, a psiquiatria sentiu-se incômoda dentro do campo médico por não se adequar ao mesmo e, para minimizar esse incômodo, atribuía seu fracasso à precariedade dos métodos de investigação existentes que não seriam capazes ainda de identificar tais lesões.

Para o conjunto dos alienistas de então, a psiquiatria era um ramo da neurologia: um tanto prima pobre, devido suas dificuldades em fornecer a si mesma uma verdadeira fundamentação anatomopatológica, e também um pouco prima rica, já que tinha a ver com as perturbações das funções mais complexas e mais apaixonantes do sistema nervoso central. Idealmente, portanto, a psiquiatria retornaria, em prazo mais ou menos longo à neurologia, e com isso, à patologia geral: aliás, parte desse projeto já parecia ter sido realizada com as doenças mentais sintomáticas (...) dentre as quais a paralisia geral permanecia como modelo inigualado (posto que delimitado pela clínica e pela anatomopatologia) (BERCHERIE, 1989, p. 133).

De acordo com Birman (1978), podemos dividir a psiquiatria da época em duas correntes: de um lado, aqueles que encaravam a doença mental como sendo uma enfermidade corporal; e de outro, os que a definiam como sendo uma doença das paixões, gerada pela desregulação afetiva do indivíduo. Estas duas concepções estabelecidas eram denominadas de *escola somaticista* e *escola psicológica*, respectivamente.

A escola psicológica colocava um problema para a psiquiatria, pois se esta pretendia ser um ramo da medicina, seria necessário que a alienação mental fosse uma enfermidade com um corpo anatomopatológico. Por outro lado, a escola somaticista, não conseguia se legitimar frente à medicina como se inscrevendo em seu campo, pois a alienação mental não podia ser reduzida a padrões das enfermidades somáticas, que pautadas pela anatomia patológica, procuravam articular os sintomas à materialidade física das lesões corporais.

Como nos afirma Birman (2006), a psiquiatria ficava desse modo, em uma posição de ilegitimidade diante da medicina somática e este impasse teórico se desdobrava em impossibilidades terapêuticas evidentes, pois o tratamento moral evidenciava, além de sua

total ineficácia, a violência com que o Ocidente se defrontava com os indivíduos que perdiam a razão, isso porque a loucura era reconhecida como pura negatividade, não se admitindo nenhuma positividade subjetiva nessa experiência. Os asilos psiquiátricos tornaram-se então o espaço para a exclusão social da loucura. A psiquiatria da época identificou-se inteiramente com o ideário do confinamento e foi no lugar do silêncio e da exclusão dados à subjetividade que a psiquiatria se constituiu como um saber.

Para Foucault (2002),

A ciência das doenças mentais, tal como se desenvolve nos asilos, pertencerá sempre à esfera da observação e da classificação. Não será diálogo. E não poderá ser verdadeiramente um diálogo a não ser no dia em que a psicanálise tiver exorcizado esse fenômeno do olhar, essencial para a loucura do século XIX, e quando ela tiver substituído sua magia silenciosa pelos poderes da linguagem (p.482).

Portanto, foi preciso aguardar até que Freud, ao final do século XIX, trouxesse outra forma de leitura sobre a loucura ao enunciar a presença de sentido no delírio, localizando este como uma tentativa de cura dos sujeitos psicóticos. Desse modo, Freud reconheceu na experiência da loucura uma forma de subjetivação, uma positividade, retirando dela o seu caráter de pura negatividade. Em 1911, ao analisar o caso Schreber, Freud (1911/2006) nos diz: “A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (p. 78). Para Birman (2006), “a psicanálise trouxe uma leitura efetivamente inovadora da loucura, refundando os saberes sobre esta. Isso porque reconheceu a positividade presente nesta experiência limite da condição humana” (p. 16).

1.3. A descoberta de Freud

A clínica médica e a clínica psiquiátrica estão imbricadas desde suas origens. O termo psicopatologia é tributário da clínica psiquiátrica e o seu surgimento remonta à psiquiatria clássica. A psicanálise tem as suas origens ligadas à medicina, mais especificamente à neurologia, mas não deixa de estar também relacionada à clínica psiquiátrica, o que é possível observar no uso dos termos originários da psiquiatria clássica como neurose e psicose, que são tomados emprestados por Freud. Portanto, medicina, psiquiatria e psicanálise têm seus percursos entrelaçados de forma a não ser possível desvincular a história de uma com a história das outras.

As relações estabelecidas entre psicanálise e medicina são múltiplas e complexas, o que levou Lacan, em 1975, em uma conversa com os estudantes da Universidade de Yale, a chamar a psicanálise de *a última flor da medicina*. A psicanálise se forjou dentro do campo médico, no final do século XIX, com a construção do discurso freudiano. Diante disso podemos afirmar que as relações com a medicina foram constituintes da psicanálise.

A psiquiatria surgiu lentamente de um esforço de conhecimento e ordenamento do mundo da patologia mental e da loucura, pela sua observação clínica. Os primeiros psiquiatras, os alienistas, tinham como principal objetivo isolar, reunir, definir e tratar a chamada loucura. E isso só era possível, à época, graças aos grandes asilos, hospitais destinados ao tratamento dos ditos insensatos.

De acordo com Nicolas Gougoulis (2008), não é possível se referir à psiquiatria do final do século XIX sem analisar as particularidades deste termo à época. A psiquiatria enquanto profissão nasce um pouco antes da psicanálise e o seu surgimento é complexo. Para o autor, podemos analisar a psiquiatria da França e da Alemanha, do final do século XIX, dividida da seguinte forma: de um lado, havia os alienistas, os *médicins des hôpitaux*¹⁸, médicos que se dedicavam ao estudo das patologias mentais e dos cuidados que elas requeriam; do outro lado, havia os neurologistas, *médicins de ville*¹⁹, que se ocupavam das doenças dos nervos e psiconeuroses.

Ao mesmo tempo, se desenvolvia na França e na Alemanha uma medicina universitária, onde os titulares das cátedras desenvolviam um ensino e uma pesquisa, ao oposto dos psiquiatras de asilo, que se ocupavam do cotidiano dos alienados. A psiquiatria universitária favorecia uma prática ambulatorial e tentava colocar ordem teórica no caos de uma patologia mal definida: a doença nervosa. O mundo da *meia-loucura*²⁰ em oposição ao da loucura dos insensatos, tornou-se um rico terreno de observação clínica, mas também de querelas, sendo nesse contexto que Freud desenvolveu seus primeiros anos de estudo (GOUGOULIS, 2008).

Segundo Gougoulis (2008), após se formar médico pela Universidade de Viena, em 1881, a via da pesquisa universitária não era um caminho possível para o jovem Freud, pois

¹⁸ *Médecin des hôpitaux* corresponde, aproximadamente, a um médico veterano em sua atividade e que trabalhava nos grandes hospitais.

¹⁹ *Médecin de ville* designa os profissionais liberais de saúde, os médicos que trabalhavam em seus consultórios, na cidade, fora dos hospitais.

²⁰ No texto original, em francês, o termo empregado é *demi-folie* para designar as psiconeuroses, em oposição às psicoses.

somente o acesso a uma especialização poderia lhe permitir sair do anonimato e pertencer à elite médica vienense. Ele então realizou quatro anos de estudos no hospital geral, sendo um semestre a cargo do psiquiatra Theodor Meynert. Nessa época, Freud era um *interniste*²¹, em especialização nas chamadas doenças nervosas, e um dos melhores, ao ponto de ganhar uma bolsa de estudos concedida pelo Fundo Jubileu Universitário.

Por sugestão de seu professor de fisiologia Ernest von Brücke, Freud decide dirigir-se a Paris, entre outubro de 1885 e março de 1886, para realizar um estágio de alguns meses com Jean-Martin Charcot (1825 - 1893) no *Hôpital de la Salpêtrière*. Nessa época, Charcot, médico neurologista, já era considerado um grande mestre, com uma carreira de prestígio, sendo reconhecido como um notório clínico e professor de medicina em toda Europa.

Charcot havia dedicado toda sua carreira a estudar as grandes síndromes neurológicas, porém, quando Freud chega a Paris, Charcot estava trabalhando com as pacientes histéricas na *Salpêtrière*, utilizando-se principalmente das técnicas da hipnose e da sugestão, e é nesse contexto que Freud dá início aos seus estudos com o grande mestre neurologista.

O acaso fez com que, na Salpêtrière, o prédio de Sainte-Laure se achasse em tal estado de decrepitude, que a administração hospitalar teve de mandar evacuá-lo. Esse prédio pertencia ao Serviço de Psiquiatria do Dr. Delasiauve. Era ali que ficavam hospitalizadas as epiléticas e as histéricas, misturando-se com as alienadas. Os administradores aproveitaram a evacuação do prédio para *finalmente separar* das alienadas as epiléticas não alienadas e as histéricas, e, como essas duas categorias de pacientes apresentavam crises convulsivas, eles julgaram lógico reuni-las e criar para elas um *setor especial*, sob o nome de “Setor das epiléticas simples”. Sendo Charcot o mais antigo dos médicos da Salpêtrière, esse novo serviço lhe foi automaticamente confiado. Foi assim, que, involuntariamente, por força das circunstâncias, Charcot viu-se mergulhado em plena histeria²² (DIDI-HUBERMAN, 2015, p. 37, grifos do autor.).

Charcot tinha como inspiração as práticas clínicas realizadas por Franz Anton Mesmer (1734 - 1815), médico austríaco do século XVIII, fundador da *teoria do magnetismo animal* ou *mesmerismo*, que empreendia “curas milagrosas” aos seus pacientes. Em sua teoria, Mesmer postulava que o *fluido vital* seria uma energia que ao ficar bloqueada causaria doenças, o tratamento consistia em fazer com que essa energia fosse novamente mobilizada, gerando a cura. O suposto *magnetismo animal* ou *fluido vital*, um estado particular de fluido universal, poderia ser mobilizado e redirecionado com a utilização da água e de imãs. Mesmer fez fama aplicando seus métodos em Paris e seu tratamento ficou conhecido rapidamente em

²¹ Médico recém-formado, residente.

²² Nota do autor: Marie, citado em G. Guillaín, *J.-M. Charcot (1825-1893). Sa vie. Son oeuvre*, Paris, Masson, 1955, p. 134-135.

toda a França, especialmente entre as pessoas mais pobres, tornando-se um grande espetáculo mundano, ao ponto de multidões se aglomerarem em frente ao seu palácio na *Place Vandôme*, em busca da solução para suas doenças (JORGE, 2017).

Mesmer parece ter previsto a dimensão da transferência em seus tratamentos, no qual a sugestão era o motor de suas curas, estabelecendo a mediação da água e do imã entre as figuras do médico e do paciente, potencializando a influência do médico sobre o doente. Por não serem cientificamente fundamentadas, após algum tempo, as curas de Mesmer foram interditadas pela Academia de Ciências após algum tempo. Acusado de charlatanismo, foi perseguido, refugiando-se na Áustria, onde faleceu (BIRMAN, 2010; JORGE, 2017).

Puységur (1751 – 1826), o mais reputado aluno de Mesmer, descobriu o *sonambulismo magnético*, um estado provocado, que James Braid, médico cirurgião escocês, substituiu pelo termo hipnotismo, em 1841. Braid foi o responsável por aplicar a técnica de olhar fixamente para um objeto brilhante e, sob a influência da frenologia²³ de Gall (1758 – 1826), substituiu a teoria do fluido pela teoria “psico-neuro-fisiológica”, onde uma estimulação físico-psíquica da retina agiria no sistema nervoso produzindo o hipnotismo (SAURET, 2006).

Em 1848, quando ainda era um residente, Liébault²⁴ (1823 – 1904) se interessou pela hipnose e, em 1860, abandonou a medicina clássica para se dedicar ao tratamento hipnótico. Liébault chegou à conclusão de que não era a ação física que constituía o fator hipnotizante, mas um processo psicológico, a “sugestão verbal²⁵”. Em 1882, o Professor da Faculdade de Medicina de Nancy, Hippolyte Bernheim, se interessou pelos resultados obtidos por Liébault, reconheceu seu potencial. Bernheim tornou-se chefe da Escola de Nancy, responsável pela repercussão mundial da pesquisa em hipnose (SAURET, 2006).

Após o fracasso das teorias de Mesmer, as práticas hipnóticas e sugestivas foram colocadas sob suspeita, sendo resgatadas por Charcot, em 1878, com sua indiscutível autoridade científica. Sua comunicação, em 1882, na Academia de Ciências, foi a responsável

²³ A frenologia, atualmente considerada uma pseudociência, surgiu com o alemão Franz Joseph Gall em 1796, e pretendia explicar o caráter do indivíduo, sua personalidade, faculdades e aptidões mentais através da forma, protuberâncias e depressões do crânio. A frenologia exerceu influência na psiquiatria e psicologia do século XIX, porém, seu rigor metodológico era questionável, até mesmo para os padrões da época, sendo, já naquele tempo, considerada pseudocientífica por diversos autores.

²⁴ Ambroise-Auguste Liébault foi um médico francês, considerado fundador da primeira escola de hipnotismo, a "Escola de Nancy".

²⁵ Nota do autor : Cf. *Du sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique*, Victor Masson et fils, libraires-éditeurs, Paris, 1866.

por retirar do limbo a prática da hipnose que havia sido condenada desde quando Mesmer fora considerado um farsante (BIRMAN, 2010; JORGE 2017).

Freud escreve, em julho de 1886, no *Prefácio à Tradução das Conferências Sobre as Doenças do Sistema Nervoso, de Charcot*, que no inverno de 1885, quando chegara ao *Hôpital de la Salpêtrière*, pôde constatar que Charcot havia se afastado do estudo das doenças nervosas baseadas em alterações orgânicas para dedicar-se, exclusivamente, ao estudo das neuroses, em especial da histeria.

O interesse geral de Charcot havia se voltado para a histeria, a mais enigmática de todas as doenças nervosas, para qual a medicina ainda não havia encontrado nenhuma explicação e, por este mesmo motivo, acabara caído no mais completo descrédito que se estendia não só aos pacientes, mas também aos médicos que por ela se interessavam (FREUD, 1893a/2006).

Para Freud (1893b/2006), todo o avanço na compreensão da manifestação histérica se deu devido ao trabalho de Charcot, que no final do século XIX, voltou toda sua atenção para a patologia, numa série de pesquisas em que obteve total êxito ao demonstrar a regularidade de leis que regiam os fenômenos histéricos, onde as pesquisas clínicas da época, insuficientes ou pouco interessadas, viam apenas casos de simulação da doença ou exceção à regra.

Foram pelos impasses encontrados pelo discurso da clínica face à histeria, impasses esses de ordem etiológica, diagnóstica e terapêutica, que o campo da histeria se deslocou do discurso da clínica médica para o da neurologia. Foi pela indiscutível autoridade clínica e institucional de Charcot, que era então professor da Faculdade de Medicina de Paris, que este deslocamento se realizou, na medida em que aquele tomou para si o desafio teórico de elucidar a problemática da histeria (BIRMAN, 2010, p. 18).

Charcot já trabalhava sob a égide do quadro de Fleury (Figura 2), como nos afirma Freud (1983a/2006). Para ele, Charcot repetira, em menor grau, o ato de libertação de Pinel²⁶ - cujo quadro pendia na parede da sala de conferências da *Salpêtrière* - ao retirar das histéricas o estigma de simuladoras, jogando “o peso de sua autoridade em favor da autenticidade e objetividade dos fenômenos histéricos” (p. 28).

²⁶ O mesmo gesto mítico realizado por Pinel em 1793, em *Bicêtre*, será repetido em 1795, na *Salpêtrière*, asilo de mulheres em Paris, local em que Pinel trabalhou por 31 anos e onde, sob seu olhar, as alienadas foram libertas de suas correntes, como registrado na obra de Robert-Fleury em 1876.

Figura 2. Tony Robert-Fleury (1838-1911), *Pinel, médecin en chef de la Salpêtrière, délivrant les aliénés de leurs chaînes*



Fonte : Biblioteca Charcot, Hospital da *Salpêtrière*, Paris.

A postura de Charcot impressionou Freud de tal maneira que seus planos de estudos em Paris se restringiram ao hospital no qual o grande mestre lecionava. Em 1886, Freud escreve em seu *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim*, que a atração que a personalidade de Charcot exerceu nele foi tamanha, que o levou a limitar suas visitas a um único hospital e a buscar os ensinamentos de um único homem.

No mesmo relatório, Freud também fala que Charcot costumava dizer que o “trabalho da anatomia estava encerrado e que a teoria das doenças orgânicas do sistema nervoso podia ser dada como completa: o que precisava ser abordado a seguir eram as neuroses” (FREUD, 1956[1886]/2006, p. 44).

James Strachey, em 1956, diz em nota à *Standard Edition* das Obras Psicológicas de Freud, que esse relato de Freud sobre sua permanência em Paris marca o desvio dos interesses científicos do mesmo, que passara a se dedicar à psicologia em detrimento da neurologia. Para Strachey (1956/2006).

É de conhecimento geral a importância que o próprio Freud sempre atribuiu aos seus estudos com Charcot. Esse relatório mostra com a maior clareza que suas experiências no Salpêtrière constituíram um momento de decisão. Quando chegou a Paris, seu “tema de eleição” era a anatomia do sistema nervoso; ao partir, sua mente

estava povoada com os problemas da histeria e do hipnotismo. Dera às costas à neurologia e se voltava para a psicopatologia (p. 38).

Uma das coisas que Freud conseguiu apreender desse período em Paris, foi a delimitação da histeria como campo de estudo e o método da hipnose e da sugestão como terapêuticas. Freud se interessou pela hipnose, mas se o encontro com Charcot despertou outro interesse em Freud, foi alguma coisa que suas ideias, certamente, já perseguiam. Se esse encontro com Charcot transformou o seu destino, foi porque, com ele, ficou claro para Freud a dimensão do impasse colocado pela histeria para a medicina.

De acordo com Ola Andersson (apud Jorge 2017), Freud esteve exposto a duas vertentes científicas distintas: as de Theodor Meynert, psiquiatra, seu professor na Universidade de Viena, cuja teoria e explicações para os distúrbios psíquicos eram de origem anatomofisiológicas, a partir das quais sua pesquisa buscava definir uma etiologia orgânica das doenças mentais; e as de Jean-Martin Charcot, neurologista que sustentava a primazia da observação clínica independente da relação à medicina teórica, ou seja, à anatomia e fisiologia. Com Charcot, Freud aprende a valorizar, sobretudo, a experiência clínica, sendo dele que Freud apreende o dito: “*La théorie, c’est bon, mais ça n’empêche pas d’exister*”²⁷ (JORGE, 2017, p. 21-22).

Ao retornar a Viena, Freud se instala como *médecin de ville*, com uma especialização para o tratamento de doenças nervosas, e rapidamente se distancia das hipóteses anatomoclínicas e, sobretudo, das teorias degenerativas. Ele começa a aplicar os métodos que havia aprendido: eletroterapia, hidroterapia, técnicas sedativas e, claro, a hipnose. Freud era um aluno brilhante, armado da bagagem teórica e prática de ponta da sua época. Se ele deixou a pesquisa universitária e optou por uma carreira de *spécialiste de ville*, ele seguramente guardou sua ambição e seu desejo de compreender o objeto de seu estudo que, mais tarde, denominou *funcionamento psíquico*. Freud possuía a curiosidade e a tendência, próprias do seu século, de ir mais além das aparências e de descobrir as leis ocultas dos fenômenos psíquicos, assim como Darwin, que procurou as leis ocultas do processo de evolução das espécies, e Charcot, que pesquisou as leis ocultas da histeria (GOUGOULIS, 2008).

Freud, o jovem especialista em doenças nervosas, aluno do psiquiatra Meynert e do neurologista Charcot, herdeiro das principais correntes de pensamento médico do século XIX, se encontra com as patologias nervosas, com a histeria, e o mundo da *meia-loucura*. Esse encontro marca a abertura de uma síntese teórica: a invenção da psicanálise, mas também da

²⁷ “A teoria está muito bem, mas isso não impede que os fatos existam” (tradução do autor).

psiquiatria moderna e da prática psiquiátrica ambulatorial – fora dos grandes asilos – como a conhecemos hoje (GOUGOULIS, 2008).

