Marina Silveira de Resende

TRANSTORNOS MENTAIS OU PSICOPATOLOGIA DA VIDA QUOTIDIANA: A QUESTÃO DIAGNÓSTICA NA ATUALIDADE.

São João Del-Rei

PPGPSI-UFSJ

2014

Marina Silveira de Resende

TRANSTORNOS MENTAIS OU PSICOPATOLOGIA DA VIDA QUOTIDIANA: A QUESTÃO DIAGNÓSTICA NA ATUALIDADE.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João Del - Rei, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia
Linha de Pesquisa: Conceitos Fundamentais e clínica psicanalítica – Linha III

Orientador: Roberto Pires Calazans Matos

São João Del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2014

TRANSTORNOS MENTAIS OU PSICOPATOLOGIA DA VIDA QUOTIDIANA: A QUESTÃO DIAGNÓSTICA NA ATUALIDADE.

Marina Silveira de Resende

Orientador: Professor Doutor Roberto Pires Calazans Matos

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Aprovada por:

_____

Prof. Dr. Oswaldo França Neto

(Membro externo – UFMG)

_____

Prof. Dr. Fuad Kyrillos Neto

(Membro interno – UFSJ)

_____

Prof. Dr. Roberto Pires Calazans Matos

(Orientador)

Agradecimentos

Ao meu orientador, Roberto Calazans, pela confiança depositada em mim durante os anos de graduação e mestrado. Obrigada por acreditar em meu trabalho e por ter me ensinado tudo o que hoje sei sobre psicanálise e pesquisa. Agradeço a dedicação e paciência durante as orientações e, principalmente, pela amizade durante todo o processo.

Aos professores doutores Fuad Kyrillos Neto e Oswaldo França Neto, por todas as contribuições a mim e ao projeto.

A meus pais, Celson e Márcia, que apoiaram e investiram em minha formação como psicóloga. Pela demonstração de persistência, força e amor durante toda minha vida.

A meus amigos, que, cada um a seu modo, escutaram todas as minhas reclamações e me apoiaram incondicionalmente nessa jornada. Ao João Vitor, que caminhou ao meu lado durante todo o processo de graduação e de desenvolvimento desta dissertação, cujo bom humor foi essencial nas mais diversas situações.

Ao Paulo Vitor, pela paciência, amor, carinho e conforto. Pela amizade. Por me escutar e me incentivar. Por tudo!

Agradeço a CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - pelo suporte financeiro oferecido como apoio para o desenvolvimento desta dissertação.

Resumo

A presente dissertação apresenta o contraponto psicanalítico ao diagnóstico descritivista da atual psiquiatria, pautado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. O que motivou a elaboração desta pesquisa foi a revisão e publicação do DSM-5. Esse manual vem, cada vez mais, delimitando, categorizando e ampliando, a diferença entre saúde e doença, o que fomenta um processo de medicalização da vida. A razão que guia esse manual diagnóstico exclui o que Freud nomeou de psicopatologia da vida cotidiana. A psicopatologia da vida cotidiana aponta a incurável relação entre o sujeito e seu sintoma.

Assim, nesta dissertação analisamos questões que aparecem a partir da utilização dos DSM's. Dentre elas, o que é saúde, normal e patológico e como esses conceitos foram articulados no processo de desenvolvimento do conceito de saúde mental. A partir da compreensão destes conceitos estabeleço uma discussão a respeito da história da psiquiatria por meio da discussão sobre seus principais paradigmas, sendo eles, alienação mental, doenças mentais, estruturas clínicas e transtornos mentais.

O discurso científico, que hoje sustenta a psiquiatria descritiva, coloca-se como o detentor da resposta sobre o homem e sua felicidade e, assim, se prolifera na constante tentativa de categorizar a angústia, de tamponar a falta estrutural do sujeito e de medicalizar a existência. Ao observar o sintoma como resposta, a psicanálise despatologiza a relação do sujeito com esse sintoma. A psicanálise se pauta no respeito pela diferença e pelo que há de mais singular em cada um, sendo, assim, um obstáculo à tentativa de tornar todos os eventos da vida de um sujeito em transtorno.

Palavras-chave: Psicanálise, Psiquiatria, Saúde, Saúde Mental, Paradigmas, Transtornos.

Abstract

This work presents the psychoanalytic counterpoint to descriptivist diagnosis of the current psychiatry, based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. What motivated the research was the process of revision and publication of DSM-5. This manual comes, increasingly, defining, categorizing and expanding, the difference between health and disease, which fosters a process of medicalization of life. The reason that guide this diagnostic manual excludes what Freud named the psychopathology of everyday life. The psychopathology of everyday life points to one incurable relationship between the subject and its symptoms.

Thus, in this work we analyze issues that arise from the use of DSM's. Among them, what is health, normal and diseases and how these concepts were articulated in the development process of the concept of mental health. By understanding these concepts, we establish a discussion about the history of psychiatry through the discussion of its main paradigms, namely, insanity, mental illness, clinical structures and mental disorders.

The scientific discourse, which now supports the descriptive psychiatry, stands as the holder of the response on the man and his happiness and proliferates in the constant attempt to categorize the anguish, plugging the structural lack of the subject and the medicalize existence. By observing the symptom as an answer, psychoanalysis does not pathologizes the subject's relationship with this symptom. Psychoanalysis is guided in respect for difference and what is most unique in each, and thus an obstacle to trying to make all events in the life of a subject in disorder.

Keywords: Psychoanalysis, Psychiatry, Health, Mental Health, Paradigms, Disorders.

Sumário

1. Introdução.....08

1.1- Discussões atuais sobre o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 08

1.2 - Breve histórico do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 18

2. Sob a égide do bem-estar......26

2.1 - Saúde e Norma 26

2.2 - Normal e Patológico 29

2.3 - O Nascimento da Clínica 32

2.4 - Saúde Mental e Anormalidade 36

3. Os Paradigmas da Psicopatologia 51

3.1- Psicopatologia 53

3.2 - A primeira Psiquiatria Clínica: O Paradigma da Alienação Mental.....54

3.3 - Nosologia Clássica: Griesinger, Bayle, Kraepelin e o Paradigma das doenças mentais.....63

3.4 - O paradigma da Teoria Psicanalítica: As estruturas clínicas 69

3.5 - A atual diagnóstica psiquiátrica: Transtornos mentais? 76

4. A psicopatologia da vida cotidiana e o diagnóstico na teoria Freudiana: 85

5. Considerações Finais 104

6. Referências.....111

INTRODUÇÃO

1.1- Discussões atuais sobre o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

A publicação da quinta versão do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-5, tem motivado grandes debates no campo acadêmico, assistencial e clínico. Após dez anos de revisão, o manual, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (A.P.A.) em março de 2013, tem alterações polêmicas, as quais convêm ser comentadas por seus impactos no campo do tratamento do sofrimento psíquico.

A A.P.A, maior organização psiquiátrica do mundo, fundada em 1844, é a instituição responsável pela criação e revisão do DSM desde 1952. Com o incentivo à pesquisa e à confecção de manuais, essa instituição pretende aumentar o reconhecimento da psiquiatria como ciência (APA[a], 2013).