Para Georges Didi-Huberman (2015), Charcot ficou conhecido como o fundador da neurologia, mas também por ter aberto caminho para a psiquiatria de hoje: “do ponto de vista terapêutico, ele preconizou com toda a justiça, antes dos tempos atuais, o isolamento dos doentes, a persuasão, os agentes físicos, a eletrização” (GUILLAIN apud DIDI-HUBERMAN, 2015, p. 39).

Segundo Gougoulis (2008), podemos compreender as divergências dos modelos teóricos daquela época a partir de diversas oposições. A primeira delas em função das profissões: médicos ambulatoriais *versus* alienistas ou medicina universitária *versus* medicina asilar; a segunda em função das patologias encontradas: psiconeuroses *versus* psicoses; e por fim, em função dos métodos terapêuticos: persuasão *versus* sugestão.

De um lado existia a tradição do tratamento moral pineliano, revisto e reatualizado através dos alienistas, onde a ação terapêutica se passava ao nível da consciência e nela residia todo o interesse da abordagem. Para os alienistas seria possível entrar em comunicação mesmo com o espírito mais perturbado. Os loucos guardariam uma parte de lucidez que um médico hábil, paciente e benevolente poderia mobilizar e persuadir no sentido da cura. De outro lado, a sugestão, hipnótica ou não, dava provas de uma eficácia mais espetacular, mais rápida, mas frequentemente inconstante. Aqui o problema da consciência era colocado entre parênteses, e o que ficava claro era a utilização da subordinação de parte da vontade do paciente à do médico. Portanto, o que aparece neste momento é uma oposição fundamental teórica e ética entre persuasão e sugestão, uma e outra defendendo até o fim suas práticas e teorias. Mesmo que reconhecessem a parte de relevância contida na outra, não conseguiam alcançar uma síntese entre as duas. Sendo a psicanálise de Freud que vai surgir como uma composição totalmente original entre persuasão e sugestão (GOUGOULIS, 2008).

Ao retornar a Viena, Freud vai gradativamente abandonando a técnica da hipnose, abrindo a via para outra clínica, a clínica da escuta, sendo este ato concomitante ao início da criação da psicanálise.

Em *Tratamento Psíquico (ou Anímico)*, texto publicado pela primeira vez em 1890, Freud já apontava as limitações da hipnose e da técnica da sugestão, e o início de um rompimento com as mesmas, como também já delineava sua diferença teórica com o discurso da medicina moderna, enfatizando o poder da palavra no tratamento físico e mental. Nesse ensaio, ainda no início de seu percurso teórico, já é possível observar a importância que Freud dá ao uso da linguagem na terapêutica das diferentes enfermidades.

Um desses meios é, sobretudo, a palavra, e as palavras são também a ferramenta essencial do tratamento anímico. O leigo por certo achará difícil compreender que as perturbações patológicas do corpo e da alma possam ser eliminadas através de “meras” palavras. Achará que lhe estão pedindo para acreditar em bruxarias. E não estará tão errado assim: as palavras de nossa fala cotidiana não passam de magia mais atenuada. Mas será preciso tomarmos um caminho mais indireto para tornar compreensível o modo como a ciência é empregada para restituir às palavras pelo menos parte de seu antigo poder mágico (FREUD, 1905[1890]/2006, p. 271).

Neste momento, o discurso freudiano já empreendia uma crítica ao paradigma positivista presente no discurso da medicina científica, enunciando como a medicina, ao longo de sua história anterior ao século XIX, centrava-se em práticas discursivas com fins terapêuticos que foram posteriormente abandonadas. Foi apenas com a emergência da medicina científica que teria se produzido um deslocamento na história da própria medicina visto que ela “retirou o privilégio outrora conferido às práticas languageiras e passou a valorar as práticas centradas na *objetivação* da enfermidade, numa perspectiva anatomoclínica” (BIRMAN, 2010, p. 23, grifos do autor.).

Só em época recente, além disso, os médicos de formação científica aprenderam a apreciar o valor do tratamento anímico. Isso se esclarece facilmente ao pensamento no curso do desenvolvimento da medicina neste último meio século. Após um período bastante infrutífero de dependência da chamada filosofia da natureza, a medicina, sob influência propícia das ciências naturais, fez seus maiores progressos (...). Todos esses progressos e descobertas diziam respeito ao aspecto físico do ser humano, e assim, em consequência de uma linha de raciocínio incorreta, mas facilmente compreensível, os médicos passam a restringir seu interesse ao corporal e de bom grado deixaram aos filósofos, a quem menosprezavam, a tarefa de se ocuparem do anímico (FREUD, 1905[1890]/2006, p. 271-272).

Como nos contextualiza Marco Antonio Coutinho Jorge (2017), a psicanálise surgiu no momento em que a medicina começava a se impor enquanto um campo de aplicação prática de diversas ciências, fato que constitui a atualidade da medicina moderna. Portanto, a chegada da psicanálise não poderia deixar de representar para o espírito médico da época “como uma espécie de retrocesso às especulações filosóficas e místicas da chamada ‘filosofia da natureza’ nas quais a medicina estivera mergulhada em uma época imediatamente anterior” (p.19).

Freud nos diz que o efeito do físico sobre o anímico sempre esteve presente na medicina, porém, que o seu oposto, o efeito do anímico sobre o corpo, encontrou pouca aceitação aos olhos dos médicos. Para Freud, eles pareciam temerosos de conceder certa autonomia à vida anímica, como se fossem, com isso, abandonar o terreno da cientificidade. Apesar do ideal de cientificidade presente em toda sua obra, é justamente Freud quem rompe

com esta lógica médica científicista ao trazer de volta a importância da palavra no tratamento psíquico.

Para ele, essa orientação unilateral da medicina para o aspecto físico passou por uma modificação no momento em que os médicos começaram a se deparar com uma série de fenômenos, para os quais a teoria médica anatomoclínica não tinha uma explicação.

Ocorre que há um grande número de doentes de maior ou menor gravidade, que, por seus distúrbios e queixas, fazem grandes exigências à habilidade do médico, mas em quem não se encontram sinais visíveis e palpáveis do processo patológico, seja durante a vida ou depois da morte. Apesar de todos os progressos dos métodos de investigação da medicina científica (FREUD, 1905[1890]/2006, p. 272).

Segundo Freud (1905[1890]/2006), esses pacientes se desatacavam por apresentarem sintomas físicos abundantes e variados como dores de cabeça, dificuldades digestivas, paralisias de membros, dores nos olhos, nas pernas, espasmos gástricos, enfim, uma ampla gama de sintomas para os quais nenhuma alteração ou lesão física dos órgãos era encontrada. Sendo que a investigação médica desses fenômenos terminou por mostrar que esses doentes não deveriam ser considerados doentes gástricos, dos olhos, ou similares, mas sim, que nesses pacientes, o que acontecia era uma doença do sistema nervoso como um todo.

Coube aos médicos tentar decifrar a natureza e a origem das manifestações patológicas nesses doentes dos nervos. E a descoberta a qual se chegou foi a de que na grande parte desses enfermos, “os sinais da doença não provinham de outra coisa senão uma *influência modificada da vida anímica sobre seu corpo*, devendo-se, portanto, buscar no anímico a causa imediata da perturbação” (FREUD, 1905[1890]/2006, p. 273-274 grifos do autor.).

Como nos afirma Birman (2010), é a ruptura de Freud com a medicina que inaugura a psicanálise, pois ao se deparar com os sintomas histéricos que não se moldavam pelo corpo anatômico, mas sim pelo corpo representado, a psicanálise marca sua radical distinção face à medicina. O percurso inovador de Freud consistiu em demonstrar que os sintomas presentes na histeria não se moldavam pelo corpo anatômico, mas sim por algo além desse corpo fisiológico, realizando uma crítica ao discurso anatomoclínico vigente na época, delineando as condições para a construção do discurso psicanalítico.

O discurso freudiano, portanto, já realizava aqui a crítica do discurso da anatomoclínica, indicando por onde passavam seu impasse e seu obstáculo teóricos para poder interpretar devidamente a produção sintomática da histeria. Enfim, a *desconstrução* sistemática do discurso da anatomoclínica começou então a se delinear decididamente, como condição de possibilidade para a construção do discurso psicanalítico (BIRMAN, 2010, p. 20, grifos do autor.).

Foi por sua inserção no campo da neurologia, mas também da psiquiatria, que Freud teve o encontro definitivo com a problemática da histeria, a partir da qual pôde desenvolver sua teoria e prática psicanalíticas. Se a histeria colocava impasses ao discurso médico era devido ao fato de que nenhuma lesão anatômica dava conta de explicar a múltipla produção sintomática presente nas pacientes histéricas.

Portanto, é inerente à psicanálise, desde seu surgimento, a sua estreita relação com a medicina, mas Freud, ao abandonar a técnica da hipnose e a utilização da sugestão no tratamento das pacientes histéricas, passa a não se voltar mais para os sintomas e sim para a fala que existia para além deles, inaugurando uma clínica que tinha como base fundamental o discurso dos seus pacientes. Foi escutando as histéricas e se opondo ao modelo médico vigente, anatomoclínico e puramente descritivo dos sintomas, que ele rompe com a ordem médica e inaugura uma prática que passa a dar ouvidos àquilo que o discurso médico prima por excluir: o sujeito, aqui entendido como sujeito do inconsciente.

2. MEDICINA, PSIQUIATRIA E PSICANÁLISE

2.1. O sujeito entre a psicanálise e a ciência

Afirmamos, no capítulo anterior, que a psicanálise leva em conta aquilo que ela conceitua como sujeito. Desse modo, torna-se preciso, primeiramente, delimitar a que esse termo se refere, diferenciando-o da concepção de sujeito da ciência, levado em conta pelo saber médico.

Freud não construiu o conceito de sujeito em sua teoria, e suas referências ao termo costumavam estar associadas à de autor da ação. No entanto, é possível afirmar que a referência a que Lacan posteriormente denominou de sujeito - distinguindo-o do eu, do ego e da consciência - já residia nas entrelinhas do texto freudiano desde seu início. Para Elisabeth Roudinesco e Michel Plon (1998), Freud empregou o termo, mas somente Lacan, entre 1950 e 1965, “conceituou a noção lógica e filosófica do sujeito no âmbito de sua teoria do significante, transformando o sujeito da consciência num sujeito do inconsciente, da ciência e do desejo” (p. 742).

Lacan, em seu texto *A ciência e a verdade* (1966a/1998), nos diz que para que haja o nascimento de uma ciência faz-se necessário certa redução, e que essa redução constitui o seu objeto. Isso, ele nos fala, é o que a epistemologia se propõe a fazer, porém sem muito sucesso. Lacan nos aponta também que o surgimento do que ele nomeia como sendo “A ciência”, no sentido moderno, representa um corte - com o surgimento da lógica matemática - que determinou o lugar que a ciência passou a ter no mundo. A partir de então, a ciência moderna vai se colocar de forma cada vez mais expansiva e ampliada, sendo, até a atualidade, a referência mais essencial à nossa civilização ocidental, tornando-se impossível pensar a clínica e a psicanálise sem levar em conta esse discurso científico e seus efeitos.

Desde a perspectiva lacaniana, a ciência moderna é um discurso inaugurado por meio da proposição cartesiana conhecida como *cogito*. Para Lacan, é em torno da noção de sujeito definida pelo seu advento com o *cogito* cartesiano que as relações entre psicanálise e ciência podem ser traçadas, sendo o sujeito o ponto de convergência e também de disjunção (VORSATZ, 2015). É a partir do advento da ciência moderna que se torna possível situar o sujeito da psicanálise, pois a sua práxis (a psicanalítica) “não implica outro sujeito senão o da ciência” (LACAN, 1966a/1998, p. 878). Portanto, o sujeito da psicanálise não pode ser outro

que o sujeito da ciência, embora esta última não o leve em consideração para articular o saber decorrente de sua prática. “A psicanálise opera com o sujeito, o mesmo da ciência, que, no entanto, sobre ele nada opera” (ALBERTI; ELIA, 2008, p. 784).

Descartes, ao introduzir a dúvida como método, através do enunciado “Penso, logo sou” (*Cogito, ergo sum*), promove a separação entre pensamento (*res cogitans*) e corpo (*res extensa*) e fundamenta o discurso da ciência no qual a psicanálise também se inscreve. Esse modelo psíquico fundado no *cogito* supõe a existência do sujeito primordialmente no registro do pensamento, ou seja, centrada no eu e na consciência. Mas como seria possível pensar a ciência a partir da psicanálise?

O *cogito* cartesiano representa a um só tempo “um momento do sujeito, historicamente definido e correlato essencial da ciência” (LACAN, 1966a, p. 870), que tem na física o seu paradigma com o exílio do corpo em relação ao pensamento. Lacan, ao falar sobre as consequências, na medicina científica, desse divórcio entre corpo e pensamento, propõe a expressão *falha epistemo-somática*, pois para ele, o hiato entre saber e *soma* (corpo) “se expandiria proporcionalmente ao progresso da ciência, como testemunha de que nenhuma biologia, por mais sofisticada que seja, pode apreender inteiramente o corpo dos seres falantes” (POLLO, 2004, p.15).

Sonia Alberti (2000) nos diz que a psicanálise é derivada da ciência por se ater às determinações científicas criadas por Descartes, segundo as quais, existe um pensável e um impensável, um dizível e um indizível, um conceituável e um impossível de conceituar, e que a psicanálise se distingue desta mesma ciência por se ocupar justamente do impensável, do indizível e do impossível de conceituar, estando do lado do real²⁸ do sujeito. E aponta também que, para a ciência, o sujeito é apenas uma variável passível de mensuração, e que esse não é o sujeito da psicanálise: “o sujeito da psicanálise é o sujeito da fala, sempre cindido, sempre da paixão (do *pathos*, ele sofre)” (p. 55).

Para Alberti e Elia (2008), o cogito cartesiano fez surgir um substituto metafórico do objeto, ou seja, a possibilidade de representação do objeto. De um lado existe o objeto real e de outro sua reprodução enquanto um conceito, como, por exemplo, uma estrela no céu e sua concepção no papel do astrônomo em substituição ao objeto real, ou como o quadro do pintor

²⁸ Introduzido por Lacan em 1953, em uma conferência intitulada “O Simbólico, o Imaginário e o Real”, o real é um conceito que só é possível de ser entendido em sua relação com o simbólico e o imaginário. Definido como o que é impossível de simbolizar, ou seja, como o que escapa à apreensão do simbólico, o real não se pode dizer, nem escrever, sendo da categoria do impossível, irredutível ao sentido e inapreensível por uma representação imaginária unívoca.

surrealista René Magritte²⁹, onde o cachimbo desenhado é apenas uma representação do objeto e não o objeto em si. O campo das ciências seria, então, o campo das representações. Porém a psicanálise não cabe totalmente no universo das representações. A partir do momento em que nós significantizamos o sujeito ele se transforma em traço mnêmico, em uma marca significativa, contudo, sem se reduzir a ela. O sujeito não se reduz ao traço no qual ele se inscreve no simbólico, que apenas bordeja o furo real, “de modo a permitir que o sujeito se situe em relação ao que não pode domesticar pelo saber e pelo dizer” (p. 788).

Segundo Lacan, a pretensão cartesiana de fazer coincidir sujeito e pensamento não pode ser mantida, pois o sujeito não se identifica com aquele que pensa, com a consciência. A fórmula que melhor condensa esse aspecto é a que Lacan (1954-1955/1986) propõe invertendo o *cogito* cartesiano: Penso onde não sou, sou onde não penso. O sujeito da psicanálise se situa, justamente, onde “não penso”, em que o saber é inconsciente, sendo ele a ocasião de um conflito, uma cisão, uma divisão (\$).

O sujeito do inconsciente de que nos fala Lacan é distinto daquele que propõe a metapsicologia freudiana, o que leva Lacan (1966a/1998) a reinterpretar a célebre frase de Freud: *Wo Es war, sol Ich werden*, como “lá onde isso estava, lá, como sujeito, devo [eu] advir” (p. 878). Portanto, é preciso distinguir o *sujeito* do *eu* freudiano, oposto ao *isso* e ao *supereu*. O sujeito também não pode ser confundido com o ser biológico, nem com o sujeito da compreensão. O sujeito para Lacan é inserido no universo da linguagem, lugar em que é representado como um significante para outro significante, porém ele “ex-siste” à linguagem, deixando sempre um resto indizível.

O lugar que a psicanálise encontrou na ciência foi o de se ocupar daquilo que a ciência exclui. O que o discurso da ciência exclui é justamente o sujeito (do inconsciente), colocando este em uma condição de suspensão, e que a psicanálise retoma com Freud a partir de sua formulação do conceito de inconsciente. O que Freud faz ao formular este conceito de inconsciente é a desconstrução do modelo cartesiano do psiquismo centrado na consciência.

Descartes faz surgir o sujeito, mas não lhe dá voz – porque se ocupa em dar-lhe consistência, fundamentando-o no ser; apenas Freud, por escutar o sujeito, o fará. A ciência moderna e o sujeito surgem a um só tempo, por intermédio do encaminhamento cartesiano, mas os termos se articulam em oposição recíproca: onde vige o discurso da ciência – e é este o discurso que vigora desde então até os nossos dias, são tempos modernos, os nossos –, o sujeito encontra-se ausente. Em contrapartida, o sujeito comparece nos interstícios desse discurso, ou dizendo de forma mais acurada, ele é o furo, a

²⁹ *La Trahison des Images* (A Traição das Imagens) é uma série de pinturas produzidas pelo pintor surrealista René Magritte entre os anos de 1928 e 1929. A mais famosa delas consiste na pintura de um cachimbo com a frase logo abaixo *Ceci n'est pas une Pipe* (Isto não é um Cachimbo).

fenda, o corte que, por sua emergência pontual, escande o discurso da ciência (VORSATZ, 2015, p. 265).

Na psicanálise o sujeito se coloca como uma estrutura de fenda (divisão). Sujeito dividido e inconsciente andam juntos, pois a ideia de um sujeito dividido está atrelada à noção de inconsciente formulada por Freud. Nesse sentido, Lacan (1966a/1998) nos diz que o sujeito da psicanálise, sujeito dividido, cindido, continua a ser o correlato da ciência, mas que entre eles existe uma antinomia, já que a ciência se mostra definida, justamente, pela impossibilidade de costurar essa fenda.

Com efeito, o esforço da ciência consiste na tentativa de suturar o sujeito, mas esse esforço se revela impossível de realização plena em decorrência de seu próprio estatuto, já que o sujeito se caracteriza justamente por ser o elemento que se subtrai a toda tentativa de apreensão integral. O sujeito não é ser, nem substância, nem ente, mas em virtude de sua homologia ao inconsciente é corte, escansão, fenda, rachadura no edifício da ciência (VORSATZ, 2015, p. 265).

O propósito da ciência, ou ainda o seu ideal, é o de ser um discurso que venha recobrir com um saber todo o real, sem deixar restos (VORSATZ, 2015). A ciência, nessa tentativa de sutura do sujeito, tenta recobrir com um saber algo do qual ela não dá conta. O sujeito da ciência interessa então à psicanálise na medida em que é justamente onde a ciência fracassa que o sujeito pode advir e “é desse resto tornado fecundo pela escuta de Freud que a psicanálise se ocupa” (VORSATZ, 2015, p. 271).

O passo dado por Freud é justamente aquele que o cientista não dá: o de reconhecer esse furo, essa divisão do sujeito, e de não fornecer sobre isso um saber que tente suturá-lo, pois a psicanálise não oferece um saber sobre o real, ao contrário, o acolhe no seio de sua teoria como uma impossibilidade no seu próprio objeto: “a ciência não dá lugar ao homem, mas ao sujeito – elemento que, por sua vez, escapa às suas malhas, vindo a ser recolhido pela psicanálise” (VORSATZ, 2015 p. 253).

O esforço da ciência moderna consiste na tentativa de suturar o sujeito, mas esse esforço se revela sempre em vão, já que o sujeito se caracteriza justamente por ser aquilo que escapa a essa apreensão integral que o discurso da ciência pretende realizar, e embora a ciência prossiga em seu esforço de sutura, ela fracassa, pois o sujeito resiste e segue sendo reforçado por ela.