O DSM-5 propõe-se a ser o novo padrão de classificação dos transtornos mentais. Ele é usado por profissionais da área de saúde mental nos Estados Unidos e no restante do mundo. Sendo assim, o manual mostra-se como uma ferramenta utilizada por uma extensa lista de profissionais como psiquiatras e toda a classe médica, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas de reabilitação e ocupacionais, bem como por pesquisadores de diversas orientações: biológica, psicodinâmica, cognitivo, comportamental, interpessoal, familiar, educacional, etc. (A.P.A[b], 2013). A abrangência de seu uso demonstra que a associação visa que seu manual seja incorporado em situações clínicas como internação, ambulatório, hospitalar, consultório particular, e instituições responsáveis por cuidados primários da saúde. Por meio do manual a A.P.A visa também desenvolver um “diálogo” mais próximo da sociedade através da escola e pesquisa. No entanto, qual é esse diálogo?

Berrios (2008) aponta que a técnica psiquiátrica mostra-se como um produto cultural proveniente, sobretudo, das sociedades ocidentais para analisar, explicar e lidar com fenômenos comportamentais, os quais, pautando-se em critérios culturais, mais do que em critérios biológicos, foram definidos como transtornos. Sendo assim, o diálogo se mostra como uma tentativa de manter uma ordem social e não necessariamente como uma troca de saber com os sujeitos.

O DSM baseia-se em uma listagem dos critérios diagnósticos para cada transtorno psiquiátrico que seja reconhecido pelo sistema de saúde dos Estados Unidos da América(EUA), mas que não deixa de ter impactos sobre a Organização Mundial de Saúde e sobre a CID-10. Portanto, além de delimitar os critérios diagnósticos, o manual atua como uma ferramenta necessária para a análise e comunicação estatísticas de saúde pública sobre a epidemiologia de transtornos psiquiátricos. (A.P.Aª, 2013). Assim, para cada uma das nomeadas "doenças mentais", o manual lista um número mínimo de sintomas visíveis. A falha do método é apontada por vários pesquisadores e críticos (Maleval, Ian Hancking, Alan Frances, German Berrios, Darian Leader, entre outros) do manual. De acordo com Laeder (2013), *um dos sintomas na lista das características definidoras do distúrbio da personalidade esquizoide, por exemplo, é "usar roupas manchadas de tinta* (p.42). Seria viável um critério como esse, pautado pela aparência do sujeito? O absurdo desse tipo de definição passa despercebido em um manual visto como "padrão ouro" por muitos profissionais da área da saúde mental. Dessa maneira, esse manual, tão questionado, exerce grande influência na prática psiquiátrica e na formação de profissionais da área da saúde no mundo inteiro. Milhares de exemplares são vendidos a cada edição, e o mesmo é esperado para a nova edição.

Os pesquisadores e revisores responsáveis pela nova edição do manual apontam que o grande diferencial, além do aumento significativo de categorias diagnósticas, é a mudança nos critérios diagnósticos. Até então, na lógica dos DSM's III, III-R, IV e IV-TR, o diagnóstico era estabelecido a partir de critérios categoriais ou tipológicos. Isto é, o manual se propunha a descrever a presença ou a ausência de um determinado transtorno mental segundo a presença de um número mínimo de sintomas ordenados de maneira sindrômica em um dado período de tempo. Dessa maneira, dois sujeitos que se enquadram em quatro dos nove sintomas estabelecidos no manual como quadro de "depressão maior" são diagnosticados e tratados como iguais (Wang 2011). No entanto, a partir dessa nova revisão do manual, o diagnóstico é realizado de forma dimensional.

Kupfer (2002), revisor da nova versão do manual, no livro "A Research Agenda for DSM V", determina que *em princípio a variação na sintomatologia das doenças mentais poderia ser representada por um conjunto de dimensões, em vez de múltiplas categorias* (Tradução nossa). Assim, a nova versão do DSM visa incorporar ao modelo categorial de diagnóstico, o diagnóstico dimensional. Tal iniciativa é uma tentativa de levar em

consideração a intensidade e gravidade dos sintomas na elaboração do diagnóstico por meio dos indicadores de sofrimento subjetivos e o grau de prejuízo associado.

O fato é que nas versões anteriores (do DSM-III ao DSM-IV-Tr), os transtornos são determinados através de um catálogo de múltiplos sintomas em que nem todos os que estão listados são necessários para indicar a presença de um transtorno mental no sujeito. Além disso, o diagnóstico não permitia ressalvas e nem nuances de presença ou de ausência. Assim, com a introdução do modelo dimensional, o paciente pode ser enquadrado em diversas categorias diagnósticas, uma vez que não são bem estabelecidos ou são afrouxados os limites entre elas.

O diagnóstico dimensional percebe a doença mental como uma disfunção única, situada no extremo de um "continuum". Isso remete ao conceito de "spectrum", em que a rigidez das categorias desaparece. Ademais, existe no novo manual, a tentativa de previsão de transtorno (prejuízo associado), como, por exemplo, a possibilidade de suicídio. Para Matos et al. (2005):

> Os quadros clínicos, sob a ótica do modelo dimensional são decorrentes de alterações de quantidade, que se expressam conforme o seu grau de intensidade, ao contrário do que propõe o modelo categorial – que inclui os sistemas do DSM-IV e da CID-10 –, que considera os transtornos mentais como sendo produzidos por uma alteração de qualidade, distinta para cada um dos transtornos. (p. 316)

Allen Frances, presidente do grupo que trabalhou na revisão do DSM IV-TR e, atualmente maior crítico do DSM, cita na reportagem "Openig Pandora's Box" (2011) que o manual traz mudanças que podem gerar, assim como ocorreu com o lançamento do DSM-IV, novas epidemias mundiais de transtornos. Dentre as mudanças, está a inclusão de categorias como a de Síndrome de Risco de Psicose, uma tentativa de prever o risco de psicose em crianças e adolescentes. Tal previsão acarretaria na prescrição desnecessária de medicamentos antipsicóticos atípicos, uma vez que não há prova de que esses medicamentos possam prevenir episódios psicóticos.

Mario Goldenberg (2012), por sua vez, foi incisivo no efeito dessa nova versão do manual na cultura contemporânea:

> O próximo DSM, elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana, é uma imposição para patologizar e medicalizar a comunidade; uma nova reformulação classificatória que busca ampliar através do discurso da ciência as doenças mentais. Transtornos, disforias, disfunções. Ou seja, tenta, sob um disfarce de termos científicos, uma classificação do inclassificável: o padecimento.

Toda a revisão do manual foi discutida e construída online através do site: http://www.dsm5.org. Durante todo o seu desenvolvimento, o projeto do DSM-5 recebeu

críticas de várias instituições e profissionais da área de saúde. Eric Laurent (2013) aponta que o movimento contra o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais foi grande. Várias pessoas se organizaram e protestaram contra o DSM. Uma dessas pessoas é Patrick Landman, presidente do Coletivo STOP DSM-5. Esse coletivo teve como objetivo agrupar manifestos de vários profissionais da área clinica contra o uso do DSM e incentivar o debate sobre as consequências do uso de tal manual.

O movimento STOP-DSM contou com a participação de várias instituições de ensino e pesquisa pelo mundo. Dentre elas, recebeu o apoio, no Brasil, do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Psicanálise da Universidade Federal de São João del - Rei, do Laboratório Interunidades de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise da USP, do PSILACS Grupo de Pesquisa "Psicanálise e Laço Social no Contemporâneo" do CNPq e do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise da Universidade Federal de Minas Gerais, que juntos publicaram o "Manifesto de São João Del-Rei em prol de uma psicopatologia clínica".