2.2. Psicanálise e medicina: uma antinomia

Como visto no capítulo anterior, embora em seu surgimento a psicanálise tenha sido associada à prática médica e mantido com ela uma íntima relação, ambas na verdade não apresentam muita coisa em comum, tornando-se necessário distingui-las em sua antinomia. Discorreremos sobre essa distinção a partir de quatro vieses, que nos parecem fundamentais: a demanda, o sintoma, o diagnóstico e os discursos, e tentaremos diferenciá-las a seguir.

2.2.1. Demanda

Em seu sentido corrente pode ser entendida como manifestação de um desejo, pedido, exigência ou solicitação, Tem sua definição na psicanálise como: “forma comum de expressão de um desejo, quando se quer obter alguma coisa de alguém, a partir da qual o desejo se distingue da necessidade” (CHEMAMA, 1995, p.40). A demanda não é um conceito freudiano, mas adquire o *status* de um conceito psicanalítico com Lacan, ao articulá-la com a necessidade e o desejo.

Para compreendermos a relação entre demanda, necessidade e desejo, retornaremos à Freud e suas concepções das primeiras experiências de satisfação do bebê, partindo do exame do processo de alimentação, para articular os três registros.

Para Joël Dor (1989), a pulsão manifesta-se na criança inicialmente por uma sensação de desprazer ocasionada pela tensão proveniente da fonte de excitação da pulsão. Nesse primeiro momento, a criança encontra-se em um estado de necessidade (privação do alimento) que exige satisfação. Essa experiência primeva de satisfação se dá em um registro totalmente orgânico, pois o objeto que é oferecido à criança para satisfazê-la (o alimento), lhe é ofertado sem que ela o busque ou tenha alguma representação psíquica do mesmo.

Podemos dizer que o processo pulsional em ação nessa primeira experiência de satisfação experimentada pelo bebê é da ordem de uma pura necessidade, uma vez que a pulsão é temporariamente satisfeita sem mediação psíquica. Contudo, essa experiência de satisfação deixa um traço mnêmico no aparelho psíquico que liga diretamente a sensação de satisfação à imagem/percepção do objeto. Quando o estado de tensão reaparece, o traço é reativado e a imagem/percepção do objeto é reinvestida. Dessa forma, após a primeira

experiência de satisfação, a manifestação pulsional não aparece mais como pura necessidade, mas sim como uma necessidade ligada a um traço mnêmico de satisfação.

A princípio, o que ocorre é que a criança confunde a evocação da satisfação passada com a percepção do acontecimento presente, ou seja, a criança confunde o objeto representado da satisfação passada com o objeto real passível de proporcionar satisfação no presente, tendendo a satisfazer-se de forma alucinatória. É justamente essa imagem que servirá de modelo do que será buscado na realidade para satisfazer a pulsão, sendo nesse sentido que é possível falar de desejo em psicanálise, pois “o desejo nasce de um investimento psíquico, um traço mnêmico de satisfação ligado à identificação de uma excitação pulsional” (FREUD, 1967 apud DOR, 1989, p.141).

Assim que a necessidade se apresentar para a criança novamente haverá, graças à relação já estabelecida, um reinvestimento da imagem mnêmica que reconstituirá a situação da primeira satisfação, e é esse movimento que se denomina desejo. Dessa forma, o processo pulsional e o desejo estão ligados de um modo particular, pois é no primeiro que o segundo encontra seu fundamento. O desejo tem por modelo a primeira experiência de satisfação que permite orientar dinamicamente o sujeito na busca de um objeto suscetível de proporcionar tal satisfação. Disso depreende-se uma conclusão: “Não existe, em última análise, satisfação do desejo na realidade. Ele não tem outra realidade que a realidade psíquica” (DOR, 1989, p. 141).

Lacan (1973, apud Dor 1989) evidencia que a necessidade deve ser distinguida da pulsão, posto que a primeira é uma função biológica ritmada e a segunda, sobretudo, uma pressão constante. É com Lacan que a dimensão do desejo aparece intrinsecamente ligada a uma falta que não pode ser preenchida por nenhum objeto real. O objeto pulsional, portanto, só pode ser encarado como um objeto metonímico do objeto do desejo. Lacan analisa o conceito de pulsão a partir dos quatro parâmetros propostos por Freud (1915/2006) para definir seu princípio: a fonte, a pressão/força, o alvo/meta/objetivo e o objeto. Para Lacan, existe uma diferença radical entre o objeto da necessidade e o objeto da pulsão, pois nenhum objeto de alguma necessidade é capaz de satisfazer a pulsão. Esta, ao experimentar o seu objeto, descobre, justamente, que ele não a satisfaz.

No exemplo que estamos analisando, o que satisfaz a pulsão na necessidade alimentar não é o alimento, mas o “prazer da boca” (LACAN, 1964/1985, p.159), sendo o objeto da pulsão totalmente indiferente. Dessa forma, o objeto da pulsão não pode ser correlato do objeto da necessidade, ele seria, então, o objeto do desejo que Lacan designará como objeto *a*, objeto do desejo e ao mesmo tempo objeto causa do desejo, objeto perdido.

Assim, o objeto *a* enquanto eternamente faltante, inscreve a presença de um vazio que qualquer objeto poderá ocupar (...) tal objeto pode encontrar seu lugar no princípio da satisfação de uma pulsão, desde que aceitemos que a pulsão o contorne, à maneira de um circuito. O alvo da pulsão não é, pois, outra coisa senão o retorno em circuito da pulsão à sua fonte, o que permite entender que uma pulsão pode ser satisfeita sem atingir seu alvo (DOR, 1989, p.143).

Lacan (1973, apud Dor 1989) identifica a incidência do objeto do desejo ligado ao processo pulsional, estando, dessa forma, diferenciado do registro da necessidade. A gênese do objeto do desejo pressupõe, para além da necessidade, a presença do Outro. Ele só pode surgir na relação com o Outro.

Retornando à questão da alimentação, a criança quando nasce está submetida aos imperativos da necessidade. As primeiras sensações de desprazer são provenientes dos estados de tensão que constituem uma resposta do corpo à privação. E a incapacidade em que a criança se encontra, por seu estado imaturo de satisfazer-se a si própria, exigem a mediação de um outro que dela cuida. As manifestações corporais da criança adquirem imediatamente valor de signos³⁰ para esse outro, que as interpreta compreendendo que a criança está necessitando de algo. Assim, as manifestações corporais do bebê ganham um sentido que é sempre atribuído pelo outro: “Ele chora porque tem fome”, dessa forma, a criança é imediatamente colocada em um universo de comunicação, onde a intervenção do outro constitui uma resposta ao que ele supôs ser uma demanda do bebê. Para Dor (1989),

Por sua intervenção, o outro, portanto, refere imediatamente a criança a um universo semântico e a um universo discursivo que é o dele. Deste ponto de vista, o outro que *inscreve a criança neste referente simbólico*, investe-se, por sua vez, junto à criança, como um outro privilegiado: o Outro (p. 144, grifos do autor).

Nesse caso, a mãe (ou quem cuida da criança), elevada à posição de Outro, acaba por inscrevê-la no universo de seus próprios significantes, visto que, ao oferecer-lhe o alimento, está lhe dando uma resposta ao que ela própria interpretou anteriormente como sendo uma demanda do bebê. Assim, podemos considerar essa resposta como uma suposição do desejo do Outro. É o Outro quem diz para a criança que o que ela sente é fome ao lhe oferecer o alimento como resposta.

Para Dor (1989), o processo dessa primeira experiência de satisfação da criança vai mais além quando quem cuida dela “responde” com o objeto da necessidade (o alimento); a essa assimilação do alimento (objeto da necessidade), o corpo da criança responde com o que

³⁰ Signo, como designa Lacan, utilizando a fórmula de C. S. Peirce, é o que representa alguma coisa para alguém que sabe lê-lo.

o autor denomina de “repouso orgânico”, que está intimamente relacionado à satisfação da necessidade. Essa resposta da criança é novamente investida de sentido pelo Outro, ou seja, essa resposta adquire um valor de mensagem para quem dela cuida. Para o autor, a criança passa a estar inscrita no universo de desejo do Outro, na medida em que é cativa dos significantes que provém dele:

Ao “repouso orgânico” do corpo da criança, a mãe responde através de gestos, através de palavras que serão para a criança fonte de um repouso prolongado. Esta resposta é, exatamente, o que fará a criança *gozar*, para além da satisfação da sua necessidade. Neste sentido, pode-se circunscrever o lugar de uma satisfação global onde o *a-mais do gozo, suportado pelo amor da mãe vem apoiar-se na satisfação da necessidade propriamente dita*. É somente neste momento da experiência de satisfação que a criança passa a ter condições *de desejar pela mediação de uma demanda endereçada ao Outro* (p. 145, grifos do autor).

Quando a necessidade se manifesta novamente, a criança reinveste a imagem mnêmica de uma vivência alicerçada pela rede de significantes do Outro. Cada vez mais intencionalmente a criança passa a endereçar signos ao Outro na expectativa de uma satisfação proveniente dos cuidados do mesmo. Com isso, as manifestações corporais da criança adquirem o valor de demanda, e é por intermédio dessa demanda que a criança faz sua entrada no universo do desejo que, como formula Lacan: “*se inscreve sempre entre a demanda e a necessidade*” (DOR, 1989, p. 145, grifos do autor.).

Se a demanda é, antes de tudo, expressão do desejo, podemos concluir que, para além da satisfação da necessidade, perfila-se a demanda do “a mais” que é, primordialmente, demanda de amor (DOR, 1989).

Com o caminho percorrido acima concluimos que, de uma forma geral, a demanda é sempre formulada e endereçada a outrem. Podemos afirmar também que o doente é alguém que faz uma demanda. Na medida em que o paciente é justamente aquele que demanda cuidados, o médico, para oferecer algum alívio ao sofrimento do paciente, terá que identificar sua doença, dar-lhe um nome, um diagnóstico para poder então tratá-la, interrompê-la ou restringir seus efeitos.

Atualmente, o que podemos perceber na psiquiatria é que esse alívio oferecido aos pacientes se dá, primordialmente, na administração dos psicotrópicos. Segundo Tânia Coelho dos Santos e Jesús Santiago (2010), essa escalada medicamentosa que vem se instalando nos ambulatórios revela a repetição dos pacientes na busca por um “produto” que colocará fim ao desconforto dos seus sintomas, deflagrando uma “cumplicidade própria da configuração moderna do par médico-doente” (p. 65). E nessa trama da relação médico-paciente, se

configura outro efeito singular do encontro da psiquiatria, mas também da medicina de uma forma geral, com a indústria farmacêutica.

Para Lacan (1966b), o mundo científico deposita nas mãos dos médicos um número infinito de novos agentes terapêuticos, químicos ou biológicos de que dispõe e pede ao médico que os coloque à prova. Quanto aos pacientes, podemos constatar que a demanda endereçada ao médico não se esgota na solicitação de cura. É evidente que os pacientes também demandam outras coisas, e, em muitas ocasiões, essas demandas não são ouvidas.

Ele [o paciente] põe ao médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, o que é totalmente diferente, pois isto pode implicar que ele está totalmente preso à ideia de conservá-la. *Ele vem às vezes nos pedir para autenticá-lo como doente.* Em muitos outros casos ele vem pedir, do modo mais manifesto, que vocês o preservem em sua doença, que o tratem da maneira que lhe convém, ou seja, aquela que lhe permitirá continuar a ser um doente bem instalado em sua doença (p. 10, grifo nosso.).

Aqui Lacan aponta a estrutura de falha que existe entre a demanda e o desejo. Para Lacan (1966b), não é necessário ser médico, nem psicanalista, para saber que no momento em que alguém demanda alguma coisa, “isso não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que ele deseja” (p.10).

Para a psicanálise, cada paciente que se endereça ao médico ou ao analista, formula, ao seu modo, uma demanda de tratamento, mas para a psicanálise, afirmar que o doente deseja curar-se, é insuficiente. Como nos aponta Antônio Quinet (2018), a demanda em análise nunca deve ser aceita em seu estado bruto, e sim questionada, pois um sujeito pode se apresentar ao analista queixando-se do seu sintoma e até querer dele se desvencilhar, mas apenas isso não é o suficiente. É preciso que a queixa se transforme em demanda e que esta seja endereçada à figura do analista, sendo necessário que o sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito e ele se empenhe em tentar decifrá-lo. Ao analista é dada a tarefa de transformação do sintoma na questão que Lacan denomina de *Che vuoi?* (Que queres?), questão chamada desejo, cabendo ao analista a introdução do desejo na dimensão sintomal (“sinto-mal”) (p. 17).

2.2.2. Sintoma

O sujeito é sempre representado por seu sintoma. Sintoma este que pode ser considerado como um signo, no sentido dado por Lacan, já que sempre comporta uma

significação, uma mensagem. Podemos afirmar que tanto a medicina quanto a psicanálise fazem uma leitura dos sintomas apresentados pelo paciente, mas isso não significa dizer que o sintoma tem o mesmo estatuto para médicos e psicanalistas.

Para os médicos, os sintomas são o sinal (signo) clínico de uma patologia. Portanto, para que o êxito médico seja alcançado - pois em medicina o objetivo primordial é sempre a cura - os sintomas devem ser eliminados ou, ao menos, restringidos. Para tal, o que o médico precisa fazer é transformar a queixa subjetiva de um paciente em signos que fazem parte do discurso médico e que podem ser interpretados como sinal de uma patologia. Na tentativa de decodificar os sintomas, o que o médico faz é transformar a queixa subjetiva do paciente, ou seja, os significantes que ele porta em sua fala, de forma que estes sejam interpretados. Assim, “significantes tais como um abafamento no peito, uma falta de ar, uma angústia por dentro, uma sensação de sufoco, etc., serão todos reduzidos, univocamente, ao sinal clínico da dispneia, para que possam ser inscritos no discurso médico” (JORGE, 1983, p. 19).

Portanto, o sintoma na medicina tem um sentido diferente daquele de outros campos do conhecimento, dentre eles a psicanálise. Pois para a medicina ele é dotado de sentido, e cabe ao médico circunscrever a sua significação. É o médico quem o decifra como sendo – ou não – sinal de uma doença. Através da anamnese e do exame clínico, o paciente é “lido” e tem os seus sintomas interpretados; porém, essa interpretação sempre se dá em relação a um referencial que lhe escapa totalmente. Dessa forma, o saber do médico reduz o discurso do sujeito e seus significantes a signos que dentro do campo discursivo da medicina são dotados de sentido, mas aos quais o sujeito é alheio, configurando-se num discurso que, dependendo da forma como é utilizado, pode calar o sujeito e excluir sua subjetividade. Para Jorge (1983), essa redução dos significantes da fala do paciente a signos pré-definidos, que possuem lugar apenas no discurso médico, salienta a “função silenciadora” que o discurso médico pode comportar.

Como nos aponta Jacques-Alain Miller (1997), o sintoma psiquiátrico é concebido de forma distinta do sintoma psicanalítico. Ele é construído pelo psiquiatra que, através da sua observação, o descreve, o classifica e o nomeia. Já o sintoma em psicanálise só interessa na medida em que ele é falado pelo paciente, ou seja, enunciado através dos significantes do sujeito, pois a clínica psicanalítica é construída pelo paciente a partir do seu discurso. Dessa forma, o sintoma freudiano só existe dentro do dispositivo analítico a partir daquilo que o paciente formula como sendo o *seu* sintoma; logo, “a base da clínica analítica é a autoclínica, e não a heteroclínica psiquiátrica” (p.123).

Assim, a demanda de análise se dá através da formulação do sintoma enquanto um “sintoma analítico”, e a constituição desse sintoma analítico é o que permite ao sujeito sua entrada em análise. Através do sintoma, o paciente coloca uma interrogação: – o que isto quer dizer? Mas diferentemente do médico que pode lhe dar uma resposta pronta, um diagnóstico, o analista reintroduz nessa questão o sujeito que deve, para ela, buscar sua própria resposta.

Ao contrário da medicina, que interpreta os sintomas como algo a ser eliminado, em psicanálise não se trata de vencer os sintomas, mas de desvendá-los. Na psicanálise, o sintoma também é dotado de sentido, mas a clínica psicanalítica ao tomá-lo em outra dimensão, exige sua resignificação. Por isso, Lacan fala da diz-solução do sintoma, ou seja, de trazer o sintoma do corpo para o domínio da fala.

Freud (1926[1925]/2006), nos diz claramente que “um sintoma é um *signal* e um *substituto* de uma satisfação pulsional que permaneceu em estado subjacente; é uma consequência do processo de recalçamento” (p. 95, grifo nosso.). A descoberta de Freud de que os sintomas são o resultado do retorno do recalçado, colocou em cena o inconsciente e deu à psicanálise a noção de que o sintoma é algo que diz respeito à verdade do sujeito e de que o seu sentido só poderá ser apreendido dentro da história singular de cada um.

2.2.3. Diagnóstico

Para Théophile Krammer (1989) o diagnóstico, processo que tem por objetivo o reconhecimento de determinada doença, supõe uma preliminar: a existência de doenças nitidamente definidas. Para o autor, em medicina, o processo epistemológico se dá em três estágios. No primeiro, a entidade mórbida surge por meio de um quadro descritivo resultante da observação clínica; no segundo estágio, há o reconhecimento de um substrato anatômico; e o terceiro e último estágio consiste na descoberta do agente etiológico. A entidade nosográfica está completamente definida quando munida dessas três dimensões. Para o autor, o objetivo da psiquiatria sempre foi o de alcançar essa nosografia tridimensional, que só pôde ser obtida com tal exatidão na paralisia geral progressiva definida a partir de lesões anatômicas do cérebro causadas pelo treponema *pallidum*, agente etiológico da sífilis. Esse modelo foi, por muito tempo, o paradigma ideal das doenças psiquiátricas, porém ele não foi alcançado em outros quadros nosográficos para os quais os substratos anatômicos e os agentes etiológicos nunca foram encontrados.

Portanto, em se tratando de psiquiatria, o diagnóstico se dá de outra forma, sobretudo devido à ausência dos dois últimos critérios. Como apontam Ana Cristina Figueiredo e Fernando Tenório (2002), o diagnóstico em psiquiatria é primeiramente sindrômico e depois nosológico. Uma síndrome é um conjunto de sinais e sintomas, não sendo necessariamente a doença de fundo. Um exemplo seria a ocorrência de delírios e alucinações que podem se dar na esquizofrenia, mas também no transtorno afetivo bipolar. O diagnóstico sindrômico descreve, portanto, o conjunto de sinais e sintomas, sem definir a doença de fundo. Já o diagnóstico nosológico indicaria qual a doença propriamente dita, nos termos da nosografia psiquiátrica.

Para os autores, o primeiro objetivo dessa distinção seria orientar a clínica mais imediata, no sentido de sistematizar, pelo diagnóstico sindrômico, os sintomas que devem ser “atacados”, sobretudo, porque as terapêuticas em psiquiatria são “sintomáticas”, ou seja, elas agem diretamente nos sintomas. O diagnóstico sindrômico teria ainda a função de orientar o próprio diagnóstico nosológico, uma vez que determinadas síndromes não ocorrem em certas patologias. Já o diagnóstico nosológico, identificando a doença propriamente dita, orientaria uma intervenção a longo prazo. Portanto, inserir o quadro clínico nos termos da nosografia, isto é, descrevê-lo nos termos de categorias psicopatológicas generalizáveis, é o que permite aos médicos uma avaliação prognóstica e a escolha da terapêutica.

Já em psicanálise, o diagnóstico não está relacionado com a classificação ou identificação das doenças. Como bem nos aponta Quinet (2018), o diagnóstico em psicanálise tem função de direção da análise, sendo que esse só faz algum sentido se servir de orientação ao trabalho analítico. Para tanto, ele afirma que o diagnóstico só pode ser buscado no registro simbólico, pois é nele onde se articulam as questões fundamentais do sujeito.

É a partir do simbólico, portanto, que se pode fazer o diagnóstico diferencial, que em psicanálise se dá por meio dos três modos de negação do Édipo, negação da castração do Outro, correspondente às três estruturas clínicas: neurose, psicose e perversão. Para Quinet, (2018) no recalque o neurótico nega, conservando o elemento negado no inconsciente, já o desmentido na perversão também nega, mas conserva o elemento negado no fetiche. Os dois primeiros modos de negação conservam o elemento, já a forclusão³¹ do psicótico é um modo de negação que não deixa traço ou vestígio algum: “Os dois modos de negação que

³¹ Termo oriundo do francês, *forclusion*, utilizado no âmbito jurídico para se referir a um processo prescrito, que não existe mais legalmente (QUINET, 2018).

conservam, implicam a admissão do Édipo no simbólico, o que não acontece na forclusão” (p.19).