Na Inglaterra, German Berrios de Cambridge, David Healy da Universidade Cardiff, bem como a British Psychological Association tomaram partido contra a orientação biológica e estatística do DSM. Eles declararam que o diagnóstico psiquiátrico, que é com frequência apresentado como um fato objetivo é, na verdade, um julgamento clínico baseado na observação e na interpretação das condutas e declarações subjetivas. Consequentemente, é sujeito a variações e vieses.

Todavia, foi com surpresa que a A.P.A recebeu, duas semanas antes da distribuição do manual para venda, a notícia de que Thomas Insel rompera publicamente com o DSM e, dessa forma, com a A.P.A. Thomas Insel é nada mais do que o diretor do National Institute of Mental Health (NIMH), instituto de pesquisa na área de saúde mental e pública de grande influência nos Estados Unidos. Seu texto, intitulado "Transformando diagnósticos" (2013), aponta que no fundo poucas coisas mudarão entre o DSM-IV-TR e o DSM 5. O dicionário organizador do campo da psicopatologia conservará o que seus revisores consideram como força a confiabilidade interjuízes (consenso sobre os reagrupamentos de sintomas clínicos) e a sua fraqueza, apontada pela maioria de seus críticos, que é a ausência de uma validação científica (não existe uma medida objetiva do que quer que seja). Por fim, conclui: *É por isso que o NIMH reorientará suas pesquisas longe das categorias do DSM. Olhando para o futuro, nós sustentaremos projetos de pesquisa que se libertarão dos limites das categorias atuais.*

O rompimento foi sentido como um golpe nos planos da A.P.A de aumentar a distribuição do manual pelo mundo, principalmente, porque junto com o rompimento a NIMH lança o seu projeto de manual de psicopatologia. Conforme Laurent (2013):

> Trata-se de agrupar, em um projeto intitulado Research Domain Criteria (RDoC), tudo o que foi isolado pela ciência como sendo sinais objetivos no campo da psicopatologia: neuroimagem, marcadores genéticos prováveis, alteração das funções cognitivas e de seus circuitos objetiváveis, nos três domínios essenciais: cognição, emoção e condutas. O RDoC tem como objetivo estabelecer a cartografia (mapping) do conjunto desses aspectos através do continuum do campo, passando por cima das diferentes etiquetas e sub-grupos do DSM que se dividem infinitamente. (p.2)

A NIMH pretende estabelecer um mundo em que as doenças mentais poderão ser previstas, evitadas e curadas. Esse instituto tem como missão *transformar a compreensão e tratamento de doenças mentais por meio de pesquisa básica e clínica, abrindo o caminho para a prevenção, recuperação e cura* (NIHM, 2013). Além disso, o instituto incentiva pesquisas em neurociência, pois, para ele, os transtornos mentais precisam ser estudados como distúrbios cerebrais. Essa visão aponta para a ideia de que a doença mental não é nada além de um erro em uma conexão neuronal ou um distúrbio no circuito cerebral.

Insel, em uma das atualizações publicadas no site oficial da instituição (transtornos mentais como distúrbios cerebrais), afirma que para essas desordens do cérebro, o comportamento é a última coisa a mudar. Isso significa que é necessário um incentivo à pesquisa na área de neurociência com intuito de esclarecer como ocorrem essas desordens cerebrais e assim desenvolver uma política de prevenção da mesma maneira como ocorre com as doenças cardíacas e com o câncer. Para ele, deixar que o comportamento apareça para que o distúrbio mental seja tratado é o mesmo que deixar uma pessoa enfartar para começar a se medicar de pressão alta.

O que notamos nessa discussão é uma diversidade na forma de compreender o que são os transtornos mentais e sobre sua origem. Nesta dissertação, pretendemos levantar e trabalhar algumas questões que aparecem a partir de todos esses movimentos contra a utilização do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Dentre elas, o que é saúde e doença, principalmente, como esses conceitos são articulados na saúde mental para a formulação de um diagnóstico e direcionamento do tratamento.

Com o advento do conceito transtorno, iniciou-se, na saúde mental, um processo de patologização da existência. Esse processo culminou no que chamamos de medicalização da vida, em que todos e qualquer desvio da ordem estipulada socialmente são passíveis de medicação. O conceito de transtorno ignora toda a história da psicopatologia e rompe de

vez com as escolas de pensamento, principalmente com a psicanálise, em uma tentativa de ignorar o sujeito.

A psiquiatria descritivista atual, apoiada no conceito transtorno, ignora a existência de outras formas de compreender o padecimento psíquico, formas que não fomentam a medicalização da vida. Por isso, pretendemos com esta dissertação compreender o nascimento e desenvolvimento da psiquiatria contemporânea, seus paradigmas, suas consequências e as questões que traz para a clínica.

É necessário deixar claro que a teoria psicanalítica orientará a realização da pesquisa, contudo, a dissertação não tem o intuito de ser um ataque à clínica psiquiátrica ou à indústria farmacêutica. Ou ainda, de desenvolver um discurso sobre a efetividade ou não dos psicotrópicos. Cabe esclarecer que a psicanálise reconhece a existência e valor dos neurotransmissores. No entanto, tais mecanismos não negam em nada os conceitos fundamentais da clínica, a existência e trabalho com o inconsciente, a fantasia, desejos, as pulsões. A teoria e prática psicanalíticas também não recusam um possível lugar dos medicamentos em um tratamento. A psicanálise aponta a responsabilidade do sujeito sobre o seu sintoma, sendo essa responsabilidade não relacionada à influência de neurotransmissores, genética, família, do outro. Assim, segundo Roudinesco (2000), a psicanálise hoje se dedica a *lutar contra as pretensões obscurantistas que almejam reduzir o pensamento a um neurônio ou confundir o desejo com uma secreção química*(p.9).

A psiquiatria do DSM e a psicanálise partem do sintoma. Entretanto, esse ponto é, hoje em dia, o único de convergência entre as práticas. A psiquiatria busca a eliminação do sintoma, uma normalização psicossocial do sujeito, a adaptação deste à sociedade e a sua moral civilizatória por considerar o sintoma como um desvio, uma perturbação na ordem pública, em suma, um índice de um transtorno. Para a psicanálise, o sintoma apresenta dois aspectos: disfunção e sofrimento. No entanto, só há recomendação de análise quando há sofrimento. A psicanálise não se pauta na eliminação de sintoma e sim na transmutação de sintoma. Quando um sintoma é eliminado sem entender sua função para o sujeito, outro toma seu lugar, seja em maior ou menor sintonia com o desejo sujeito. Nesse sentido, a psicanálise não direciona o tratamento exclusivamente para a cura tida como eliminação de todos os sintomas, já que o chamado sujeito é, para a teoria psicanalítica, apenas aquele que está em sintonia com seu sintoma.

A psiquiatria, guiada pelo descritivismo dos manuais de classificação, busca na lógica do todo, artefato para fundamentar os seus procedimentos, uma modulação universal

para o sujeito e formas de classificar o seu sofrimento. A psicanálise, por sua vez, funda-se na singularidade do sujeito, acredita que um sujeito é diferente do outro, não passível de uma descrição lógica e classificação, ou seja, não generalizável. A teoria e a clínica psicanalíticas não se pautam em estatísticas, pois não há critérios para definir o sujeito, não há nada de universal no sujeito, e este é, sem dúvida, o contraponto essencial para a realização desta pesquisa. Consoante Leader (2013):

> A atenção para com a singularidade de cada paciente, que está implícita na abordagem psicanalítica, é ainda mais importante nos dias atuais, por vivermos em sociedade que tem cada vez menos espaço para o detalhe e o valor das vidas individuais. Apesar de constantemente proclamarem da boca para fora que respeitam as diferenças e a diversidade, as pessoas de hoje são mais do que nunca coagidas a pensar de maneira uniforme, desde o berço até os corredores da vida profissional. (p. 10)

Em psicanálise, o diagnóstico não é uma nomeação atribuída ao sujeito e oferecida pelo psicanalista. O psicanalista não tem posição de autoridade com o poder de naturalizar o mal-estar expresso no sofrimento do sujeito. Dunker (2012) aponta que:

> Uma grande novidade da psicanálise em relação à diagnóstica médica é que ela considera e inclui o diagnóstico pré-constituído, dado pelo próprio paciente. Algumas vezes, todo o trabalho clínico passa pela desconstrução de um diagnóstico: educacional, familiar, trabalhista, médico, estético. (p.35)

A proposta da psicanálise é de não alienar o sujeito com significantes naturais do vocabulário psicopatológico. Com calma, o sujeito irá apresentar os seus próprios significantes que dizem verdadeiramente sobre o seu sintoma. Para Dunker (2012), aprisionar o sujeito em uma categoria, *comunidade invisível, daqueles que já passaram por isso antes e dos que irão passar*, é apontar como ele deve agir, o que deve saber, como se relacionar e o que esperar (p.37). A razão que guia esse diagnóstico categorial ampara-se em uma tentativa de estabelecer a fronteira entre o mal-estar, o sofrimento e o sintoma. Essa razão diagnóstica exclui o que Freud (1901) nomeou de psicopatologia da vida cotidiana. A psicopatologia da vida cotidiana aponta a incurável relação entre o sujeito e seu sintoma, aponta para a impossibilidade de traçar a fronteira entre o mal-estar e o sujeito; mal-estar que se evidência diariamente e em todos os lugares que o sujeito esteja. Segundo Castro (2012), Freud deixou claro e ofereceu exemplos sobre a *importância da singularidade na construção e formação do inconsciente, inclusive do sintoma de cada um e a cada dia* (p.179). Assim, Freud determina que não existe sujeito sem sintoma e nem sintoma sem sujeito. Ele rompe com a ideia formal de que é possível traçar uma fronteira entre o normal e o patológico ao revelar, por meio de inúmeros exemplos, a ocorrência, no

cotidiano, de fenômenos que apresentam a mesma estrutura de sintomas psicopatológicos. De acordo com Freud (1901/1996):

> Só poderemos ter uma visão correta do singular trabalho psíquico que produz tanto os atos falhos quanto as imagens oníricas quando tivermos conhecimento de que os sintomas psiconeuróticos, e especialmente as formações psíquicas da histeria e da neurose obsessiva, repetem em seu mecanismo todas as características essenciais desse modo de trabalhar. Portanto, este é o ponto de partida para o prosseguimento de nossas investigações. Para nós, contudo, há ainda outro interesse especial em considerar os atos falhos, os atos casuais e os atos sintomáticos à luz desta última analogia. Se os compararmos aos produtos das psiconeuroses, os sintomas neuróticos, duas afirmações frequentemente repetidas - a saber, que a fronteira entre a norma e a anormalidade nervosas é fluida e que todos somos um pouco neuróticos - adquirirão sentido e fundamento. Antes mesmo de qualquer experiência médica, podemos construir diversos tipos dessas doenças nervosas meramente insinuadas - de formes frustres das neuroses: casos em que os sintomas são poucos, ou ocorrem raramente ou sem gravidade; em outras palavras, casos cuja moderação está no número, na intensidade e na duração de suas manifestações patológicas. (p. 157)

Vivemos na época do sintoma mudo, adormecido na demanda da satisfação rápida. As consequências desses novos ideais são o surgimento de novos sintomas. Para Santana (2011), tais sintomas geram novas formas de mal-estar e angústia que se transformam em fracasso escolar, acidentes de trabalho, consumo desenfreado de drogas e que levam a um excesso de gozo. Gozo este que hoje determina as bases de laço social da modernidade. Atualmente, a psicanálise é chamada a debater esses sintomas que brotam na sociedade e irrompem o meio social negando o particular do sujeito em prol do universal, também devido à noção de transtorno. Assim, o trabalho será divido conforme o exposto a seguir.

Inicialmente vamos apresentar um breve histórico sobre o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. A pertinência de se apresentar o histórico decorre da necessidade de contextualizar o seu surgimento, bem como seus esforços para a cientificação da psiquiatria (uma tentativa de desmarginalizar a área dentro da própria medicina) e o amplo desenvolvimento de suas categorias diagnósticas. No histórico, veremos como o desenvolvimento do manual está articulado com as mudanças sociais características de cada época de suas revisões e faremos uma discussão sobre a pretensa ateoricidade do manual.

No primeiro capítulo, será realizada uma discussão sobre o que representa o conceito de saúde. Pretendemos analisar o que é considerado saudável, normal ou patológico, assim como compreender o processo de desenvolvimento de tal conceito que hoje é amplamente utilizado. Iniciaremos a discussão a partir da articulação do conceito de saúde e norma. Para isso, será realizado um levantamento de várias obras que discutem esse assunto, com ênfase na obra de Canguilhem, filósofo e médico francês especialista em

epistemologia e história da ciência. Canguilhem publicou importantes obras sobre medicina, psicologia, ideologias científicas e ética.

Continuaremos o desenvolvimento desta dissertação assimilando como o conceito de saúde foi introduzido na história da clínica médica e como o desenvolvimento da clínica interfere na compreensão do conceito de saúde. O trabalho de análise do conceito de saúde é fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa, pois é a partir dele que será discutido o conceito de saúde mental.

O primeiro capítulo será concluído por meio da conceituação de saúde mental. Para isso, será realizado um estudo sobre a construção do conceito desde o desenvolvimento do conceito de anormal. Tal conceito foi trabalhado por Foucault em várias obras, até o conceito de transtorno, que hoje impera nos manuais diagnósticos.

Como dito, o primeiro capitulo terá a função de estabelecer a trajetória do processo de desenvolvimento do conceito de saúde mental. Assim, o próximo capitulo dará continuidade à discussão a respeito da saúde mental e será dedicado à discussão sobre os paradigmas da psicopatologia. Queremos com esse capitulo demonstrar que o debate sobre a psicopatologia parece apontar mais para sua diversidade de paradigmas do que para um avanço cientifico da mesma. Ao contrário das ciências médicas, não se pode dizer que existe um marcador biológico para a psicopatologia.

Portanto, vamos discutir as bases e o atual estado de relações entre a psiquiatria descritiva dos DSM's e a psicanálise. Nosso objetivo é mostrar os pontos em que essa psiquiatria e a psicanálise se aproximam e os pontos de resistência entre as duas formas de psicopatologia. Sabemos que a nosologia e a nosografia desenvolvidas por Freud serviram como embasamento teórico para a psiquiatria e seus manuais até o DSM-III. Neste último, consoante Russo e Venâncio (2006), a estrutura Neurose foi desmembrada em diversas entidades como: transtorno de ansiedade, transtornos somatoformes e transtornos dissociativos (p.479). Por isso, vamos dar continuidade à discussão analisando o artigo "Sobre a psicopatologia da vida cotidiana" de Freud (1901). Por intermédio desse trabalho, pretendemos compreender a dimensão do psicopatológico na teoria psicanalítica e sua a noção de normalidade.