Ainda de acordo com o autor, para cada modo de negação existe uma forma de retorno do que é negado: no recalque o retorno se dá no simbólico, na forma de sintoma; no desmentido o negado retorna no simbólico, sob a forma de fetiche; e na forclusão o que é negado retorna no real, sob a forma de automatismo mental, que tem sua expressão mais evidente na alucinação.

Estrutura clínica	Forma de negação	Local de retorno	Fenômeno
Neurose	Recalque (<i>Verdrängung</i>)	Simbólico	Sintoma
Perversão	Desmentido (<i>Verleugnung</i>)	Simbólico	Fetiche
Psicose	Forclusão (<i>Verwerfung</i>)	Real	Alucinação

Figura 3. Fonte: Quinet, 2018, p.19.

Para Quinet (2018), “dado que o analista será convocado a ocupar, na transferência, o lugar do Outro do sujeito a quem são dirigidas suas demandas, é importante detectar nesse trabalho prévio a modalidade da relação do sujeito com o Outro” (p.23). O analista precisa saber em que terreno está pisando. Freud, em seu texto *Sobre o início do Tratamento* (1913/2006), nos alerta sobre a importância do que ele chama *tratamento de ensaio*, sobretudo no que diz respeito ao estabelecimento do diagnóstico diferencial entre neurose e psicose. Daí a importância da função do diagnóstico para a psicanálise, pois a condução de uma análise deverá ser diferente em cada um dos casos. Portanto, é importante que a hipótese diagnóstica se estabeleça ainda nas entrevistas preliminares³², como forma de orientar o manejo da transferência à qual o diagnóstico deve estar correlacionado.

Para Dor (1997), desde o início há uma relação entre o diagnóstico, a escolha e o manejo do tratamento, porém não existe uma relação lógica como no caso da medicina. Para tanto, o analista deve se apoiar em elementos estáveis para a realização do diagnóstico e elaboração do tratamento; porém, esse balizamento exige um grande rigor e vigilância, pois não existe relação causal entre um sintoma e um diagnóstico na clínica psicanalítica, ao contrário do que acontece na clínica médica.

Assim, constata-se a importância de se realizar um diagnóstico diferencial, já nas entrevistas preliminares, como forma de direcionar o tratamento. Porém, na clínica

³² Termo criado por Lacan (1955-1956/1985) que corresponde ao tratamento de ensaio em Freud.

psicanalítica, o ato diagnóstico é sempre relegado a um devir, não sendo possível determiná-lo sem que haja decorrido certo tempo de análise, mas é preciso que ele seja ao menos circunscrito, na forma de uma hipótese, pois é a partir dele que se orienta todo o trabalho analítico. Um guia seria a direção de que é no dizer (na enunciação) que se localiza algo da estrutura do sujeito, e é com essa estrutura que se conta para se estabelecer um diagnóstico diferencial. Para a psicanálise “será então, de imediato na dimensão do dizer e do dito que se delimitará o campo de investigação clínica” (DOR, 1997, p.14).

A rigor, o diagnóstico na psicanálise se estabelece na transferência quando os modos de relação do sujeito com o Outro se repetem e são recordados na relação analítica. Se para a medicina, o tratamento visa trazer o estado de saúde anterior que foi modificado pela doença, para a psicanálise trata-se de alterar o estado anterior ao presentificá-lo na neurose de transferência³³.

2.2.4. Discurso médico e discurso psicanalítico

Lacan, em seu *Seminário livro 17: o avesso da psicanálise* (1969-1970/2016) propõe uma forma de entender o estabelecimento dos laços sociais entre os sujeitos através da sua teoria dos quatro discursos. Para ele, é o discurso que faz laço. E é essa teoria que utilizaremos, aqui, para tentar elucidar o discurso do médico e o discurso do psicanalista e os aspectos que os diferenciam.

É importante partir do discernimento de que os discursos embora sejam interdependentes, nenhum deles se mantém sem a existência dos outros três e nenhum discurso existente pode ser totalmente identificado a um desses quatro, não havendo, portanto, um modelo ideal de discurso. Convém tomá-los como referência que permite tornar possível a análise dos discursos.

Como nos afirma Jorge (1983), são quatro os elementos que constituem a estrutura de todo discurso: S₁ (significante-mestre); S₂ (saber); *a* (objeto faltoso) e \$ (sujeito barrado do significante que o constitui). O discurso compreende o sujeito (\$) em sua relação com o

³³ Na teoria do tratamento psicanalítico, a neurose de transferência é uma neurose artificial que se constitui em torno da relação com o analista e em que tendem a organizarem-se as manifestações da transferência. É em *Recordar, repetir e elaborar* (1914) que Freud introduz o conceito de neurose de transferência com esse sentido relacionado à ideia de que o paciente repete na transferência com o analista os seus conflitos infantis (LAPLANCHE e PONTALIS, 2001).

objeto (*a*). Ele se inscreve na cadeia significativa ($S_1, S_2, S_3, S_4\dots$), ficando entendido que o significante S_1 , que representa o sujeito, ocupa um lugar privilegiado na cadeia de significantes constituídos (representada por S_2). Além disso, também são quatro os lugares que esses elementos podem ocupar: agente, outro, verdade e produção.

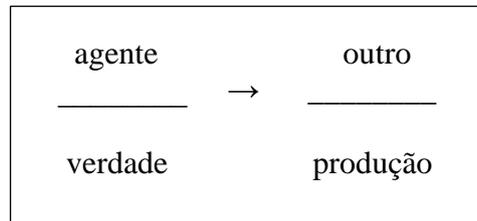


Figura 4. Fonte: Jorge, 1983, p. 10.

Como o autor coloca, esses lugares correspondem a algumas questões que toda interrogação sobre um discurso comporta: o que organiza esse discurso? O que desempenha o papel de agente do discurso? Qual é a verdade desse discurso? Qual é o outro ao qual esse discurso se dirige? E qual é o produto que tal discurso comporta? Sendo justamente a rotação dos quatro elementos nos quatro lugares que vai configurar a estrutura que cada discurso possui, o que fornece as seguintes possibilidades:

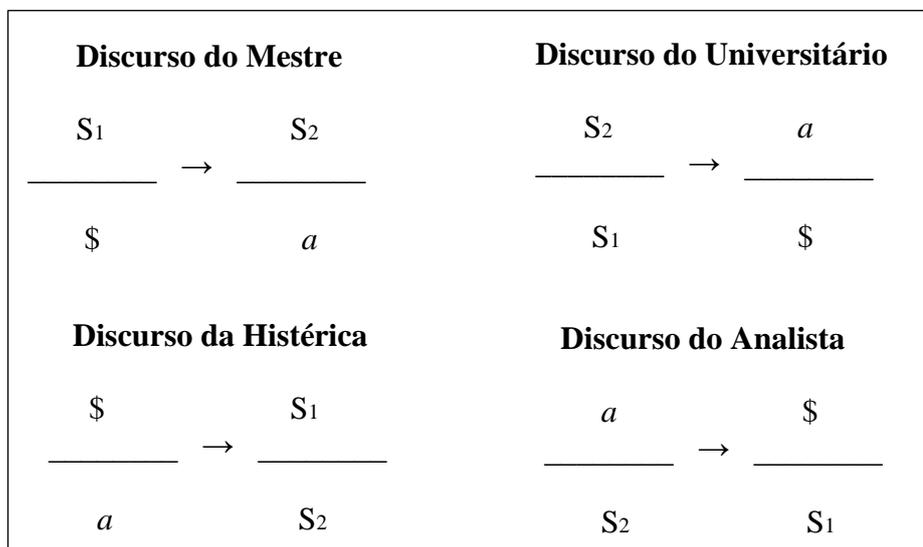


Figura 5. Fonte: Lacan, 1969-1970/2016, p. 29.

Aqui analisaremos brevemente dois desses discursos: o do mestre, como aquele que dá a primazia ao significante S_1 , e o discurso do analista, que leva em conta primeiramente o objeto *a*.

Para Clavreul (1983), o discurso do mestre é o discurso primeiro e o que mais se aproxima do discurso médico. Sem o discurso médico, o signo seria apenas sinal, portador de

informação, mas sem aceder à significação. Constituindo o signo em significante, ele o ordena com outros significantes, permitindo que emerja a significação. Portanto, os signos no discurso médico são os portadores de uma informação sobre a doença, mas essa informação nem mesmo mereceria esse nome se não houvesse alguém para recolhê-la. Os signos só se tornam informação porque são colocados em relação a outros signos, cujo conjunto constitui uma doença. O médico recolhe os signos e os agrupa, colocando-os em ordem numa cadeia significante, extraindo daí uma significação que é a existência de uma doença.

O que marca a entrada do sujeito no discurso médico é a nomeação da doença. Segundo Clavreul (1983), o médico mostra ao paciente que aquilo que lhe causa dor e que o faz sofrer pode ser interpretado e tem seu lugar nos significantes que constituem o discurso médico: “E sobre este sentido novo, o médico afirma que tem o poder, tem a mestria, o domínio” (CLAVREUL, 1983, p. 97).

O discurso médico, enquanto discurso do mestre, provoca no doente essa suposição de saber absoluto, sendo nesse sentido que o discurso do médico se aproxima do discurso do mestre, com o médico assumindo a postura do sujeito que sabe. De um lado estão os médicos que detém o conhecimento, e de outro os pacientes que são lidos e recebem os cuidados, as prescrições e os tratamentos.

Portanto, a constituição do significante-mestre (S_1) é o que especifica o discurso do mestre, e nele o sujeito está sob a barra, indicando que, embora presente, não tem participação no discurso manifesto. Outro ponto a ser destacado no discurso do mestre é que ele tem como produto a constituição de um objeto: a doença.

Segundo Fernando Freitas e Paulo Amarante (2017), ao contrário do que nos faz crer a ciência, o papel do médico está fundado nas relações sociais de poder, e não em uma verdade da qual o médico seria o porta-voz. Portanto, não se trata de um saber objetivo, neutro e isento, mas sim de um saber resultante de processos de construção social de um poder sobre os indivíduos: “Com isso, a medicina e suas práticas discursivas afins adquirem o papel de significante-mestre a organizar nossas vidas” (p. 13).

Lacan afirma em 1966 que não há relação médico-paciente. Pois essa relação estaria fundada, justamente, na exclusão das posições subjetivas. Como pondera Jorge (1983), “o discurso médico prima por excluir a subjetividade tanto daquele que o enuncia como daquele que o escuta” (p. 11). Para Clavreul (1983), a pretensa objetividade científica advém da retirada da subjetividade do autor, “o que significa não que a subjetividade não esteja ali, mas que ela não tem nenhuma importância para a inteligibilidade do texto” (p. 169).

O discurso psicanalítico é oponível ao discurso médico, no sentido em que Lacan (1969-70/2016) nos fala que o discurso do mestre tem como seu avesso a psicanálise, com os elementos ocupando exatamente os lugares opostos. O discurso do analista é o único que fornece articulações em que o desejo se inscreve, pois coloca no lugar de agente o objeto *a* (objeto faltoso), situando-o na sua relação com o sujeito: “Longe de ser uma objetivação, e, portanto, ao contrário de uma psicologização, a psicanálise é subjetivante, mostrando a função estrutural da fantasia na relação entre o sujeito e o objeto *a* ($\$ \diamond a$)” (CLAVREUL, 1983, p. 174).

No discurso do psicanalista, o analista ocupa o lugar de objeto *a*, sendo apenas objeto que causa o desejo de seu paciente saber alguma coisa sobre si. E o paciente é o único sujeito na relação analítica, já que o sujeito se define como sujeito da fala, e quem fala em análise é o paciente, associando livremente de forma a produzir os significantes (S_1) que o determinam (ALBERTI, 2008).

No discurso do analista, no lugar do outro está o sujeito ($\$$) que é barrado, pois nenhum significante é suficiente para representá-lo integralmente. Já no lugar da verdade está o saber, S_2 . “E o que é a verdade como saber?” Lacan nos pergunta. “É um enigma”, ele responde. Pois a verdade do sujeito nunca se pode dizê-la a não ser pela metade (LACAN, 1969-1970/2016, p.36).

3. CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE À PSIQUIATRIA CONTEMPORÂNEA

A baleia e o urso polar, já foi dito, não podem travar uma luta um com o outro porque, confinados ao seu próprio elemento, não podem encontrar-se. Para mim é impossível argumentar com quem trabalha no campo da psicologia ou das neuroses e não reconhece os postulados da psicanálise, considerando os resultados desta como artefatos.

Sigmund Freud, 1918

A relação entre psiquiatria e psicanálise é tão antiga quanto a criação da última e, apesar do caráter antinômico existente entre as duas, é inegável que existam pontos de convergência entre elas. Como nos fala Alberti (2006), “por mais que o século XX tenha assistido a grandes desentendimentos entre psicanálise e psiquiatria há algo da clínica que lhes é originalmente comum e é isso que precisamos poder resgatar” (p. 96). Jacques-Alain Miller (1997) nos lembra de que um dos ensinamentos de Lacan é o de que “a clínica fundamental é a psiquiátrica, inclusive para a psicanálise” (p. 125), pois a clínica psiquiátrica é, também, o lugar de origem da psicanálise e de onde Freud pôde recolher suas categorias diagnósticas, mesmo que depois tenha atribuído a esses quadros um sentido completamente novo.

A relação de Freud com a psiquiatria é longa e complexa, mas em sua *Conferência Introdutória XVI* (1917/2006), ele nos dá uma valiosa direção sobre as relações entre esses dois campos:

O que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras. A psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células. Não é fácil imaginar uma contradição entre essas duas espécies de estudo, sendo um a continuação do outro. Atualmente, como sabem, a anatomia é considerada por nós como fundamento da medicina científica. Houve, todavia, época em que era tão proibido dissecar um cadáver humano, a fim de descobrir a estrutura interna do corpo, como hoje parece ser o exercício da psicanálise esclarecer acerca do mecanismo interno da mente. É de se esperar que, em futuro não muito distante, perceber-se-á que uma psiquiatria cientificamente fundamentada não será possível sem um sólido conhecimento dos processos inconscientes profundos da vida mental (p. 262).

Em *Dois verbetes de enciclopédia* (1923/2006), Freud, ao descrever a psicanálise em sua relação com a psiquiatria, enuncia que esta última se resume a uma ciência descritiva e classificatória, sem possibilidade de fornecer explicações aos fenômenos que observa, devido a sua orientação somática em detrimento à psicológica. Frisa, contudo, que a psicanálise não

se coloca em oposição à psiquiatria, mas que “pelo contrário, como uma psicologia profunda, uma psicologia dos processos da vida mental que são retirados da consciência, ela é convocada a dar à psiquiatria um *fundamento indispensável* e a libertá-la de suas atuais limitações” (p. 267-268, grifo nosso.). Ainda acrescenta que o futuro poderá dar origem a uma psiquiatria científica à qual a psicanálise servirá de introdução, o que de fato ocorreu entre as décadas de 40 e 70, como nos afirma Birman (2006), período em que a psiquiatria se fez psicanalítica. Porém, ao estreitar os laços com a psicanálise, a psiquiatria terminou por se afastar dos seus liames com a medicina, pois os novos critérios da clínica, estabelecidos pela psicanálise, não eram compatíveis com a medicina somática e sua tradição anatomoclínica.

O surgimento da psicofarmacologia - que tem seu início na década de 50 com a Clorpromazina³⁴ - e, posteriormente, o desenvolvimento das neurociências, são apontados por diversos autores como os responsáveis pelo progressivo afastamento da psiquiatria em relação à psicanálise. Isto porque, com o novo arsenal tecnológico e terapêutico disponível, a psiquiatria conseguiu, finalmente, se legitimar enquanto prática pertencente ao campo médico (MILLER, 1997; ROUDINESCO, 2000; AGUIAR, 2004; NOGUEIRA FILHO, 2008; SANTOS e SANTIAGO, 2010).

Como nos afirma Durval Mazzei Nogueira Filho (2008), foi a medicação psicotrópica a responsável por aproximar a psiquiatria contemporânea das outras especialidades médicas. Não restam dúvidas que a medicação veio ocupar um lugar de destaque dentro da psiquiatria, “substituindo” terapêuticas efetivadas por meio da linguagem como a psicanálise.

A psicofarmacologia dos chamados antipsicóticos, como nos aponta Roudinesco (2000), pareceu ter dado ao homem a recuperação da liberdade, devolvendo a fala ao louco e permitindo sua saída dos manicômios e sua reintegração à cidade, através da substituição dos tratamentos bárbaros e ineficazes como a “camisa de força” e os “tratamentos de choque” pela medicação. No entanto, sem negar a parcela de importância das medicações psicotrópicas e sua contribuição no desenho de uma “nova paisagem para a loucura”, a psicofarmacologia extrapolou seus limites, sendo destinada à fabricação de um “novo homem”, cujo principal objetivo passou a ser a normalização dos comportamentos e a eliminação do sofrimento psíquico, sem buscar sua significação. Estendida também ao campo das neuroses, com os medicamentos ansiolíticos e antidepressivos, a psicofarmacologia parece pretender encarcerar o sujeito numa “nova alienação” e curá-lo da própria essência da condição humana (p.21-22).

³⁴ A Clorpromazina, um antipsicótico utilizado até hoje, foi o primeiro psicotrópico a ser desenvolvido em 1952.

A ascensão dos psicofármacos criou uma barreira entre psiquiatria e psicanálise e o tratamento químico teve como consequência a dissolução da clínica psiquiátrica, tornando-se seu princípio organizador. Se com a entrada na racionalidade biomédica a psiquiatria pôde afirmar sua identidade enquanto especialidade médica, ela não conseguiu mais se manter como clínica propriamente dita, reduzindo o psiquismo às conexões neuronais.

Kendler (2005) nos afirma que praticar ou fazer pesquisas no campo da saúde mental exige que assumamos certas posições sobre algumas questões filosóficas, dentre as quais ele destaca duas como sendo particularmente centrais: a primeira dessas questões é sobre a natureza da inter-relação mente-cérebro; e a segunda é compreender como as várias abordagens explicativas que podem ser adotadas em relação aos transtornos psiquiátricos podem ser mais bem inter-relacionadas.

Para o autor, uma questão fundamental é a visão de que o campo da psiquiatria está profunda e irreversivelmente ligado ao mundo mental. Ele aponta o objetivo central da disciplina médica como sendo o alívio do sofrimento humano que resulta de alterações disfuncionais em certos domínios da experiência subjetiva, como humor, percepção e cognição, por exemplo. Para ele, os construtos nosológicos da psiquiatria são amplamente compostos de descrições de experiências em primeira pessoa, e o trabalho clínico da psiquiatria exige constantemente avaliações e interpretações dos relatos dos pacientes, o que faz com que muitos sintomas só possam ser avaliados perguntando aos pacientes sobre suas experiências subjetivas.

Ele nos diz que, embora a psiquiatria possa tirar proveito dos muitos avanços nas neurociências e na biologia molecular, isso não pode ser feito às custas de abandonar sua base no mundo do sofrimento mental humano e aponta que as últimas décadas viram uma ascensão dentro da psiquiatria de uma perspectiva reducionista biológica. Para o autor, os defensores desse ponto de vista argumentam que a única abordagem válida para compreender os transtornos psiquiátricos (ou mais amplamente, o funcionamento psicológico), seria em termos de processos neurobiológicos. Modelos múltiplos, especialmente aqueles que incluem perspectivas explicativas mentais e sociais, seriam rejeitados ou aceitos apenas com a ressalva de que todos os efeitos causais ocorreriam a nível biológico (KENDLER, 2005).

Como o campo da psiquiatria lida com questões fundamentais sobre o que significa ser humano, para o autor, ela seria particularmente suscetível a preconceitos que colorem fortemente o valor atribuído a diferentes perspectivas metodológicas. Com o crescimento das neurociências e da biologia molecular, a psiquiatria teria herdado ricos *insights* sobre o

funcionamento do cérebro humano, mas para usar ao máximo essas novas informações, no entanto, ela não pode abrir mão de uma estrutura conceitual e filosófica coerente.