A teoria psicanalítica aponta que não existe uma diferença fundamental, entre a vida psíquica das pessoas ditas normais, dos neuróticos e dos psicóticos. Segundo Freud (1913), *uma pessoa normal tem que passar pelas mesmas formações substitutivas; a diferença é que a solução dos conflitos se realiza mais facilmente e com melhores*

resultados (p.273). Sabemos que para Freud a psicopatologia se dá em relação aos obstáculos que a cultura impõe para a felicidade do homem. Ele aponta que o sofrimento psíquico é consequência do excesso de coerção imposta à vida do homem civilizado.

> O desenvolvimento cultural que se impõem à humanidade torna necessárias as restrições e recalque dos impulsos sexuais, requerendo maior ou menos sacrifício conforme a constituição individual. É raro que o desenvolvimento ocorra sem problemas, e os distúrbios que se apresentam – devido à constituição individual ou incidentes sexuais prematuros - deixam alguma predisposição para futuras neuroses. Essas predisposições podem não ter efeito se a vida adulta transcorrer de modo tranquilo e satisfatório; mas se torna patogênicas se as condições impedirem a satisfação da libido ou pedirem exageradamente a sua supressão. (FREUD, 1913 p. 272-273)

O método psicanalítico possibilitou descobrir a íntima relação entre produtos patológicos e processos psíquicos da vida normal (sonho, lapsos, chistes). Desse modo, a clínica psicanalítica anseia não a compreensão e tratamento do sujeito que padece, mas lidar com o mal-estar que a vida na civilização impõe a todos. Por isso, nos interessa aqui o papel que a psicanálise pode assumir hoje em resposta ao contexto contemporâneo da psicopatologia e de hegemonia dos manuais psiquiátricos: um contexto que exige uma norma que a todos transtorna.

O aumento do número de prescrição de medicamentos no Brasil é grande e claramente representativo da associação estabelecida entre psiquiatria dos DSM's e farmacologia. Dados do governo mostram que o comércio de medicamentos antidepressivos (Brasil, 2009) entre 2005 e 2009 teve um aumento de 44,8% de vendas (de R$647,7 milhões para R$ 976,9 milhões). Em relação ao metilfenidato, medicamento receitado para o TDAH (Transtorno de desatenção e hiperatividade), tivemos, no Brasil, entre os anos 2000 e 2004 o aumento de 1020% de vendas de caixas, e entre 2004 e 2008 tivemos outro aumento de 930% na venda do produto. O aumento da venda de tais medicamentos não pode indicar outra coisa senão o aumento do número de diagnósticos dos respectivos transtornos.

Para Calazans et. al (2011), há hoje, na psiquiatria nosográfica contemporânea, procedimentos que se inserem na lógica do todo passíveis de quantificação, padronização e medicação. Essa perspectiva ignora a singularidade intrínseca à história do sujeito e mais propriamente a clínica. Diferente da clínica psiquiátrica, a ética da clínica psicanalítica encontra-se em outra perspectiva. Ela ampara-se na singularidade da relação que o sujeito estabelece com o seu desejo e seu gozo.

Assim, para a psicanálise, um sujeito é diferente do outro e o que insere o discurso analítico na lógica do não-todo, em que não se pode escrever uma regra universal. De

acordo com Campos (2008), a ética própria da psicanálise funda-se no bem-dizer do sujeito sobre si e sobre o mundo, é a ética do um. Para Santana (2011), a psicanálise toca a singularidade máxima do sujeito na direção do que é mais íntimo na existência de cada um e que resiste a qualquer tentativa terapêutica.

O último capítulo concluirá o trabalho e, nele, todas as ideias serão articuladas com o intuito de compreender a função do diagnóstico psicopatológico e discutir os paradigmas da psiquiatria guiada pelos manuais diagnósticos na atualidade. Pretendemos discutir a função do termo transtorno e como o sujeito, dito transtornado, lida com o seu diagnóstico.

Para a clínica psicanalítica, não é possível a universalização do sujeito, já que este só pode ser compreendido a partir do não-todo. Por isso, a intenção deste trabalho é investigar o efeito deste novo manual na prática clínica mediante a análise dos novos conceitos apresentados e compreender, assim, seus impactos sobre o tratamento do sujeito. A teoria psicanalítica será a perspectiva pela qual será realizada a investigação, pois a psicanálise não pode se omitir sobre os debates que envolvem a coletividade sob o risco de se deixar levar pela lógica dominante. E isso não condiz em nada com os propósitos reais de sua ética.

1.2- Breve histórico sobre o DSM:

O diagnóstico dos transtornos mentais é um dos principais aspectos da psicopatologia biológica contemporânea, ao longo dos anos foram desenvolvidas inúmeras formas de diagnosticar a doença mental. No entanto, foi em 1952 que a Associação Americana de Psiquiatria (APA) lançou o primeiro DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais. Produto do pós-guerra, dos traumas psíquicos gerado pela Segunda Guerra, o manual visava ordenar e classificar as nomenclaturas desenvolvidas pelo exército americano no tratamento dos veteranos de guerra, de seus familiares e da população como um todo (APA, 1994). O DSM foi desenvolvido como uma alternativa à Classificação Internacional das Doenças (CID), à época em sua sexta versão, produzida pela Organização Mundial da Saúde.

Desde seu lançamento, o DSM tem como objetivo normalizar e homogeneizar a classificação psiquiátrica. Dessa maneira, o manual pretendia ser uma forma mais objetiva e consensual de criar diagnósticos e diferenciar doenças baseado no agrupamento de sinais

e sintomas apresentados pelo sujeito. Consoante Russo e Venâncio (2006), o DSM utilizava conceitos da psicanálise e mantinha a estrutura teórica freudiana de diferenciação de neuroses atuais e de transferência. Além do mais, visava incorporar à psiquiatria clássica, vigente até o momento, os novos sintomas apresentados pela sociedade.

Concomitantemente ao lançamento desse manual, são testados os primeiros medicamentos denominados psicotrópicos. Conforme Russo e Venâncio (2006):

> Podemos citar como marco inicial dessa revolução o ano de 1952, quando foi testado o primeiro medicamento antipsicótico – a clorpromazina. Ainda que os antidepressivos só tenham sido aceitos e receitados nos EUA no início dos anos 1960, já em 1957 foi lançado o primeiro antidepressivo tricíclico: a Imipramina. Logo depois surge outro composto também considerado antidepressivo, o Iproniazid (IMAO – Inibidor de Monoamino-oxidase). No campo dos tranquilizantes mais leves, surgiu em 1955 o Meprobomato, que seria comercializado como Miltown ou Equanil, conhecendo enorme sucesso. Em 1960 foi lançado o primeiro benzodiazepínico (também tranquilizante e ansiolítico), o famoso Librium. Três anos depois outro benzodiazepínico, o Diazepan (comercializado como Valium) entrou no mercado, ultrapassando o Librium em 1969 como droga mais vendida nos EUA; em 1970 uma mulher em cada cinco e um homem em cada treze tomavam benzodiazepínicos. (p. 463)

Todavia, mesmo com o lançamento dos psicotrópicos que, como vimos foi amplamente divulgado e consumido, Dunker e Kyrillos Neto (2011) apontam que a primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, *reconheceu claramente a síntese de esforços anteriores, em que o papel da psicanálise era proeminente*. Assim, o primeiro DSM, hoje conhecido como DSM I, foi inteiramente baseado em uma compreensão psicossocial da doença mental. Nele, a doença mental foi definida como uma reação a problemas da vida e situações de dificuldades individuais. A influência exercida pela psicanálise evidencia-se pelo uso frequente de noções como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico”. De acordo com Quinet (2001):

> Até a Segunda Guerra Mundial, o sistema de trocas entre psicanálise e psiquiatria, terreno no qual a psicopatologia prosperou, envolveu importações conceituais (a Spaltung para Bleuler, a dinâmica para Ey), zonas de confluência metodológica (as teorias sobre grupos na psiquiatria inglesa), mutualismos diagnósticos (quadros como parafrenia, neurose de angústia, borderline), derivas semiológicas (neurose, perversão, psicopatia), além de hipóteses etiológicas (organização pulsional, regressão, fixação, defesa) (p. 105).

O DSM II surgiu em meio à guerra do Vietnã, e já mostrava em sua descrição a influência da teoria comportamental da época. Sob influência do impulso empirista e dessa nova teoria, foi possível catalogar mais transtornos de comportamentos que borbulhavam na sociedade americana em guerra. Apesar da empreitada empirista, o manual prezava em grande parte pela teoria psicanalítica e, assim, foram realizadas algumas modificações em relação à primeira versão do manual. Foi abandonada a concepção biopsicossocial dos

transtornos mentais, dando lugar a um modo específico de conceber a doença mental, que corresponderia a níveis dedesorganização psicológicado indivíduo. Portanto, o modo psicanalítico de compreender a perturbação mental tornou-se ainda mais evidente.

> A substituição da primeira pela segunda versão do DSM, portanto, não significou uma ruptura importante em termos das concepções dominantes no campo, sendo antes expressão da hegemonia psicanalítica no que diz respeito à compreensão (e possível tratamento) da doença mental. (Russo & Venâncio, 2006, p. 465)

Conforme Izaguirre (2011), o novo manual continuava pequeno e levando em consideração o preceito fundamental da psicanálise. Escutar o sujeito em sofrimento, naquele momento, ainda era o principalmeio para traçar qualquer diagnóstico.

Essa convivência amigável entre a psicanálise e esse novo modelo descritivo de psiquiatria, cada vez mais pautada por sua vertente biológica representada pela psicofarmacologia, encontra seus limites no decorrer dos anos 1970 com a terceira revisão do DSM. Com o DSM III, lançado em 1980, a psiquiatria biológica acabou por substituir a psicanálise como paradigma dominante conectando de vez a psiquiatria às demais especialidades médicas.

A nova revisão do manual chegou com uma grande mudança. Nele, não existia mais neurose, estrutura amplamente estudada pela psicanálise. Isso porque tal estrutura, aparentemente, remete a conceitos ambíguos por não apresentar sintomas objetivos e quantificáveis. De acordo com Pereira (1996), essa ambiguidade causa dificuldades no diagnóstico. O DSM-III continha 494 páginas e listava ao todo 265 categorias diagnósticas, tornou-se internacional e foi tido como uma revolução desse modelo de psiquiatria, guiada pela descrição de sinais e sintomas. Em 1987, o DSM-III foi revisado dando origem ao DSM-III-R. Na revisão, várias categorias foram renomeadas e reorganizadas e ele foi lançado com 295 diagnósticos em suas 567 páginas.

Inicialmente, na primeira edição do DSM-III, o termo Neurose aparece entre parênteses, no entanto, nas edições subsequentes o termo some por completo. Desse modo,no DSM III-R (revisão do DSM-III), a neurose foi desacreditada e, definitivamente, substituída pela nomenclatura Transtorno de Ansiedade, Transtornos Somatoformes e Transtornos Dissociativos. Com isso, foi possível para o manual estabelecer uma classificação mais específica do transtorno por meio da descrição de sinais e sintomas visíveis. Portanto, é no DSM-III que o termo neurose deixou de ser usado com o intuito de não suscitar questões etiológicas e, assim, a expressão doença mental passou a ser substituída por transtorno mental.

O abandono dos conceitos psicanalíticos envolve questões cruciais para se compreender o estado da psicopatologia atual como o fechamento do debate etiológico e discursivo sobre o sofrimento psíquico. Mas, principalmente, por marcar sua eterna luta para pertencer ao campo médico e sua má sucedida tentativa de encontrar no corpo biológico a resposta para o mal-estar do homem civilizado.

A escolha pelo termo transtorno foi providencial, pois o conceito transtorno refere-se simplesmente a um agrupamento pragmático que não tem nenhuma preocupação com a etiologia, determinada apenas pela presença de sintomas em disparidade com o comportamento considerado normal. Transtorno, então, aponta para a essência da ideologia classificatória claramente presente na nova revisão do Manual: a de antes de tudo ser um "compromisso prático".

Além do abandono dos termos psicanalíticos, observa-se com esse novo manual um abandono também da escuta do sujeito, porque o saber que ele tem de si próprio não influencia no diagnóstico. A busca incessante por um saber mais objetivo, quantificável e consensual leva à criação de diversas categorias diagnósticas de novos transtornos do comportamento. (García, 2011)

Desse modo, podemos inferir que a psicanálise aponta para a impossibilidade das pretensões descritivistas da psiquiatria, que luta para ser inserida no campo médico e científico por não permitir a afirmação de uma etiologia biológica para o sofrimento psíquico.

É importante lembrar aqui que a psicopatologia[1] não constitui em si uma disciplina médica e que o enfoque no discurso médico implica apenas em um recorte muito particular do campo psicopatológico. Assim, fica claro que a noção de transtorno visa mais do que evitar o debate etiológico, visa estabelecer uma ordem a qual todo mal-estar seja considerado um transtorno a ser corrigido. Em suma, a noção de transtorno, ao contrário da noção de neurose, é uma noção que evita que o sujeito possa produzir um saber sobre seu sofrimento, sobre o seu mal-estar.

---

[1]Psicopatologia, como define Jaspers: Karl Jaspers tornou a Psicopatologia uma ciência autônoma e independente da psiquiatria médica. Jaspers buscou integrar a ciência ao pensamento filosófico. Segundo Karl Jaspers (1913/1959), a psicopatologia tem o objetivo o estudo descritivo dos fenômenos psíquicos anormais, da forma como se apresentam à experiência imediata. Diferindo-se, no entanto, da tentativa de descrição coerente e completa, adotada pelas ciências naturais, uma vez que a psicopatologia se foca naquilo que constitui a experiência vivida pelos sujeitos.

Essa ruptura é compreendida em três níveis que se articulam: no nível da estrutura conceitual, em que se rompe com a diversidade das classificações anteriores presentes nos manuais psicopatológicos e com suas clássicas discussões, propondo além de uma nomenclatura universal uma única lógica classificatória generalista. No nível da hegemonia dos campos de saberes concorrentes, em que representa uma ruptura com a abordagem psicanalítica, que até então era dominante no âmbito da psicopatologia norte-americana. Por último, no nível das representações sociais relativas ao sujeito, em que se criou não apenas novas concepções sobre o normal e patológico, mas também participou do engendramento de grupos identitários (Russo & Venâncio, 2006).

A criação do sistema nosográfico, que guia o manual diagnóstico norte-americano desde sua terceira revisão, responde à necessidade de desenvolver uma linguagem comum para a psicopatologia. Essa linguagem comum pretende atingir e agrupar clínicos de diversas orientações. A pretensão é, então, um manual ateórico, o qual passa a ser um esforço empírico de descrição dos sintomas cujo objetivo era construir um sistema diagnóstico baseado em evidências científicas, objetivas e neutras. Dessa feita, o número de categorias diagnósticas foi multiplicado e as referências a autores e teorias sobre o sofrimento psíquico foram banidas.