Em seu artigo, *Toward a Philosophical Structure for Psychiatry* (2005), Kendler enumera oito proposições fundamentais com o objetivo de esboçar um ordenamento conceitual no campo da psiquiatria. São elas: 1) A psiquiatria está irrevogavelmente fundamentada em experiências mentais de primeira pessoa; 2) O dualismo cartesiano de substância é falso; 3) O epifenomenalismo³⁵ é falso; 4) Ambos, cérebro → mente e mente → causalidade cerebral são reais; 5) Os transtornos psiquiátricos são etiologicamente complexos, não sendo possível esperar mais descobertas “*semelhantes a espiroquetas*” que expliquem suas origens em termos simples³⁶; 6) O pluralismo explicativo é preferível às abordagens explicativas monísticas, especialmente o reducionismo biológico; 7) A psiquiatria precisa passar de uma “*batalha de paradigmas*” para uma abordagem mais madura que abraça sua complexidade junto com modelos explicativos empiricamente rigorosos e pluralistas; 8) É preciso aceitar em certo nível o “*reducionismo desigual*” com o objetivo de explicar os complexos caminhos etiológicos para a doença psiquiátrica. Entendemos que algumas dessas preposições são importantes e corroboram com o que estamos construindo aqui.

Em 2016, num artigo intitulado *The nature of psychiatric disorders*, Kendler nos diz que uma questão fundamental para a psiquiatria está relacionada à natureza do que ela se propõe a estudar, ou seja, os transtornos psiquiátricos. Nesse artigo, ele revisa e critica três teorias principais sobre a natureza dos transtornos psiquiátricos. São elas: realismo, pragmatismo e construtivismo.

Para o autor, o realismo é uma posição importante na filosofia da ciência que assume que o conteúdo da ciência é real, de uma forma que se torna independente das concepções e atividades humanas. De acordo com esse modelo, as coisas existem na natureza quer a reconheçamos ou não. Para ele, o realismo se divide em duas concepções distintas: a primeira ligada à ciência da química e a segunda à biologia.

Para a primeira, a construção científica paradigmática seriam os elementos da tabela periódica como carbono, nitrogênio e oxigênio, por exemplo. Esses elementos possuem uma essência e não precisam que nós o reconheçamos para simplesmente existirem. Na nossa tabela periódica, os elementos nela contidos são uma verdade profunda sobre nosso mundo totalmente independente dos humanos. Para a segunda concepção de realismo, o tipo

³⁵ Para o epifenomenalismo, as atividades mentais, os fenômenos psíquicos, são subprodutos dos processos neurais e não possuem influência causal sobre o curso dos fenômenos físicos ou mentais.

³⁶ O autor faz menção à descoberta do treponema *pallidum* como causador da paralisia geral da sífilis terciária.

paradigmático é a espécie biológica. A diferença entre a química e a biologia residiria no fato de que as espécies que conhecemos existem apenas em nossa biosfera e são temporalmente limitadas. Enquanto um elemento como o hidrogênio é universal e praticamente atemporal, a existência de uma espécie é muito mais condicional, existindo apenas entre seu surgimento e extinção. Além disso, as características de uma espécie variam tipicamente ao longo de sua distribuição e a linha divisória entre as espécies irmãs pode se tornar indistinta. Ao contrário dos elementos, as espécies não têm essência e nem todos os membros de uma espécie são idênticos uns aos outros, como o são os átomos de qualquer elemento.

Para Kendler (2016), a concepção biológica do realismo seria mais apropriada para a compreensão dos transtornos psiquiátricos do que o realismo químico. Tais transtornos seriam muito mais semelhantes a espécies do que a elementos. No entanto, ele postula que ambas as concepções de realismo compartilham uma característica: elas postulam que os tipos científicos existiriam independentemente de nossos esforços para estudá-los. Para o realismo, os transtornos psiquiátricos são encontrados na natureza, ou seja, descobrimos novos transtornos psiquiátricos da mesma forma que nos deparamos com uma espécie de ave até então não observada.

Já o pragmatismo seria um parente próximo de uma visão da filosofia da ciência chamada instrumentalismo, que vê os conceitos-chave na ciência como ferramentas com as quais se compreende o mundo. O que a concepção pragmática dos transtornos mentais busca é ter um diagnóstico psiquiátrico que oriente qual tratamento usar, que seja útil para prever o curso da doença e se correlacione com biomarcadores importantes (KENDLER, 2016).

E por fim, a perspectiva construtivista - movimento que tomou corpo principalmente a partir da década de 60 com a antipsiquiatria - marca a concepção de que a doença mental estaria associada ao contexto sócio-histórico-político de uma determinada época (KENDLER, 2016).

Para o autor, nenhuma dessas três abordagens daria conta de explicar a complexa natureza dos transtornos mentais e propõe uma quarta, que se aproximaria de uma síntese entre elas, na tentativa de integrar as várias abordagens explicativas que podem ser adotadas em relação aos transtornos psiquiátricos.

O que podemos perceber é que existem várias perspectivas que tentam explicar o que seriam os transtornos psiquiátricos, suas origens e suas causas, mas nenhuma delas é capaz, sozinha, de abarcar a sua complexidade. Qualquer tentativa de explicação que leve em consideração apenas uma perspectiva - e aqui podemos incluir também a perspectiva psicanalítica - cai imediatamente no risco de se mostrar extremamente reducionista e

insuficiente diante da complexidade e da multiplicidade de abordagens que envolvem os transtornos psiquiátricos, sejam elas etiológicas, históricas ou filosóficas.

A seguir, gostaríamos de expor algumas considerações sobre a abordagem paradigmática, muito difundida nos dias de hoje, sobretudo pela utilização dos manuais de classificação diagnóstica, e que nos parece especialmente problemática justamente pelo seu caráter extremamente objetivo.

3.1. O problema dos manuais de classificação

No campo da saúde mental, quando falamos em diagnósticos, provavelmente, o que nos vêm em mente são os numerosos diagnósticos psiquiátricos, pois esquizofrenia, ansiedade, depressão e transtorno obsessivo compulsivo, por exemplo, são palavras que já foram amplamente incorporadas ao vocabulário comum, seja em virtude da grande divulgação através das mídias, seja pelos cada vez mais extensos manuais de classificação diagnóstica. Esse vocabulário, a princípio médico, extrapola as fronteiras da ciência e da saúde para se incorporar à linguagem cotidiana. Para Patrick Landman (2013), a doença mental, mas também o funcionamento mental, interessa a todos de uma forma geral, e são justamente os manuais os responsáveis por oferecer ao grande público essa aproximação com a psiquiatria. “O DSM é a psiquiatria para leigos. Ele se tornou um fenômeno social, a linguagem da psiquiatria se integra ao cotidiano, assim como à possibilidade de uma ‘auto-expertise’” (p.112, tradução nossa.).

Diante desse contexto, nos parece importante refazer uma trajetória histórica das classificações em psiquiatria partindo da primeira tentativa de classificação das patologias psiquiátricas que ocorreu nos Estados Unidos, em 1840, na forma de um censo, surgido a partir da necessidade de recolher dados estatísticos sobre a população. Esse censo opunha duas categorias: idiotia e insanidade.

Quarenta anos depois, em 1880, o censo distinguia sete categorias: mania, monomania, melancolia, paralisia, demência, alcoolismo e epilepsia, com o objetivo de organização do sistema asilar. A partir dessas categorias, a Associação Americana de Psiquiatria (APA), juntamente com a Comissão Nacional de Higiene Mental, desenvolveu, em 1918, um guia para hospitais: o *Manual Estatístico para Uso de Instituições de Insanos*. Ele incluía 22 categorias, dentre as quais se destacavam: psicose, melancolia, demência precoce,

paranoia, psiconeuroses e neuroses, sendo esse guia a última classificação que antecedeu o famoso *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*, o DSM (DUNKER, KYRILLOS NETO, 2011).

No ano de 1952 foi publicada pela APA a primeira edição do manual, o DSM-I, com a finalidade de obter dados estatísticos e formular uma linguagem universal sobre as patologias mentais. Possuía 106 categorias com um enfoque predominantemente psicanalítico, com grande influência do sistema diagnóstico de Adolf Meyer³⁷ (1856 - 1950), provenientes da psicodinâmica e do predomínio da oposição entre neurose e psicose. O primeiro grupo estava referido à ansiedade e à depressão, com preservação da ligação com a realidade, e o segundo era referenciado às alucinações e delírios, com perda significativa da realidade. Quadros de etiologia biológica, bem como aqueles de respostas a contextos sociais específicos, encontravam-se representados. O conjunto não refletia uma clara divisão entre o normal e o patológico e possuía o intuito de estabelecer um consenso terminológico entre os clínicos (DUNKER, 2014).

Para Aguiar (2004), a principal marca do DSM-I é a noção de reação, proveniente da psicobiologia de Adolf Meyer, reflexo do fato de que, à época, a psiquiatria americana compreendia as doenças mentais como reações psicobiológicas a eventos da vida dos indivíduos. A influência da psicanálise fica evidente no manual através do uso de expressões como *mecanismos de defesa e conflito neurótico*.

A segunda edição do DSM surgiu em 1968, apresentando 182 categorias. O principal fato a destacar na revisão promovida pelo DSM-II é que o termo *neurose* foi mantido, refletindo a predominância da psicodinâmica psiquiátrica e da psicopatologia comum entre psicanálise e psiquiatria, embora já fossem incluídas as perspectivas biológicas e os conceitos do sistema de classificação de Emil Kraepelin³⁸ (1856 - 1926). Tanto na primeira versão como na segunda os sintomas eram balizados em três grupos fundamentais: 1º) oposição entre neurose e psicose; 2º) oposição entre ansiedade e depressão, ou alucinação e delírio; 3º)

³⁷ Adolf Meyer, psiquiatra suíço, foi presidente da APA e um dos pioneiros da introdução da psicanálise nos Estados Unidos. Seu trabalho era focado em coletar histórias detalhadas da vida de seus pacientes. A mais proeminente de suas contribuições à psiquiatria vem de sua insistência em que os pacientes poderiam ser mais bem compreendidos se fossem levadas em consideração suas situações de vida. Sua concepção dos transtornos mentais envolvia fatores biológicos, psicológicos e sociais. Para ele, os transtornos mentais deveriam ser entendidos como reações psicobiológicas e elementos estressores e não como entidades mórbidas universais, se opondo desta forma ao modelo nosológico de Kraepelin (DUNKER, 2014; AGUIAR, 2004).

³⁸ Emil Kraepelin, considerado pai da psiquiatria moderna, foi o grande sistematizador da psicopatologia descritiva e responsável por consolidar de forma definitiva a vocação nosológica da psicopatologia, dedicando sua carreira a classificar sintomas e categorizar síndromes psiquiátricas entendidas por ele como entidades distintas. (DUNKER, KYRILLOS NETO, 2011; AGUIAR, 2004).

oposição entre quadros de preservação do contato com a realidade e quadros de perda de contato com a realidade (DUNKER, KYRILLOS NETO, 2011).

De acordo com Aguiar (2004), o DSM-II introduziu algumas diferenças em relação à primeira versão, mas manteve a ideia de base de que os transtornos mentais seriam a “expressão simbólica de realidades psicológicas (ou psicossociais)” (p. 28).

As críticas empreendidas à segunda versão do manual fizeram com que, em 1980, fosse publicado o DSM-III. Um dos objetivos era o de melhorar a validade e a uniformidade dos diagnósticos psiquiátricos e padronizá-los dentro dos Estados Unidos e de outros países, colocando um fim à “confusão de línguas” da psiquiatria do final da década de 70, além de facilitar os processos de regulamentação farmacêutica. Dessa forma, surgiu o DSM-III com a inclusão de novas categorias diagnósticas: 265 ao total. A questão relevante surge em relação à supressão do conceito de *neurose*, um dos principais termos da teoria psicanalítica que, para os reformadores do DSM-III, havia se tornado uma noção vaga e não científica. Sob o risco de não ser aprovado pelo Conselho de Administração da APA, a menos que o termo *neurose* fosse incluído em alguma incapacidade, o DSM-III firmou um compromisso político de reutilização do termo, sendo este incluído entre parênteses, em alguns casos, depois da palavra *disorder* (DUNKER, KYRILLOS NETO, 2011).

Finalmente publicado em 1980, o DSM-III tem sido considerado uma profunda transformação da psiquiatria. Propondo-se como um sistema classificatório *ateórico* e operacional das grandes síndromes psiquiátricas, esse manual modificou a concepção de pesquisa e da prática psiquiátrica, pois a psiquiatria teria disponível um sistema de diagnóstico preciso do ponto de vista descritivo-terminológico e passível de servir de apoio para a pesquisa empírico-experimental (DUNKER, KYRILLOS NETO, 2011, p. 616, grifo nosso.).

O DSM-III foi a última versão a admitir o termo *neurose* como categoria clínica, dessa forma ele se torna o símbolo do fim do “casamento” psicopatológico entre psiquiatria e psicanálise. Cedendo definitivamente aos critérios da nascente *medicina baseada em evidências*³⁹, ele rompe com os discursos psicanalítico e social que faziam a patologia mental depender dos modos de subjetivação e socialização em curso em um dado regime (DUNKER, 2014).

Para Aguiar (2004), o comitê de elaboração do DSM-III, comprometido com a rigorosa aplicação dos princípios de verificabilidade e experimentação científica, e assumindo que a causa de muitos dos transtornos mentais era, ainda, desconhecida para a psiquiatria,

³⁹ *Medicina baseada em evidências* (MBE) é um movimento médico que se baseia na aplicação do método científico, ou seja, a busca de evidências (provas) científicas a toda prática médica, especialmente àquelas tradicionalmente estabelecidas que ainda não foram submetidas à verificação sistemática científica.

determinou que, enquanto a etiologia e o processo de adoecimento não fossem conhecidos, a perspectiva a ser adotada deveria ser descritiva e atórica, ou seja, uma visão pragmática dos transtornos mentais, baseando-se nos fenômenos facilmente observáveis na clínica sem fazer referência a nenhum sistema teórico específico.

A mudança nos conceitos de enfermidade psiquiátrica no DSM-III obrigou que houvesse uma alteração nos estilos de entrevista utilizados por profissionais da saúde mental: de um estilo psicodinâmico, orientado pelo *insight*, para um estilo descritivo, orientado pelo sintoma, onde o último se baseia na hipótese de que os distúrbios psiquiátricos se manifestam através de um conjunto característico de sinais e sintomas, com um curso previsível e uma resposta a um tratamento específico. A meta da entrevista orientada pelo sintoma é classificar as queixas e disfunções do paciente de acordo com as categorias definidas pela classificação DSM. Tal diagnóstico prediz o curso futuro e ajuda a selecionar empiricamente o tratamento, porém não permite conclusões sobre suas causas (OTHMER, 1992 apud DUNKER, KYRILLOS NETO, 2011).

Com 297 desordens e 886 páginas, o DSM-IV é publicado em 1994. Para Sandra Caponi (2014), essa versão foi responsável pela multiplicação do número de diagnósticos psiquiátricos de acordo com sintomas clínicos bastante ambíguos, possibilitando o surgimento de novas terapêuticas, farmacológicas ou não. O que também fica claro a partir dessa versão é o rompimento com as teorias de cunho filosófico que caracterizavam as patologias psiquiátricas. Para Christian Dunker e Fuad Kyrillos Neto (2011),

Nos vinte anos que separam o DSM-III do IV, rompeu-se a tradição, em vigor desde Pinel, em que a caracterização das formas de sofrimento, alienação ou patologia mental fazia-se acompanhar da fundamentação ou da crítica filosófica. Rompeu-se não só o casamento entre psicanálise e psiquiatria, celebrado sob os auspícios de figuras de compromisso, como a psiquiatria psicodinâmica, mas também certa maneira de fundamentar e fazer psicopatologia. Ou seja, em vez de progredir pela ambiguação de línguas concorrentes, recorreu-se à unidade desambiguadora da norma (p. 616-617).

No dia 18 de maio de 2013, foi editada a última versão do DSM: o DSM-5, contendo mais de 300 categorias e 947 páginas. Construído sob a mesma base atórica e operacional das versões III e IV, o DSM-5 apresenta grandes fragilidades epistemológicas, limitando-se a elencar uma lista de sintomas pouco claros para um conjunto cada vez maior de patologias mentais (CAPONI, 2014).

O DSM-V se inscreve na mesma estratégia que caracteriza os Manuais de Estatística e Diagnóstico de Transtornos Mentais desde a ruptura operada no campo da

psiquiatria, no ano 1980, pelo DSM-III. A partir desse momento, começou-se a definir as patologias psiquiátricas por referência a agrupamentos de sintomas, o que acarretou a desconsideração das narrativas dos pacientes, das histórias de vida, das causas sociais e psicológicas específicas que podem ter provocado determinado sofrimento psíquico ou determinado comportamento (CAPONI, 2014, p. 744).

O que também chama atenção nessa versão é a longa lista de “outras condições que podem focar a atenção clínica”, onde aparecem os problemas de relacionamento, rompimentos familiares, negligência ou abuso parental, violência doméstica ou sexual, negligência ou abuso conjugal, problemas ocupacionais e profissionais, situações de falta de domicílio (*homeless*), problemas com vizinhos, pobreza extrema, baixo salário, discriminação social, problemas religiosos e espirituais, exposição a desastres, exposição a terrorismo, terminando pela “não aderência ao tratamento médico”. A longa lista é preocupante na medida em que denota os efeitos da exclusão da noção de sofrimento (DUNKER, 2014).

De acordo com Caponi (2014), foram muitas as vozes que se levantaram em oposição a essa última versão do manual, pesquisadores de todo o mundo junto a grupos internacionais e coletivos apresentaram objeções consistentes a esse modelo diagnóstico⁴⁰. Porém, dentre essas críticas, uma que mereceu destaque, foi a formulada por Thomas Insel (2013), diretor do *National Institute of Mental Health* (NIMH).

Thomas Insel argumentava que, por se tratar de uma lista de sintomas sem sustento científico sólido, o DSM não seria mais utilizado como referência para as pesquisas científicas financiadas pelo NIMH. O que em um primeiro momento parecia indicar o fim da hegemonia classificatória do DSM e poderia ser recebido com expectativa pelos seus opositores, mostra-se mais complexo do que a própria reedição do manual (CAPONI, 2014).

Para Insel, a debilidade do DSM-5 se daria pela sua falta de validade, e as diferentes versões do DSM deveriam ser consideradas um simples dicionário que poderia ser alterado a partir de acordos estabelecidos pela comunidade de psiquiatras, pois diferentemente de patologias bem definidas como a AIDS, câncer de pulmão ou doença de Chagas, as doenças psiquiátricas não apresentariam marcadores biológicos definidos, mas suposições e convenções. Ou seja, os diagnósticos não seriam fidedignos por sua falta de referência a estudos de laboratório capazes de validá-los (CAPONI, 2014).

De acordo com a autora, Insel sustentava que o NIMH deveria abandonar o uso do DSM, pois os pacientes com transtornos mentais mereceriam “algo melhor”.

⁴⁰A autora cita pesquisadores de diferentes partes do mundo, como Pignarre (2006), Elisabeth Roudinesco (2013), Phillips (2010), Paris e Phillips (2013), Sadler (2010, 2013), Hacking (2013), Horwitz (2007, 2002, 2013), Conrad (2007), Braunstein (2013), junto a grupos internacionais como *Stop DSM* (2013), ou o coletivo francês *Pas zero de conduit* (2013), que apresentaram sólidas objeções a esse modelo de identificação de diagnósticos, antes e depois da publicação do DSM-5 (CAPONI, 2014).

Será que finalmente se pedirá à psiquiatria que reconheça a urgente necessidade de substituir as fichas de diagnóstico e a contagem de sintomas pela história de vida dos sujeitos que padecem de sofrimentos psíquicos? Será que se trata de substituir uma arbitrária e convencional estratégia de agrupamentos de comportamentos (considerados como sintomas) pela escuta atenta à narrativa dos pacientes, a fim de auxiliar no complexo processo de construção de sua subjetividade? Certamente que não. O que para Insel significa “algo melhor” não é mais do que um retorno aos sonhos frustrados do século XIX, quando a psiquiatria surgiu como um espaço de saber que toma emprestado do saber médico sua dignidade e prestígio. Inicia-se então o processo, sempre inacabado e frustrado, de aproximar-se e identificar-se com os procedimentos e modelos utilizados pela medicina clínica geral (CAPONI, 2014, p. 746-747).