Outro aspecto importante é que no DSM-III, os grupos clínicos passam a ser organizações em eixos (avaliação axial) e os diagnósticos começam a ser realizados por meio de uma avaliação multiaxial ou horizontal. Por conseguinte, o manual passa a ser dividido em cinco eixos: Eixo I, composto por transtornos clínicos (exemplo: depressão, ansiedade); Eixo II, composto por transtorno do desenvolvimento (exemplo: síndrome de down); Eixo III, composto por condições clínicas médicas (exemplo: Alzheimer); Eixo IV, composto por fatores psicossociais e ambientais (exemplo: problemas econômicos e de moradia) e o Eixo V, composto por uma escala que determina a Avaliação Global do Funcionamento (AGF). A AGF apreende o funcionamento psicológico, social e ocupacional (a deficiência devido a limitações físicas ou ambientais não é um critério de avaliação no eixo V). A escala, crescente, vai de 0 – zero - (Perigo persistente de magoar-se a si próprio ou aos outros, por exemplo, violência recorrente - ou incapacidade persistente para manter o mínimo de higiene pessoal ou ato suicida grave esperando claramente a morte) até 100 – cem – (Funcionamento superior num largo espectro de atividades; os problemas da vida nunca parecem ficar sem solução; é procurado por outros devido às suas muitas qualidades positivas. Ausência de sintomatologia). Os critérios para

a definição na escala são necessariamente genéricos, portanto, o sujeito fica à mercê do olhar do psiquiatra que o avalia.

O desenvolvimento desse tipo de diagnóstico é uma consequência lógica do ateorismo etiológico. Os três primeiros eixos são tipológicos, implicando categorias, e os dois últimos são dimensionais. Destarte, um mesmo paciente pode receber inúmeros diagnósticos criando os primeiros casos de comorbidade.

Quanto mais empírico e nosográfico se afirma o DSM, menos se importa com a causa do sintoma. Assim, para Dunker e Kyrillos Neto (2011), esse modelo de psiquiatria e a psicanálise estão de vez separadas. Se a nova psiquiatria contemporânea tem como intuito único tratar o transtorno, a psicanálise procura tratar o sujeito, questão que marca uma diferença radical na direção do tratamento escolhido. A psiquiatria biológica nega todo o saber da psicanálise, argumentando que o fazer da teoria não consegue estabelecer objetivamente um diagnóstico, que seu linguajar não é preciso, por vezes confuso e seus resultados não podem ser medidos. Logo, não serve para a saúde mental.

Ora, para um manual pautado na estatística, tais argumentos são, de fato, inadmissíveis. Postos neste contexto, os propósitos e objetivos da psicanálise são outros.

> O psicanalista, como tal, não é um trabalhador da saúde mental e talvez seja esse, precisamente, o segredo da psicanálise. Apesar do que se possa pensar e dizer para justificar esse papel, em termos de utilidade social, o segredo da psicanálise é que não se trata de saúde mental. O psicanalista não pode prometer, não pode dar a saúde mental. (Miller, 1988, p.21)

Dessa maneira, o DSM-III R marca a adoção da abordagem operacional na psiquiatria norte-americana, bem como a ampla difusão internacional de seus princípios. Mas, mesmo que seu objetivo seja oferecer uma ferramenta diagnóstica útil e universal, o resultado está longe de uma neutralidade. O manual determina uma direção a ser seguida, uma clínica a ser implantada e um método a ser priorizado. Segundo Caliman (2009), o manual resgata, assim, a antiga psiquiatria biológica de Kraepelin[2], apoiada agora em pesquisa epidemiológica, estatística e experimental da época. O DSM-III, que procura atingir a tão almejada ateoricidade, é um dos principais responsáveis pela medicalização da

---

[2] Se os preceitos da psiquiatria biológica advêm da adoção da visão kraepeliana de uma psicose crônica que se apresentaria como um espiral descendente, definida por seu estado terminal, devemos advertir de que o próprio Kraepelin e seus contemporâneos negariam essas mesmas convicções. DarianLaeder (2013) aponta que alguns psiquiatras anglófonos não leram os textos originais de Kraepelin em alemão e presumiram que a "dementiapraecox" era o que o nome, literalmente, implicava: um distúrbio iniciado na adolescência e que ia piorando. No entanto, na oitava edição de seu manual, Kraepelin admite que o termo foi mal escolhido e tanto ele quanto Bleuler relativizaram seu pessimismo original no prognóstico, admitindo a possibilidade de evolução e mudanças positivas, ou seja, *Kraepelin reconheceu que a doença poderia ser contida, ou, a rigor, em alguns casos, curada, com uma recuperação completa e duradoura*. (p.25)

existência. Seu lançamento constitui a virada para a hegemonia da psiquiatria descritivista e para a instauração do modelo americano de psiquiatria, além de constituir em si um corte fundamental na clínica psiquiátrica.

De fato, a nova forma de classificação implicou em um aumento exponencial do número de categorias. A primeira versão apresentou 106 categorias de doenças mentais, passou-se de 180 categorias no DSM II para 265 no DSM III, e 292 no DSM-III-R, número ampliado para 374 no DSM-IV. O DSM IV-TR foi publicado em 2000 com algumas revisões, mas sem um aumento significativo de categorias diagnósticas, dessa forma, a APA desenvolveu um manual com mais de 900 páginas de diagnóstico de transtornos de comportamento. Segundo o próprio manual (APA, 1992), *foi optada uma postura descritiva das doenças (fenomenológica) sem qualquer conotação etiológica ou explicativa das doenças*, restringindo-se ao trabalho de descrever os sintomas e agrupá-los em síndromes.

O DSM-IV consolida então o sistema multiaxial de diagnóstico e traz em si, a comorbidade como regra, e não como exceção.

> O transtorno de pânico surge ao lado da depressão em mais de 50% dos casos e muitas vezes está associado, ainda, com ansiedade generalizada, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo e outros transtornos de personalidade, situados no eixo II. A recomendação de se registrar todos os diagnósticos representa, obviamente, uma desvantagem. (Matos et al., 2005, p. 314)

O manual passa a ser visto como um método infalível que, após o preenchimento de um "checklist", fornece automaticamente um diagnóstico psiquiátrico. Entretanto, os resultados podem ser catastróficos, já que a sobreposição de sintomas dá origem a diversos quadros clínicos e a decisão de sua origem deriva exclusivamente de um julgamento clínico.

No entanto, quais são os critérios necessários para um julgamento clínico eficiente? O julgamento clínico, sem dúvida nenhuma, advém de conhecimentos sobre psicologia, psicopatologia, psiquiatria e, principalmente, sobre etiologia; toda uma história de construção de conceitos que o manual desde sua terceira versão ignora. Assim, o DSM não deve ser visto e consultado como a única forma de conhecimento sobre a psicopatologia.

Mesmo apagando a etiologia e instaurando o modelo nosográfico de diagnóstico, o manual está longe de resolver por completo os problemas diagnósticos que envolvem toda a psicopatologia. É com esse intuito, de resolver os problemas diagnósticos, que a APA realizou a revisão do DSM-IV-TR e, em Março de 2013, lançou o DSM-5, dessa vez apostando em um diagnóstico dimensional, que englobaria o sujeito por completo.