Essa crítica não agrega nada a um debate que se torna mais pertinente e necessário a cada dia, “muito pelo contrário, essa crítica retoma os postulados localizacionistas e deterministas que caracterizaram a psiquiatria biológica” (CAPONI, 2014, p.745).

Para a autora, em todos esses esforços para se achar a alteração neuroquímica ou a localização cerebral dos transtornos mentais, o que retorna é sempre o mesmo argumento de que “ainda não foi possível atingir os resultados esperados, mas um futuro promissor se anuncia para a explicação biológica de patologias mentais” (p. 746). Este futuro promissor é o que a psiquiatria segue aguardando com a ingênua esperança na possibilidade de identificar os processos de subjetivação e os sofrimentos nas alterações cerebrais, marcadores genéticos e exames de imagens.

Dunker (2014) afirma que o processo de crítica à racionalidade diagnóstica parte de um processo social de alienação e mercantilização do sofrimento humano. O autor aponta que o sistema diagnóstico desenvolvido pela APA se torna um objeto importante a ser analisado na medida em que se propõe a fixar e estabelecer uma maneira de conceber a psicopatologia que não deveria ser hegemônica em termos de pesquisa, de financiamento em saúde mental ou de orientação para a clínica. Para o autor, o que a psiquiatria precisa entender é que a definição crítica de quadros psicopatológicos, a reintrodução criteriosa de noções como mal-estar e sofrimento, o diálogo científico com outras matrizes políticas e epistemológicas são passos necessários para a definição de um programa de atenção e tratamento a um objeto tão complexo e transversal como a saúde mental.

3.2. A clínica como o real impossível de suportar

Freud (apud Jorge, 2002), diz em uma carta à Groddeck que “o inconsciente é certamente o verdadeiro intermediário entre o somático e o psíquico, talvez seja o *missing link*

tão procurado” (p. 12). Sabemos que essa também é uma definição que Freud utiliza para elucidar conceito de pulsão, introduzido por ele em 1905, com o qual ele inaugura a concepção psicanalítica da sexualidade. Para Freud, a pulsão se define, justamente, por se situar entre o psíquico e o somático, entre corpo e pensamento. Assim, ela é descrita como sendo o representante psíquico dos estímulos que provêm do interior do corpo e alcançam a mente. Ele a define como uma exigência de trabalho que é imposta à mente em consequência de sua ligação com o corporal. Dessa forma, Freud aproxima dois conceitos fundamentais da teoria psicanalítica: inconsciente e pulsão (JORGE, 2003).

Em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), ao criar o conceito de pulsão, Freud introduz três dos seus elementos. Em 1915, no texto *Pulsão e suas vicissitudes*, ele introduz mais um quarto elemento: *Drang*, a força ou impulso da pulsão. Ela pode ser definida como uma tendência à descarga que se origina de uma excitação interna, sendo uma força constante (*konstant Kraft*) (JORGE, 2003). Segundo Freud (1915): “por pressão de uma pulsão compreendemos seu fator motor, a quantidade de força ou a medida da exigência de trabalho que ela representa. A característica de exercer pressão é comum a todas as pulsões; é, de fato, sua própria essência” (p. 127).

O outro elemento da pulsão é o seu alvo ou finalidade (*Ziel*). Freud o conceitua como sendo sempre o de satisfação, e nos diz que, embora a finalidade da pulsão seja imutável, os caminhos para alcançá-la são diferentes. Um aspecto importante em relação a esse elemento é o que Lacan postula como o da impossibilidade de ser satisfeito. Em relação a isso Lacan nos diz: “a pulsão apreendendo seu objeto, aprende de algum modo que não é justamente por aí que ela se satisfaz” (1964/1985, p. 159).

Em relação ao objeto (*Objekt*) de uma pulsão, ele “é a coisa em relação à qual ou através da qual a pulsão é capaz de atingir sua finalidade. É o que há de mais variável numa pulsão e, originalmente, não está ligado a ela, só lhe sendo destinado por ser peculiarmente adequado a tornar possível sua satisfação” (FREUD, 1915, p. 128). Sendo, ele mesmo, indiferente, como conceitua Lacan. Para quem o objeto da pulsão só é indiferente porque ele, de fato, não existe. E esse objeto inexistente da pulsão, ele denomina como objeto pequeno *a* (Lacan, 1964/1985, p. 160).

O último elemento, a fonte (*Quelle*), é definida por Freud como “o processo somático que ocorre num órgão ou parte do corpo, e cujo estímulo é representado na vida mental por uma pulsão” (FREUD, 1915, p. 128). Lacan nos diz que esse elemento tem uma estrutura de borda, e ele possui essa estrutura justamente por ser uma montagem que faz a sexualidade fazer parte da vida psíquica:

A montagem pela qual a sexualidade participa da vida psíquica, de uma maneira que deve se conformar com a estrutura de hiância que é a do inconsciente. A estrutura de hiância que está no cerne da pulsão se confunde com a estrutura de falta, que constitui o núcleo do inconsciente (JORGE, 2003, p. 28).

Como afirma Jorge (2004), “inconsciente e pulsão podem ser definidos do mesmo modo porque apresentam uma interseção que se pode qualificar, com Lacan, de real” (p.103) e que pode ser descrito da seguinte forma: “o núcleo real do inconsciente, $S(A)$, é constituído pelo objeto faltoso da pulsão, a ” (p.103), como mostra o esquema abaixo:

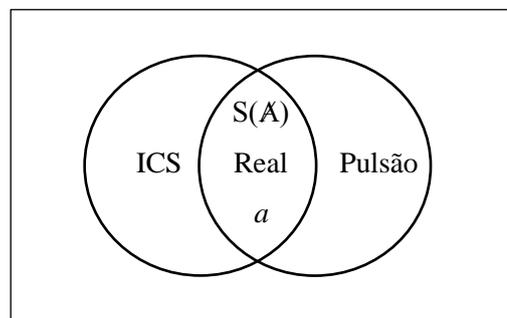


Figura 6. Fonte: Jorge, 2004, p. 103.

Lacan, por sua vez, formula que o inconsciente é estruturado como uma linguagem. Dessa forma, esses dois conceitos pilares da teoria psicanalítica expressam, portanto, a conexão íntima que existe entre linguagem e sexualidade, entre pensamento e corpo, ou, como localiza Lacan, entre simbólico imaginário e real (JORGE, 2003).

Para Jorge (2000), a pulsão encontra amparo no inconsciente devido à equivalência que ambos apresentam, pois “a falta que constitui o objeto da pulsão é a mesma que constitui o núcleo real do inconsciente. E é precisamente em torno desse núcleo real, de falta, que o inconsciente se estrutura, no simbólico, como uma linguagem” (p. 53).

O conceito de pulsão é elaborado ao longo de toda a obra de Freud, porém ele só adquire seu verdadeiro estatuto a partir de 1920, em *Além do princípio do prazer*, ao refletir sobre a compulsão à repetição e a atividade pulsional, ele chega ao advento da pulsão de morte e à formulação de um novo dualismo pulsional⁴¹.

⁴¹ O primeiro dualismo pulsional aparece pela primeira vez em Freud em *A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão* (1910), onde ele opõe as *pulsões sexuais* às *pulsões do eu* ou de *autoconservação*. Já no segundo dualismo pulsional, Freud coloca as *pulsões do eu* e as de *autoconservação* no

Lacan, em seu *Seminário 11*, afirma algumas vezes que toda pulsão é pulsão de morte, com isso, ele nos diz que em nosso psiquismo existe um único vetor que é o da pulsão de morte e esse vetor pode ser representado, de acordo com Jorge (2003), da seguinte forma:



Figura 7. Fonte: Jorge, 2003, p.31.

Para o autor, em todas as elaborações de Freud sobre a pulsão o que fica claro é que ela é imperiosa, que exige a todo custo satisfação e jamais renuncia a obter o prazer almejado, sendo uma força constante que aponta para uma única direção: a da satisfação. Que no entanto, é impossível de ser alcançada já que o objeto que proporcionaria tal satisfação à pulsão não existe. Esse objeto, Freud denomina de *das Ding*, a Coisa, sendo “exatamente porque a Coisa não existe que a pulsão é uma força constante, que insiste o tempo todo em tentar obter essa Coisa que jamais aparece para ela” (p. 32). A pulsão (de morte) pede a Coisa, ou seja, o objeto da pulsão de morte é *das Ding*. O que Freud denominou de morte, Lacan deu o nome de gozo, e somos movidos por esse vetor mortífero, onde o empuxo-ao-gozo é também empuxo à morte (JORGE, 2003).

Jorge (2003) também nos esclarece que *das Ding*, A Coisa, objeto da pulsão de morte, que propiciaria o gozo absoluto caso fosse passível de ser atingido, é justamente o nome que se dá a uma das faces do objeto *a*, a face real. (p. 34).

Portanto, inconsciente e pulsão são conceitos distintos, mas que têm em comum essa interseção que é o real. E é justamente porque inconsciente e pulsão são dois conceitos que apontam para o real que eles se tornam indispensáveis para se compreender a clínica a partir da descrição dada por Lacan de que “a clínica é o real como impossível de suportar” (Lacan, apud Miller, 1997, p. 123).

E qual seria esse real da clínica impossível de suportar? Para o paciente, ele é impossível de suportar, pois se apresenta como algo que sobra, um transbordamento do corpo ou do pensamento. Daí advém uma das balizas que Lacan afirma, em 1966, no seu texto “*O lugar da psicanálise na medicina*”, de que o corpo é algo feito para gozar, na medida em que o gozo ao qual ele se refere é esse gozo mortífero atribuído ao real.

mesmo campo da *pulsão sexual* e as denomina de *pulsão de vida* em oposição às *pulsões de morte* (JORGE, 2003).

Para o psicanalista, a clínica é uma tentativa de emoldurar e de contornar esse impossível de suportar. De encontrar-lhe uma lei e de simbolizá-lo, sendo ela mesma uma prática impossível. Freud, em *Análise terminável e interminável* (1937b/2006) nos afirma que educar, governar e psicanalisar seriam ofícios impossíveis (p.265). A psicanálise ao tentar circunscrever o real está à sua escuta, mas sem pretender, no entanto, dominá-lo pela imposição de um saber.

Para os outros profissionais, sejam eles médicos ou não, o real da clínica aponta para o fato de que não sabemos tudo e de que não temos todas as respostas, existindo, assim, um furo no saber que nenhum conhecimento, nem mesmo o científico, é capaz de apreender:

Nesse sentido se pode dizer que o campo da psicanálise é – em seu nascimento e ainda hoje – aquele que se funda pelo recolhimento do fracasso da mestria pretendida sobre o real. Fracasso que, sustentado pelo psicanalista, vem testemunhar a falta fundamental que Lacan concebe como a “inexistência da relação sexual”: falta de um objeto último que pudesse resolver o desejo. Falta que é determinante para a constituição do campo do sujeito e que o nosso cientificismo aspira condenar ao recalque (COSTA-MOURA e PILÃO, 2013, p. 351).

A seguir apresentaremos alguns casos clínicos, que são apenas o recorte de uma experiência, mas a partir dos quais as questões e impasses abordados nessa dissertação foram se tornando evidentes para mim, servindo como motor e como fio condutor desse trabalho de pesquisa.

3.2.1. Casos clínicos

Caso clínico 1: Em outubro de 2015, uma jovem de 34 anos, que aqui identificarei como C.⁴², dá entrada pela primeira vez à emergência do CPRJ. Chega trazida pelos bombeiros e pela mãe. Em sua anamnese, de acordo com o relato da mãe, a filha apresentava alterações de comportamento iniciadas há aproximadamente seis meses, após o fim de um relacionamento.

C. residia com o companheiro e, após o rompimento da relação, passou a peregrinar por delegacias, na tentativa de denunciar o sequestro do namorado. Ela havia parado de trabalhar e não pagava mais as contas de casa. Com os alugueis todos atrasados e a luz

⁴² Para preservar a identidade dos pacientes todos os nomes foram omitidos e os identificaremos apenas com letras aleatórias. Os elementos que pudessem levar à identificação deles foram alterados ou suprimidos.

cortada, havia se trancado em seu apartamento e não abria mais a porta para ninguém, nem mesmo para pessoas da família.

Diante da situação que já se prolongava, a mãe chamou o corpo de bombeiros e C. é levada à emergência do hospital. Ao exame, apresentava-se orientada e com vestes limpas. Taquipsiquismo e fala acelerada com discurso de conteúdo persecutório e ideação paranoide são as informações que constam em seu prontuário.

Com hipótese diagnóstica F29 (Psicose não-orgânica não especificada) e uma interrogação de F31 (Transtorno afetivo bipolar) pela CID-10⁴³, ela é internada na enfermaria de crise do hospital. Durante a internação falava com angústia do sumiço do namorado. Contou à equipe que desde que o namorado fora sequestrado havia ido a inúmeras delegacias denunciar o fato, chegando até mesmo ir ao Ministério Público, mas as pessoas não acreditavam nela. Dizia não saber o porquê de estar internada em um hospital psiquiátrico e questionava constantemente o fato de estar naquela enfermaria. Queixava-se muito do uso da medicação, relatava que a mesma a deixava lenta demais e não compreendia porque precisava de remédios. A paciente se apresentou para os membros da equipe como cineasta, atriz, bailarina e produtora cultural. Ela contou à equipe que havia conhecido A., seu companheiro, com quem teve um relacionamento por cinco anos. Os dois moravam juntos e trabalhavam como sócios, mas que de repente a sua vida havia mudado completamente após o desaparecimento do namorado. A partir disso, toda uma complexa narrativa delirante de sequestro é criada em relação ao companheiro.

Em *Neurose e psicose* (1924[1923]/2006), Freud afirma que as neuroses seriam o resultado de um conflito entre o eu e o isso, ao passo que as psicoses seriam um desfecho análogo, mas semelhante a um distúrbio nas relações entre o eu e o mundo externo. Nas neuroses, o eu se defende de uma moção pulsional mediante o mecanismo do recalque. Ele afirma que o material recalado luta contra esse destino e cria para si representações substitutivas, que se impõem ao eu mediante um processo de conciliação, dando origem ao sintoma. Já nas psicoses ocorreria um processo semelhante, porém proveniente de um distúrbio entre o eu e mundo externo. Na psicose, o eu criaria um novo mundo externo e interno. Ele chama a atenção para dois fatos em relação aos quais diz não poder haver dúvidas: “de que este novo mundo seria construído de acordo com os impulsos desejosos do

⁴³ Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID; em inglês: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD). É publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e, atualmente, encontra-se na sua décima edição (CID-10).

isso e que o motivo dessa dissociação do mundo externo seria uma frustração muito séria de um desejo por parte da realidade – frustração essa que parece intolerável” (p. 168).

Em *Perda da realidade na neurose e na psicose* (1924/2006), Freud postula que para as neuroses o eu, em sua dependência da realidade, suprimiria um fragmento do isso (da vida pulsional) e o fator decisivo seria a predominância da influência da realidade. Enquanto que para as psicoses, o eu, a serviço do isso, se afasta de um fragmento da realidade e o fator decisivo seria a predominância do isso. Ele ainda nos esclarece que na formação das psicoses duas etapas podem ser discernidas, em que a primeira arrastaria o eu para longe da realidade, enquanto a segunda tentaria reparar o dano causado e restabelecer as relações do indivíduo a expensas do isso. E nos diz que essa segunda etapa teria o caráter de reparação com a criação de uma nova realidade.

C. abre um surto psicótico após a vivência de uma situação traumática. Diante do fim da relação amorosa, cria para si um delírio, uma nova realidade, na qual substitui o fim de um relacionamento por uma ideia delirante de sequestro. Jorge (2003) define, de acordo com Lacan, o trauma como sendo a emergência do real no imaginário do sujeito, e como traumáticas uma gama de situações como, por exemplo, uma grave doença, a morte de um ente querido ou mesmo o fim de uma relação amorosa, situações essas que abalam a homeostase psíquica dos sujeitos.

Nas neuroses, quando a homeostase do sujeito é abalada, acontece o que Freud (1917/2006) denominou de trabalho de luto. De acordo com Jorge (2003), o trabalho de luto seria a tentativa de restabelecer a homeostase psíquica através das palavras e das imagens, ou seja, do simbólico e do imaginário, para aquilo que ficou completamente despedaçado. Seria um trabalho de refazer a tela da fantasia que foi dilacerada pela perda, fantasia que é efeito imediato da operação do recalque originário. Nas psicoses, em que não há instauração da fantasia devido à falha no recalque originário, o que pode acontecer é a formação de um delírio numa tentativa de reconstrução da realidade dilacerada à sua volta.

Em sua primeira internação, em outubro de 2015, C. permaneceu na enfermaria de crise do hospital por 18 dias. Poderíamos considerar que a paciente teve “uma boa resposta ao tratamento”, com diminuição do discurso delirante e das ideias persecutórias. Após a alta hospitalar, passa a ser acompanhada no ambulatório do hospital pela psiquiatria e pela psicologia. Nos atendimentos psicológicos, apesar de preservar algum conteúdo delirante, a paciente apresentava um discurso mais organizado, e em sua fala o namorado já não aparecia mais como vítima de um sequestro. Ela começou a falar do fim da relação e que talvez o

companheiro tivesse mesmo deixado a casa, já que a relação não ia bem e que há algum tempo ele vivia como bígamo, o que lhe causava sofrimento.

Passado algum tempo, a paciente abandona o tratamento médico e psicológico. Ela retorna quase um ano depois, em setembro de 2016, novamente trazida pela mãe. Com novos elementos incorporados à trama delirante, queixava-se do sequestro do namorado, das conspirações de pessoas que queriam o fim da sua relação e da mãe, que em seus delírios ocupava o lugar de perseguidora, impedindo-a de seguir a própria vida, sabotando seus trabalhos e projetos. Ela é novamente internada e, dessa vez, passa 25 dias na enfermaria. E, como na primeira internação, a paciente “responde bem ao tratamento”.

Após a alta, retorna ao acompanhamento psiquiátrico e psicológico no ambulatório. Suas queixas em relação à medicação e os efeitos da mesma era algo constante em sua fala. Um dia, ela chega ao atendimento e conta que iria fazer um teste para um possível trabalho. Fala que temia não conseguir, pois as medicações lhe tiravam a capacidade de sentir emoção, o que se apresentava como um problema, visto que sua profissão era de atriz. Queixava-se também do ganho de peso causado pela medicação, pois isso a prejudicava em sua carreira.

Nos atendimentos psicológicos a paciente segue falando de sua vida, e começa a ficar claro, a partir de sua fala, que seus delírios pareciam querer dar conta de grandes frustrações impostas pela realidade, colocadas pela paciente como muitos difíceis de suportar: o fim da relação conturbada com o namorado; as traições do rapaz; o seu desejo ainda não realizado de ser mãe e o filho que o companheiro havia tido, com outra mulher, durante o relacionamento; sua carreira de atriz pouco consolidada; as dívidas e o fato de estar morando com a mãe e dois irmãos em um minúsculo apartamento são alguns dos fatos trazidos pela paciente. Novamente, após algum tempo de tratamento ambulatorial, a paciente deixa de ir às consultas, tanto médicas como psicológicas.

A terceira internação acontece em maio de 2017 e tem duração de 33 dias. Dessa vez, ela aparece com uma nova e complexa narrativa delirante que envolvia políticos, fama, dinheiro, filhos e a acusação da mãe tê-la roubado de sua verdadeira família, a família de um cantor norte-americano mundialmente famoso. Nessa internação, a paciente tem o seu diagnóstico médico estabelecido como F31.2 (Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos) pela CID-10. Seu discurso fazia com que, a cada internação, ela fosse medicada com doses cada vez mais altas de antipsicóticos e estabilizadores de humor, na tentativa de supressão dos seus sintomas, e, sobretudo, de suas ideias delirantes. Mas as altas doses de medicação só eram aceitas pela paciente durante as internações, o que se mostrava sempre sem sucesso no período pós-alta; afinal, ao deixar o

hospital, ela começava imediatamente a questionar o uso das mesmas, dizia não gostar de tomar remédios, que eles a engordavam, atrapalhavam sua carreira de atriz e não serviam para nada. Como consequência, ela interrompia o uso das medicações abandonando o tratamento.

Sua quarta internação acontece em dezembro de 2017, e, dessa vez, a paciente fica internada por 76 dias. Chegou trazida pelos bombeiros após dois dias desaparecida; a mãe contou que a filha havia sido encontrada em um bairro distante muitos quilômetros de sua residência. Com os pés machucados e inchados, a paciente conta que havia chegado até o local caminhando. O motivo: precisava recuperar uma herança que lhe fora negada.

Em seus delírios, quase sempre de grandeza, a paciente é alguém rica e bem sucedida, filha de famosos, herdeira de grandes fortunas, com uma carreira artística importante, filhos, marido... A presença de delírios erotomaníacos também era comum e neles ela afirmava o quanto um famoso ator brasileiro a amava, e anunciava seu casamento com o mesmo, o que lhe gerou um processo judicial.

Em seu livro, *Teoria e clínica da psicose* (2014), Antônio Quinet nos alerta para a necessidade de abordar a psicose como algo específico, que tem sua lógica e seu rigor. Para o autor, trata-se de considerar a psicose como estrutura clínica, diferente da neurose, e não como um estado que qualquer um pode apresentar:

Falar da psicose e não das psicoses é acentuar a psicose como uma estrutura clínica, uma estrutura que se revela no dizer do sujeito e que corresponde a um modo particular de articulação dos registros do real, simbólico e imaginário. É também acentuar que na psicose, assim como na neurose, trata-se da estrutura da linguagem, ou melhor, da relação do sujeito com o significante (p.3).

Para os médicos, os delírios da paciente eram considerados como *episódios*, como um fato acessório, o evento de uma doença de fundo, o transtorno afetivo bipolar, e deveriam ser eliminados. Parece-nos de extrema importância sublinhar que considerar que um paciente *está* psicótico é algo completamente diferente de considerar que ele *é* psicótico, e essa diferença têm efeitos, sobretudo, na direção e no manejo que se faz do caso clínico.

Diante de um quadro grave e das situações de risco a que a paciente se expunha, os médicos, apostando no uso de grandes quantidades de medicação como a única forma de estabilização, pareciam não perceber o quanto a medicação, responsável por “estabilizá-la”, também era a principal responsável pelo seu abandono do tratamento.

A hipótese sustentada pela equipe de psicologia era a de que a aversão da paciente ao uso das medicações não residia propriamente nos motivos pelos quais ela se queixava (apesar de legítimos), mas sim, no fato de serem justamente as medicações que a impediam de delirar,

trazendo-a sempre de volta para a realidade insuportável. Porém, um consenso entre a equipe nunca foi alcançado.

Se levarmos em consideração o que Freud (1924/2006) afirma: que tanto na neurose como na psicose, o que ocorre é uma tentativa de substituir a realidade por outra que esteja mais de acordo com os desejos do indivíduo; e que a psicose não apenas repudia a realidade, mas tenta substituí-la por meio do delírio, que para Freud é entendido como tentativa de reparação e de cura, remendo no lugar em que originalmente apareceu uma fenda na relação do eu com o mundo externo, podemos questionar essa postura ativa de tentar eliminar os delírios da paciente a qualquer custo.

Como afirma Quinet (2014), “o delírio é, portanto, não algo a ser combatido para ser destruído, mas é o próprio trabalho de elaboração do sujeito para viver num mundo suportável” (p. 60). Freud, em seu *Rascunho H* (1950[1892/1899]/2006) sobre a paranoia, nos pondera que as ideias delirantes são sustentadas com a mesma energia que outra ideia penosa é rechaçada do eu. Assim, ele afirma que “essas pessoas amam seus delírios como amam a si mesmas” (p. 257).

Para a psicanálise, psicótico é aquele que encontra a possibilidade de sujeito na própria psicose e não na aproximação com a realidade, pois a realidade para o sujeito psicótico, não sendo balizada pelo simbólico, torna-se insuportável. O que impressiona nesse caso é o árduo trabalho da paciente de reconstrução do mundo e da realidade à sua volta. Com isso, podemos afirmar que o analista não está interessado na terapêutica imediata das internações e dos fármacos, nem na supressão dos delírios, mas sim em ouvir esses sujeitos e suas produções delirantes, pois é justamente nos delírios que se encontra a verdade dos sujeitos psicóticos.

Após a quarta internação, a paciente ainda passou por duas outras: a quinta, em junho de 2018, que durou 46 dias, e a sexta, que durou 53 dias e aconteceu em agosto de 2020. Desde então, ela não voltou mais ao hospital.

Não afirmo que a psicanálise tenha a solução para esse caso complexo e de difícil manejo, nem que a paciente não precise de medicação, mas considerando que o delírio é o modo como o inconsciente (a céu aberto) do psicótico se oferece à escuta, podemos seguir os passos de Freud (1937a/2006) quando ele nos afirma que, em relação aos sujeitos psicóticos, um caminho possível seria o de abandonar o vão esforço de convencer o paciente do erro do seu delírio e de sua contradição da realidade – e aqui, eu acrescentaria o esforço de tentar eliminar suas produções delirantes a todo custo – e, pelo contrário, reconhecer que o seu núcleo de verdade permitiria um campo *comum* sobre o qual o trabalho terapêutico poderia se desenvolver.

Caso clínico 2: Atendo B. pela primeira vez no ambulatório em dezembro de 2018, após ela sair de uma de suas internações. A paciente comparece ao atendimento acompanhada de uma cuidadora, pois quase não conseguia caminhar devido ao efeito da grande quantidade de medicações que fazia uso. Durante o atendimento, mal conseguia articular umas poucas palavras. Em análise ao seu prontuário observo que B. já possuía um longo histórico de internações no hospital, a primeira havia se dado em 2013, quando ela tinha 25 anos, motivada por tentativa de suicídio com escoriações no pescoço e dedos dos pés.

Em entrevista com a família realizada no dia de sua primeira internação, consta em seu prontuário que ela já havia tido algumas internações anteriores no Instituto Municipal Philippe Pinel, todas por tentativas de suicídio. O companheiro, com quem a paciente era casada na época, narrou que no dia anterior de sua internação no CPRJ, haviam ido a um forró e que, ao final do show, B. afirmou que ele estaria “de olho” em outra mulher. Gritou, jogou pedra no companheiro e voltou para casa sozinha. Ao chegar à casa, o marido encontrou tudo quebrado e B. caída no chão, com cortes no pescoço e nos pés. A internação durou alguns dias e após a alta, a paciente não deu continuidade ao tratamento.

Retorna um ano e três meses depois, em janeiro de 2015, onde é novamente internada por tentativa de suicídio: tentou se jogar na frente de um ônibus.

A partir das suas primeiras internações, um ciclo passa a ser estabelecido pela paciente e algo sempre se repete: após alguns eventos como brigas com o ex-marido ou com membros da família, a paciente responde com tentativas de suicídio com automutilação, ingestão de grandes quantidades de medicação ou com tentativas de se jogar de janelas ou na frente de veículos. A paciente começa a ser constantemente internada, e a solicitar, a cada internação, grandes quantidades de medicação para tentar dar conta dos seus sintomas. Medicações que se por ventura lhe são negadas, incitam a paciente a um comportamento de bater com a cabeça reiteradas vezes na parede, até que a mediquem. Comportamento que ela também tem diante das situações que como ela mesma diz: “deixam nervosa”.

Os relatos dos profissionais no prontuário também são muito parecidos e falam de baixa tolerância à frustração, uso abusivo de álcool e episódios de hetero e autoagressividade, seguidos de automutilação. Os relatos da paciente são sempre de vazio interior, solidão, tristeza, e falas que apontam para sentimentos de menos-valia. As hipóteses diagnósticas em seu prontuário são de F32.2 (Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos), F60.3 (Transtorno de personalidade com instabilidade emocional), F60.4 (Personalidade histriônica) e F31 (Transtorno afetivo bipolar).

A paciente nunca manteve e uma frequência muito regular nos atendimentos ambulatoriais comigo, talvez pelo não estabelecimento de uma transferência. O oposto pode ser observado em relação aos atendimentos médicos, ao quais não falta nunca, mesmo diante das mudanças constantes de médicos do setor. Ao que parece, a transferência da paciente não se dá propriamente com a figura do médico que a atende, mas sim com a substância que ele lhe prescreve.

Mesmo com a pequena frequência, algumas coisas podem ser apreendidas de sua fala como, por exemplo, a relação que a paciente estabelece com o uso das medicações. Durante os atendimentos, a paciente sempre ocupa a posição de alguém muito doente, se descrevendo enquanto tal e, assim, justificando o uso de tantos remédios. Além disso, a medicação aparece com a função de sedá-la completamente diante de suas angústias, assim como o álcool, de que ela faz uso há muitos anos; chama a atenção que ela fala das duas coisas sem fazer distinção entre elas.

A medicação para B, além de manter e justificar a sua condição de doente e de sedá-la diante de suas angústias, também a coloca como objeto de amor, tanto dos cuidados médicos, como da cuidadora, e também do ex-marido, responsável por administrar sua medicação.

Diante do número excessivo de internações, a equipe de psicologia decide realizar um levantamento do prontuário da paciente, composto de três grossos volumes. Ao todo, são contabilizadas aproximadamente 30 internações entre 2015 e 2020, sendo que durante algumas dessas internações o número de comprimidos prescritos à paciente chegou à soma de 18 comprimidos por dia, entre antipsicóticos, estabilizadores de humor, antidepressivos e ansiolíticos.

Esse uso abusivo de medicação e reiteradas internações tende a revelar, como nos apontam Santos e Santiago (2010),

(...) o quadro monótono e repetitivo da paciente que busca o produto que porá fim ao desconforto dos seus sintomas e do médico que - mesmo se dando conta da inconveniência desse pedido já recorrente - prescreve novos medicamentos. Estabelece-se aí uma cumplicidade própria da configuração moderna médico-doente - este último quase sempre uma paciente histérica (p.65)

Para os autores, como a demanda que o doente faz para o médico não é propriamente de cura, mas muitas vezes de autenticação enquanto doente, pode-se concluir que toda vez que o ato médico se realiza, por exemplo, na prescrição de medicações ou nas internações, algo fora do campo do que pode ser modificado pelo benefício terapêutico permanece

imutável e constante. Marcando-se, dessa forma, a clara oposição entre o que se demanda e o que se deseja.

Nas reuniões de equipe, esse caráter da inconveniência da prescrição de tantas medicações era sempre levantado, assim como a inconveniência das repetidas internações que, para a paciente, não produziam nenhum efeito terapêutico, mas pouco se pode avançar nesse sentido.

Até que ponto nós, da equipe, estamos de fato fazendo algo por essa paciente? Até que ponto nós, incluídos pela paciente nesse ciclo de repetição mortífero, não estamos apenas reforçando seus atos quando a internamos reiteradas vezes e a dopamos de medicação sem ao menos nos questionarmos sobre a iatrogenia dessa conduta? É claro que estamos diante de um caso complexo, onde existe algo que se repete na forma de um gozo mortífero e que transborda em tentativas de suicídio, mas o caráter repetitivo das internações de B. é algo que precisa ser pensado como fazendo parte do seu sintoma. Pensaremos e nos implicaremos no nosso papel nessa relação ou seguiremos, assim como ela, “batendo a cabeça”?

Caso clínico 3: V. é uma mulher nordestina, moradora de uma comunidade no Complexo da Maré. Assim como tantas outras, veio ainda muito jovem para o Rio de Janeiro em busca de melhores condições de vida. Em suas palavras, veio “em busca do seu sonho de poder sonhar”. A mãe faleceu quando ainda era pequena e nunca conheceu o pai. Foi criada pela avó materna que a agredia física e verbalmente. Saiu de casa aos 13 anos. Hoje tem 73, mas não aparenta a idade já um pouco avançada. Desde que seu marido a deixou, ainda na década de 90, vive sozinha em sua casa que ela própria denomina de “veredas escuras”.

Trabalhou grande parte da vida como costureira. É aposentada, mas, apesar de ter uma renda fixa, também trabalha como catadora de lixo. Circula por toda a comunidade a catar todo tipo de coisas: roupas, garrafas, latinhas, eletrodomésticos usados, panelas... Uma parte dos itens que recolhe em suas andanças vende para recicladores da própria comunidade, a outra acumula em casa. Tem tantas coisas dentro de casa que sempre me diz que há tempos não dorme em seu quarto, nem em sua cama, que, segundo ela, estão repletos de sacos, roupas, papéis e outros objetos. Dorme na varanda em um velho sofá e se cobre com panos e plásticos para não se molhar muito quando chove.

Tem o costume de sair de casa bem cedo, e, antes mesmo do dia começar, caminha pelas ruelas da favela em busca dos objetos. Sempre volta para casa com algumas coisas, cuida dos animais e se arruma para pegar o ônibus e seguir para os diversos lugares por onde

também circula. Ela faz teatro há muitos anos e percorre toda a cidade em busca de locais que ofereçam tal atividade. Já frequentou o Retiro dos Artistas, o Hotel da Loucura, a Escola SESC, grupos na Cidade de Deus e na Gamboa. “Eu preciso fazer teatro”, diz ela, “no teatro posso ser o que eu sou”, “se não fosse o teatro já estaria louca”.

V. tem um estilo próprio, alguns chamariam de exótico, usa as roupas que encontra nas ruas e as sobrepõe, criando seus próprios figurinos. Um dia, chega com a tiara de cabelo na nuca. Senta-se e queixa-se de que uma conhecida lhe havia dito que assim estava errado, que a tiara deveria ficar em cima da cabeça. Então me explica que gosta de usar a tiara naquele local. “É para prender os cabelinhos!”, diz apontando para a nuca. E segue, “eu sou difícil de ser lida. As pessoas que estão dentro de um padrão tem dificuldade em me entender”.

Gosta muito de animais. Já teve muitos, mas atualmente cria alguns gatos e dois passarinhos que dividem a casa com os ratos que se escondem por entre as coisas acumuladas. Às vezes, os ratos comem os passarinhos. Às vezes, os gatos comem os ratos. E se os gatos adoecem, cuida deles com própolis, mas às vezes eles morrem. Também trata com própolis e cinzas de cigarro algumas micoses que têm nas unhas devido ao constante manuseio do lixo. Segundo ela, “esse é o melhor remédio!” E me diz em tom de reprovação: “a pomada que a médica da clínica da família receitou nunca adiantou de nada e ela ainda me pediu para usar luvas”.

Sobre as coisas que acumula, às vezes se queixa de que não tem mais espaço na casa nem para caminhar, mas diz que precisa das coisas que cata e por isso não pode se desfazer delas, “Eu tenho medo de tirar as coisas ruins da minha vida, porque minha vida sempre foi arruinada”.

V. se trata no CPRJ desde 2002, mas conta já ter feito tratamento em vários locais da rede. No prontuário, a primeira hipótese diagnóstica pela CID-10 é de F48 (Outros transtornos neuróticos), um medicamento usado para controle de ansiedade é prescrito. Na evolução do prontuário, outras hipóteses diagnósticas vão surgindo, como F42 (Transtorno obsessivo-compulsivo) e F31 (Transtorno afetivo bipolar) e, junto com os novos diagnósticos, as tentativas de introdução de vários psicotrópicos. Expressões como fala acelerada, compulsão por acumular objetos, etc. eram os motivos para a introdução das medicações. Medicamentos que ela sempre abandonava após um breve período de uso. Por quase 10 anos foram prescritos os mais diversos medicamentos para a paciente como antipsicóticos, estabilizadores de humor e ansiolíticos, todos com a tentativa de supressão dos seus sintomas.

Em 2011, inicia acompanhamento psicológico com uma antiga psicóloga do serviço e em 2012 recebe alta médica. É claro que ouvir os relatos da paciente que vive em meio aos ratos e ao lixo é difícil e angustia, mas por que os sintomas de V. deveriam ser retirados? Por que seria necessário conduzi-la a uma norma? São algumas das perguntas que faço.

Lacan nos diz que a estrutura do sujeito, seja neurótica, psicótica ou perversa, é algo determinado ainda na infância pelas saídas que o mesmo encontra diante do Complexo de Édipo, do Complexo de Castração e da inscrição ou não do significante Nome-do-Pai. Para além dos fenômenos clássicos característicos das psicoses, como os delírios e as alucinações, é preciso pensá-las como uma forma de estruturação do psiquismo, algo determinante na forma como o sujeito vai se relacionar com o mundo à sua volta.

V. chega até mim encaminhada após sua antiga psicóloga deixar de trabalhar na instituição. Há cinco anos que V. vai semanalmente aos atendimentos e não falta nenhuma sessão. Ela nunca surtou de fato, por isso nunca foi internada. Também não tem alucinações, mas a ouvindo com atenção é possível identificar algumas crenças delirantes em sua fala. Como o fato de sentir-se lesada pelos professores de teatro que, segundo ela, só querem enriquecer à custa do trabalho dos idosos, pois as peças nas quais ela já atuou são vendidas por grandes somas de dinheiro e que ela nunca recebe nada por isso, ou quando fala que os meninos da comunidade ficam brincando e conversando em frente à sua casa para vigiá-la, e que às vezes tem medo, pois acredita que pode estar sendo filmada através de câmeras que são colocadas em sua casa.

V. de alguma forma me lembra Estamira⁴⁴, a emblemática personagem real do documentário homônimo, moradora do antigo aterro sanitário de Jardim Gramacho, onde também era catadora, e que encontrou no lixo alguma estabilização para sua psicose. V. encontrou sua estabilização no lixo, mas também no teatro.

É preciso escutar além dos seus sintomas para compreender a função que eles têm em sua vida e, ao invés de tentar retirá-los, é preciso entender que, muito provavelmente, são eles que lhe possibilitam alguma forma de estabilização, fazendo com que ela siga vivendo essa loucura quase silenciosa, para usar as palavras de Darian Leader (2013).

Para Leader (2013), com o abandono da psiquiatria clássica e a ascensão de uma psiquiatria biológica em seu lugar, algo de muito valioso se perdeu. A escuta dos pacientes, que antes era realizada de forma longa e detalhada, abriu lugar a uma psiquiatria surda, onde o indivíduo não é mais escutado em sua singularidade, onde a fala do sujeito parece ter pedido

⁴⁴ Estamira (2004), documentário de Marcos Prado.

seu valor. A fala do sujeito só é ouvida para que este seja enquadrado em alguma categoria diagnóstica e lhe sejam prescritos medicamentos com a finalidade de extinguir os seus sintomas. Mas e quando os próprios sintomas são uma condição para o sujeito? E as outras formas de tratamento que não se dão pela via medicamentosa?

Uma teoria psicanalítica da psicose não quer dizer que deva haver, necessariamente, apenas psicanálise. Mas sim que a psicanálise pode servir de orientação e inspiração para outros trabalhos, outros tratamentos, feitos sob medida para a singularidade de cada paciente (LEADER, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse trabalho, tentamos trazer a complexidade que envolve os chamados transtornos mentais, principalmente em relação às diferentes abordagens psicanalítica e psiquiátrica, levando em consideração a minha experiência de sete anos de trabalho enquanto psicóloga/psicanalista de um hospital psiquiátrico público do município do Rio de Janeiro. O que eu pude observar e vivenciar no cotidiano da minha prática é que, em relação a médicos psiquiatras e psicanalistas, o que se observa é uma grande “diferença de línguas” e, sobretudo, de metodologia na abordagem dos transtornos mentais.

Dessa forma, tentamos pensar como algumas concepções sobre os fenômenos psicopatológicos poderiam ser mais bem inter-relacionadas com o objetivo de fundamentar uma clínica na saúde mental e na reforma psiquiátrica que possa fazer frente à redução da clínica ao biológico-farmacológico e ao achatamento das possibilidades de existência humana, levando em consideração o sujeito falante e sua subjetividade.

Iniciamos esclarecendo, a partir do estudo de Foucault (2002), como a loucura, transformada em objeto médico ao final do século XVIII, passou a ser observada, classificada e medicalizada de diferentes formas. E como os hospitais se tornaram, ao longo dos séculos, locais de exclusão e de silenciamento da loucura. Pudemos observar que, desde Pinel até a psiquiatria atual, um importante fator que se observa é a progressiva destituição da qualidade enigmática da loucura e a conseqüente transformação da fala do louco, que gradativamente vai perdendo a sua importância até chegar a se tornar, atualmente, um erro da razão ou do cérebro.

Para Foucault (2002), na Idade Média a loucura comportava um saber que expressava a *experiência trágica do homem no mundo*. Ele nos afirma que, com a transformação da loucura em objeto de intervenção médica, essa consciência da experiência trágica foi perdendo seu espaço para uma consciência moral e, posteriormente, médica da loucura. Foucault nos afirma que entre o elemento trágico e o elemento crítico se abriu uma fenda, mas que a concepção trágica, mesmo mascarada pela concepção crítica, nunca deixou de existir e, para o autor, é Freud quem começa a preencher essa fenda ao formular a luta entre a libido e a pulsão de morte. E aqui, eu ousaria acrescentar que é Lacan quem termina de preenchê-la, com a formulação do conceito de real como impossível da diferenciação sexual, que diz ao mesmo tempo da expressão trágica, porém constitutiva do sujeito.

Nesse estudo, entendemos a psiquiatria como um campo inaugurado pelo gesto mítico de Pinel e que, ao longo de sua história, é atravessado por saberes e práticas diversas, mas em relação ao qual a psicanálise, assim como nos aponta Freud, não está em oposição, ainda que nele introduza cortes significativos. Dessa forma, analisamos o lugar da descoberta freudiana em relação ao saber psiquiátrico, sobretudo na forma como Freud se situou em relação à loucura, retirando-a do registro da negatividade e a colocando como uma forma particular de o sujeito dizer a sua verdade, criando assim condições para que o louco tivesse o estatuto de um sujeito cuja fala comporta uma positividade.

Freud partiu da medicina, mais especificamente da neurologia, e suas experiências com seu grande mestre Jean-Martin Charcot, no hospital *de la Salpêtrière*, em Paris, e sua ênfase na soberania da clínica, foi o que lhe abriu as vias para fundar uma nova prática – a prática analítica, que Lacan denominou, em 1975, de *a última flor da medicina* (JORGE, 2018). Com essa nomeação de *a última flor da medicina*, podemos depreender que, para Lacan, a psicanálise poderia ser caracterizada como uma espécie de medicina do humano afligido pela linguagem, não dando a esses dois saberes a noção de ruptura, mas de continuidade:

Insatisfeito com a filosofia e a medicina, disciplinas que tratam do pensamento sem corpo e do corpo sem pensamento, Freud instaura uma conexão inédita entre ambas por meio da clínica da histeria, com a qual encontra as condições para pensar a relação entre corpo e pensamento (JORGE, 2018, p. 27).

Dessa forma, ele cria a psicanálise, “disciplina na qual corpo e pensamento estão amalgamados de modo indissolúvel” (JORGE, 2028, p.27). É o discurso psicanalítico que possibilita a superação da dicotomia cartesiana entre mente e corpo, rearticulando esses dois registros através da linguagem.

Portanto, podemos afirmar que a relação com a medicina é inerente à psicanálise desde o seu surgimento, mas Freud, ao abandonar a técnica da hipnose e a utilização da sugestão no tratamento das pacientes histéricas, dá um passo mais além do saber médico, fundando uma clínica que tem como base fundamental a linguagem. Freud se opõe ao modelo anatomoclínico e à ordem médica vigente, e inaugura uma prática que dá ouvidos àquilo que o discurso médico prima por excluir: o sujeito do inconsciente.

Porém, na contemporaneidade, a hipótese do inconsciente parece estar em declínio (SANTOS e SANTIAGO, 2010). Dentre os fatores que levam a isso, destacamos o progressivo afastamento da psiquiatria em relação à psicanálise, atribuído, sobretudo, ao surgimento da psicofarmacologia na década de 50 e ao desenvolvimento das neurociências.

Dessa forma, a psiquiatria vem substituindo as terapêuticas efetivadas por meio da linguagem pelos medicamentos, provocando entre esses dois saberes um profundo hiato.

O atual predomínio da psiquiatria biológica, que aborda os fenômenos psicopatológicos como transtornos atribuídos ao funcionamento cerebral, tem abalado profundamente as relações entre psicanálise e medicina, de tal forma que a dimensão do sofrimento, do *pathos* e da singularidade dos sujeitos, tende a perder sua importância ou mesmo desaparecer em meio a diagnósticos e classificações. Com isso, tende a ofuscar-se também a importância do sintoma como mensagem, como enigma e como sentido singular a ser interpretado:

O que caracteriza uma clínica que possa realmente sustentar esse nome é o esforço de pensar o sujeito em sua singularidade irreduzível. Uma classificação diagnóstica deve ser suficientemente precisa e bem fundamentada para permitir uma estratégia de condução do tratamento, mas suficientemente aberta para pensar a maneira que cada sujeito encontra de ser inagrupável, isto é, de permanecer dessemelhante dos demais membros de sua própria classe. Toda verdadeira clínica nunca é mera técnica, é também uma aposta ética e política. E por esse conjunto de razões que, no atual momento, não precisamos de mais classes diagnósticas, mas de menos (BARRETO e IANNINI, 2017, p. 47).

Como Lacan nos alerta em seu texto de 1966, *O lugar da psicanálise na medicina*, para que o médico não encarne o papel de mero distribuidor da indústria farmacêutica é preciso que ele esteja advertido de algumas coisas. Lacan se coloca na posição de missionário para apontar duas balizas fundamentais: que entre demanda e desejo existe uma falha; e que o corpo é algo feito para gozar, havendo um furo de saber no que concerne ao corpo que nem a tentativa de colonização pelo saber médico é capaz de apreender.

Daí, depreendemos a importância dos conceitos freudianos como o inconsciente e a pulsão, e seus desdobramentos na teoria lacaniana, como sendo de fundamental importância para a compreensão, manejo e abordagem do fenômeno psicopatológico.

Entendemos que os transtornos mentais são um fenômeno complexo e nosso objetivo nessa dissertação não foi trazer uma possível explicação sobre a natureza dos mesmos, pois qualquer tentativa nesse sentido se mostraria extremamente reducionista diante do problema. Também não objetivamos considerar uma abordagem em privilégio das outras, pois elas são múltiplas e envolvem aspectos etiológicos, históricos e filosóficos. Nosso objetivo foi o de afirmar a importância da psicanálise no campo das práticas destinadas ao tratamento dos transtornos mentais. Acreditamos que o fenômeno psicopatológico deveria interessar na sua dimensão subjetiva para uma psiquiatria atravessada pela questão do sujeito. Nesse contexto, a psicanálise teria lugar e teria muito a contribuir, ajudando a constituir o campo terapêutico e as referências teóricas e éticas da psiquiatria com o sujeito (do inconsciente).

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. A. *A Psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- ALBERTI, S. Psicanálise: a última flor da medicina. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (Orgs.) *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p. 37-56.
- ALBERTI, S. A estrutura e as redes em psicanálise. In: ALBERTI, S. FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.) *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*, Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p. 83-100.
- ALBERTI, S. *O hospital, o sujeito, a psicanálise: questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ*, Rev. SBPH v.11 n.1 Rio de Janeiro, jun. 2008.
- ALBERTI, S.; ELIA, L. (Orgs.) *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.
- ALBERTI, S.; ELIA, L. *Psicanálise e Ciência: o encontro dos discursos*. Revista Mal-estar e Subjetividade, Fortaleza, v. VIII, n. 3, set/2008, p.779-802.
- ALBERTI, S.; RIBEIRO, M. A. C. (Orgs.) *Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019, 4. ed.
- ANSERMET, F. *Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003.
- ANTÔNIO, T.; CALDAS, H. (Orgs.) *Psicopatologia lacaniana*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.
- BARRETO, F. P.; IANNINI, G. Introdução à psicopatologia lacaniana. In: Teixeira, A.; Caldas, H. (Orgs.) *Psicopatologia Lacaniana*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017, p.35-54.
- BARROS, R. M. M.; DARRIBA, V. A. (Orgs.) *Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015.
- BERCHERIE, P. *Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.
- BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.
- BIRMAN, J. Discurso freudiano e medicina. In: BIRMAN, J.; FORTES, I.; PERELSON, S. *Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010. p. 13-46.

BIRMAN, J. Declinando tripas com paixão, Apresentação. In: COSER, O. *De Corpo, Alma, Cabeça e Coração: psiquiatria, psicanálise, genética, subjetividades*. Rio de Janeiro: Grammond, 2006. p. 11-19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. *Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

CAPONI, S. *O DSM-V como dispositivo de segurança*. Physis [online]. 2014, vol.24, n.3, p.741-763.

CAPONI, S. *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CHEMAMA, R. (Org.) *Dicionário de Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSER, O. *De corpo e alma, cabeça e coração: psiquiatria, psicanálise, genética, subjetividades*. Rio de Janeiro: Grammond, 2006.

COSTA-MOURA, F.; PILÃO, A. C. Medicalizar... ou suportar o fracasso normal da psicanálise. In: BARROS, R. M. M.; DARRIBA, V. A. (Orgs.) *Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015, p.341-354.

DARRIBA, V. Em que consiste a dita conjunção do capitalismo com a ciência? In: BARROS, R. M. M.; DARRIBA, V. A. (Orgs.) *Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015, p.83-93.

DIDI-HUBEMAN, G. *Invenção da histeria: Charcot e a iconografia fotográfica da Salpêtière*. Rio de Janeiro: Contaponto, 2015, 1 ed.

DOR, J. *Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

DOR, J. *Estruturas e Clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Taurus Editora, 1997.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. *A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM*. Vínculo, São Paulo, v.8, n.2, p. 1-15, dez. 2011.

DUNKER, C. I. L. *Questões entre a psicanálise e o DSM*. Jornal de psicanálise, São Paulo, v.47, n.87, p. 79-107, dez. 2014.

ELIA, L. *Uma equipe mito peculiar: a equipe do CAPS*. Texto não publicado, fornecido pelo autor, 2016.

ELIA, L. Je panse donc j'essuie: o que retorna do exílio? In: ALBETI, S.; RIBEIRO, M. A. C. (Orgs.) *Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 29-36.

ELIA, L. Psicanálise: clínica & pesquisa. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (Orgs.) *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p.19-35.

FELDSTEIN, R.; FINK, B.; JAANUS, M. (Orgs.) *Para ler o seminário 11 de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

FIGUEIREDO, A. C.; TENORIO, F. *O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise*. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo, v.5, n.1, p.29-43, março de 2002.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. Rio de Janeiro: Editora Perspectiva, 2002, 6. ed.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2018, 7. ed.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

FREUD, S. (1956[1886]). Relatório sobre os meus estudos em Paris e Berlin. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. I.

FREUD, S. (1893a). Charcot. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. III.

FREUD, S. (1893b). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 2006, v. III.

FREUD, S. (1905[1890]). Tratamento psíquico (ou anímico). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. VII.

FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. VII.

FREUD, S. (1911). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. XII.

FREUD, S. (1913). Sobre o início do tratamento. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. XII.

FREUD, S. (1915). Os instintos e suas vicissitudes. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. XIV.

FREUD, S. (1917). Conferências introdutórias sobre a psicanálise – Conferência XVI: Psicanálise e Psiquiatria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. VXI.

FREUD, S. (1917[1915]). Luto e Melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. XIV.

FREUD, S. (1918[1914]). História de uma neurose infantil. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. XVII.

FREUD, S. (1920) Além do princípio de prazer. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. XVII.

FREUD, S. (1923). Dois verbetes de enciclopédia, In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. XVIII.

FREUD, S. (1924 [1923]). Neurose e psicose. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. XIX.

FREUD, S. (1924). A perda da realidade na neurose e na psicose. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. XIX.

FREUD, S. (1926[1925].) Inibições, sintomas e ansiedade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. XX.

FREUD, S. (1937a). Construções em análise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. XXIII.

FREUD, S. (1937b). Análise terminável e interminável. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. XXIII.

FREUD, S. (1950[1892-1899]). Rascunho H, Extrato dos documentos dirigidos à Fliss. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v.I.

FREUD, S. *Afásias: sobre a concepção das afásias; As afásias de 1981*/Sigmund Freud, Luiz Alfredo Garcia-Rosa, Rio de Janeiro: Zahar, 2014, 1 ed.

GOUGOULIS, M. Freud et la psychiatrie, essai de théorisation épistémologique, In: Arveiller, J. (dir.) *Psychiatries dans l'histoire*. Caen, PUC, 2008. p. 159-170.

GUIMARÃES, C. C.; COSTA, A. R.; ARAÚJO, B. E. *Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro: a reforma psiquiátrica na região da Gamboa*. REVISTA PSIQUE, Juiz de Fora, v.1, n.2, p. 5-19, ago./dez. 2016.

INSEL, T. R. *Transforming diagnosis*. 2013. Disponível em: <<http://www.nimh.nih.gov/about/director/directors-biography.shtml>>.

INSEL, T. R. *The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project: Precision Medicine for Psychiatry*. Am J Psychiatry 171:4, April 2014.

- JORGE, M. A. C. Discurso médico e discurso psicanalítico, Apresentação da edição brasileira. In: CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983, p.7-25.
- JORGE, M.A.C. Do instinto à pulsão: Freud e o recalque orgânico. In: ALBETI, S.; RIBEIRO, M. A. C. (Orgs.) *Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 103-111.
- JORGE, M. A. C. *Fundamentos da Psicanálise, v. 1: as bases conceituais*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- JORGE, M. A. C. *Fundamentos da Psicanálise, v. 2: a clínica da fantasia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.
- JORGE, M. A. C. *Fundamentos da Psicanálise, v. 3: a prática analítica*. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.
- JORGE, M. A. C. *Freud com Lacan: a psicanálise hoje*. Reverso, Belo Horizonte, v.39, n.73, p.15-25, jun. 2017.
- JORGE, M. A. C. O desejo indestrutível, Prefácio. In: MAURANO, D. *Elementos da clínica psicanalítica: o desejo e sua ética*. Rio de Janeiro: Contra Capa; Corpo Freudiano Seção Rio de Janeiro, 2018, v.1.
- JORGE, M. A. C. *A Pulsão de Morte*. Aula inaugural proferida no Círculo Psicanalítico de Minas Gerais, Estudos de Psicanálise, Belo Horizonte, n. 26, p. 23-40, outubro, 2003.
- JORGE, M.A.C. Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In: RINALDI, D.; JORGE, M.A.C. (Orgs.) *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário livro 17, de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2002, p. 17-32.
- KANDEL, E. R. *Un nouveau cadre conceptuel de travail pour la psychiatrie*. L'Évolution Psychiatrique, 67: 12-39, 2002.
- KENDLER, K. S. *A psychiatric dialogue on the mind-body problem*. Am J Psychiatry. Julho de 2001; 158 (7): 989-1000.
- KENDLER, K. S. *Toward a Philosophical Structure for Psychiatry*. Am J Psychiatry 2005; 162:433-440.
- KENDLER, K. S. *The nature of psychiatric disorders*. World Psychiatry 2016;15:5-12.
- KLAJNMAN, D.; FERREIRA, L. M.; JORGE, M. A. C. Notas sobre a questão do diagnóstico na psicanálise e na psiquiatria. In: BARROS, R. M. M.; DARRIBA, V. A. (Orgs.) *Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015, p. 293-306.
- KRAMMER, T.; WARTEL, R. Diálogo sobre os diagnósticos. In: GORI, R.; MILLER, J-A.; WARTEL, R. (Orgs.) *A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

LACAN, J. Le symbolique, l'imaginaire et le reel. Conferência de 8 de julho 1953 na Sociedade Francesa de Psicanálise, disponível em: <https://ecole-lacanienne.net/wp-content/uploads/2016/04/1953-07-08.pdf>

LACAN, J. (1954-1955) *O seminário livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

LACAN, J. (1955-1956) *O seminário livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

LACAN, J. (1964) *O seminário livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

LACAN, J. (1966a) A ciência e a verdade. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p. 855-892.

LACAN, J. (1966b) *Conferência: o lugar da psicanálise na medicina*. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/167248091/Lacan-O-luga-da-Psicanálise-na-Medicina>.

LACAN, J. (1967) *Petit discours aux psychiatres, Conférence au Cercle d'Études dirigé par H. Ey, 1969*, disponível em: <http://ecole-lacanienne.net/wp-content/uploads/2016/04/1967-11-10.pdf>

LACAN, J. (1968-1969) *O seminário livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

LACAN, J. (1969-1970) *O seminário livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2016.

LACAN, J. (1975) *Entretien avec des étudiants - Yale University, 24 novembre 1975*. In: Scilicet, Paris, Seuil. v. 6/7.

LAIA, S.; AGUIAR, A. A. Enigma, objetivação e diluição da loucura. In: Teixeira, A.; Caldas, H. (Orgs.) *Psicopatologia Lacaniana*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017, p.13-33.

LAIA, S. O que há de novo na quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) e o que insiste em fracassar. In: BARROS, R. M. M.; DARRIBA, V. A. (Orgs.) *Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015, p. 273-292.

LANDMAN, P. *Tristesse business: le scandale du DSM-5*. Paris: Max Milo Éditions, 2013.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001, 4. ed.

LEADER, D. *O que é a loucura? Delírio e sanidade na vida cotidiana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2013.

LIÉBEAULT, A-A. (1866). *Du sommeil et des états analogues, considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique*. Nancy: Victor Masson et Fils, Libraires-Éditeurs, Place de l'École de Médecine.

MAJ. M. Are we able to differentiate between true mental disorders and homeostatic reactions to adverse life events? *Psychother Psychosom* 2007;76:257–259.

MESMER, F. A. *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*. Paris: Éditions Allia, 2006.

MALEVAL, J-C. Em busca del concepto de psicosis. In: MALEVAL, J-C. *Locuras histéricas y psicosis disociativas*, Buenos Aires: Paidós, 2004, 1 ed.

MIJOLLA, A. (Org.) *Dicionário Internacional da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2005, v. I e II.

MILLER, J.-A. *Lacan elucidado: palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

NOGUEIRA FILHO, D. M. *Psicanálise e Medicina*. São Paulo: Escuta, 2008.

PEREIRA, M. E. C. *Minkowski ou a psicopatologia como psicologia do pathos humano*. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo, v. 3, n. 4, pág. 153-155, dezembro de 2000.

PEREIRA, M. E. C. *A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise*. Physis [online], 2014, vol.24, n.4, p.1035-1052.

PESSOTTI, I. *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

PIMENTA, A. C.; FERREIRA, R. A. *O sintoma na medicina e na psicanálise – notas preliminares*. Rev Med Minas Gerais 2003; 13(3):221-8.

POLLO, V. Exílio e retorno do corpo: Descartes e a psicanálise. In: ALBERTI, S.; RIBEIRO, M. A. C. (Orgs.) *Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004, p. 15-28.

QUINET, A. *As 4 + 1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2018. 16ª reimpressão.

QUINET, A. *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014, 5 ed.

RINALDI, D.; JORGE, M.A.C. (Orgs.) *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário*, livro 17, de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2002.

RINALDI, D. O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário. In: RINALDI, D.; JORGE, M. A. C. (Orgs.) *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário* livro 17, de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2002, p. 53-69.

RINALDI, D. *Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, pág. 315-323, fevereiro de 2015.

RINALDI, D. Clínica ética e política: a prática do psicanalista na instituição de saúde mental. In: BARROS, R. M. M.; DARRIBA, V. A. (Orgs.) *Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015, p. 115-123.

ROSE, N. *Beyond medicalisation*. Lancet 2007; 369: 700–01.

ROUDINESCO, E.; CANGUILHEM, G.; MAJOR, R.; DERRIDA, J. *Foucault: leituras da história da loucura*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

SANTOS, T. C.; SANTIAGO, J. O médico, o psicanalista e a histérica: a desinserção da psicanálise no discurso da medicina contemporânea. In: BIRMAN, J.; FORTES, I.; PERELSON, S. (Orgs.) *Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010, p. 47-72.

SAURÍ, J. J. *O que é diagnosticar em psiquiatria*, São Paulo: Escuta, 2001.

SAURET, J-M. Psicanálise, psicoterapias... ainda. In: ALERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.) *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*, Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p. 19-43.

STRACHEY, J. (1956). Nota do Editor Inglês ao Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlin. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. I.

TENÓRIO, F.; ROCHA, E. C. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In: ALERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.) *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*, Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p. 55-72.

TEIXEIRA, A.; CALDAS, H. (Orgs.) *Psicopatologia Lacaniana I: semiologia*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017, 1 ed.

VORSATZ, I. *O sujeito da psicanálise e o sujeito da ciência: Descartes, Freud e Lacan*. Psicol. clin., Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.249-273, 2015.