Os primeiros DSM's (I e II) possuíam o diagnóstico dimensional. Todavia, para isso ele se apoiava na teoria psicanalítica, portanto, trabalhava com uma etiologia das doenças mentais junto com o abandono da teoria psicanalítica. Com o desenvolvimento do conceito de transtorno, o DSM-III abandona também o diagnóstico dimensional e, por não se preocupar com uma etiologia, o manual passa a utilizar o modelo de diagnóstico categorial divido em eixos. Em 2013, a APA esforça-se para retomar o modelo de diagnóstico dimensional com o intuito de diminuir a comorbidade típica do diagnóstico realizado pelo modelo categorial (Matos et al. 2005). Contudo, continua a ignorar o debate etiológico e a se apoiar em simples agrupamentos de sinais e sintomas.

No fim, o que o manual impõe ao sujeito é um pretenso bem estar compreendido hoje como saúde, comportamentos sociais considerados normais, formas e padrões de responder ao mal-estar da civilização sem que o sujeito perturbe a ordem. Mas o que é saúde? É preciso compreender o conceito de saúde e, principalmente, o que é considerado saúde mental para analisar as implicações desse manual no sujeito.

2 – SOB A ÉGIDE DO BEM-ESTAR

2.1 – Saúde e Norma

Podemos notar que o termo saúde é usado hoje de maneira indiscriminada e excessiva. Tal vocábulo é usado nas mídias[3] e na discussão sobre a política (vide o caso do programa Mais Médicos do governo federal). Além do mais, são encontradas em muitos lugares normas de oferecimento da saúde, de mercantilização da mesma e estratégias de prevenção para uma vida melhor. Atualmente, a saúde impera como uma meta, como um objetivo a ser atingido. No entanto, parece que muitas vezes o termo saúde é utilizado de forma idealizada sobre a qual, se não temos um verdadeiro entendimento, temos um campo de batalhas ideológicas.

Saúde, vida, assim como o que é normal e esperado do sujeito são questões pertencentes a diversos profissionais e também aos pacientes (ou será que são clientes?). Por isso, torna-se importante a discussão a respeito do conceito de saúde em uma dissertação que pretende abordar a questão da construção e a função do diagnóstico psicopatológico na atualidade.

De acordo com Scliar (2007), os conceitos de saúde e doença nunca foram unanimidade, pois eles não têm em si um significado único. Ao contrário disso, esses conceitos são reflexos de elementos acerca de determinada cultura, época e classe social. A oposição entre saúde e doença é desde sempre questionada, uma vez que estão diretamente relacionadas à condição humana. Ou seja, reflexões sobre questões como vida e morte, alívio e sofrimento, bem como reflexões sobre prazer e dor, que trazem à tona a grande fragilidade do homem, sempre despertaram atenção.

Numa direção semelhante, Canguilhem (2005) descreve as várias formas e significados que a definição de saúde pode tomar. Sobre conceito tão abordado, o autor cita contribuições de vários filósofos, dentre eles: Denis Diderot, Imanuel Kant, René Decartes, Friedrich Nietzsche e Claude Bernard.

Diderot apresenta a noção de saúde como o funcionamento silencioso e invisível das funções orgânicas. Assim, a doença apresenta-se como um estado que leva o homem a desvendar a verdade sobre o corpo. Segundo Canguilhem (2005),

---

[3]Vide dentre vários programas, revistas e sites, o programa Bem-Estar exibido diariamente durante as manhãs na Rede Globo de televisão assim como a coluna semanal do Dráuzio Varella no jornal Folha de São Paulo.

> Quando estamos bem, nenhuma parte do corpo nos informa sua existência; se alguma delas nos adverte por meio da dor é, com certeza, porque estamos mal, se fosse por meio do prazer, nem sempre é certo de que estejamos melhor (p.36).

A doença, então, é a forma do corpo falar que algo não está bem, pois sem a doença nunca saberíamos nada sobre a saúde, a qual é silenciosa e imperceptível no cotidiano, a não ser quando ela nos falte.

Ao tomar Kant como referência, Canguilhem (2005) enfatiza o caráter não científico da saúde. Assim, a doença revela o estado oculto da saúde, o silêncio dos órgãos e, portanto, não informa necessariamente sobre a saúde. Desse modo, o conceito de saúde apresenta-se de modo vulgar, o que impossibilita um saber científico sobre ela. Com isso, é improvável uma ciência sobre ela. Conforme Canguilhen (2005):

> Podemos nos sentir bem de saúde, isto é, julgar a partir do estado de bem estar vital, mas nunca se pode saber se estamos bem de saúde (...) A ausência do sentimento de estar doente não permite ao homem saber se está bem, a não ser dizendo que vai bem em aparência. (p.37).

Neste contexto, o autor cita Decartes, que compara a saúde com a verdade, assim, a saúde tal qual a verdade, quando possuídas, deixam de ser objetos do pensamento. Com a descrição desse conceito de saúde, Canguilhem (2005) parece recusar qualquer perspectiva científica que tome a saúde como objeto. Assim, ele defende a ideia de saúde como algo pertencente ao domínio privado dos indivíduos. Portanto, não faria sentido falar em uma ciência da saúde, visto que não há ciência do particular, do individual; uma vez que ciência aponta necessariamente para generalização.

Utilizando a filosofia de Nietzsche e de Claude Bernard, Canguilhem (2005) demonstra outro sentindo de saúde, em que a mesma é descrita como manifestação de vigor do corpo para absorver/conter as tendências mórbidas. O autor afirma ainda a existência de uma razão do corpo: *O corpo é uma grande razão, uma multidão de um só sentimento, uma guerra em paz, um rebanho e um pastor* (p.39). Por conseguinte, a apropriação e conceituação do fenômeno da saúde são sempre aproximativas e nunca objetivas. Canguilhem (2005) cita Claude Bernard para demonstrar a impossibilidade de um tratamento científico sobre o conceito de saúde. De acordo com Canguilhem (2005): *Em fisiologia, não há senão condições próprias a cada fenômeno, que é preciso exatamente determinar, sem se perder em divagações sobre a vida, a morte, a saúde e outras entidades da mesma espécie* (p.40).

Logo, a saúde pode ser analisada tanto como um estado e fenômeno, quanto como uma ordem em relação ao corpo, sendo este corpo um determinado padrão genético

condicionado em sua presença no mundo. Dessa maneira, o autor reconhece a força do ambiente no corpo biológico; força capaz de modificar a estrutura orgânica do corpo em um processo que Canguilhem denominou: singularização de suas capacidades.

Essa multiplicidade de definições acerca do conceito de saúde indica que se trata de um debate que não pode ser decidido apenas em um plano objetivo. Canguilhem demonstra a impossibilidade do conceito de saúde ser tomado como conceito científico. Para ele, a condição de vivo permite a apresentação do fenômeno de saúde do corpo enquanto potencialidade e possibilidade de adaptação do sujeito em relação ao seu meio ambiente. Concluímos, então, que o conceito de saúde, normal, não tem em si nenhum sentido absoluto.

Desse modo, podemos dizer que o homem é a única espécie cujos membros têm a consciência de sua fragilidade. Somente o homem tem a consciência de sofrer, e medo de adoecer. Consoante Illich (1975), a saúde do homem tem sempre um tipo de existência socialmente definida. Ela identifica-se com a cultura, o programa dos modos de viver que confere aos membros de um grupo a capacidade de compreender a sua fragilidade e de enfrentar o lugar em que está inserido.

Com isso, a cultura deixa de ser compreendida apenas como um modelo de costumes, tradições e hábitos e é vista também como um conjunto de mecanismos, de regras e de instruções de comportamento. A cultura elabora e define o modo como a vida do homem deve ser organizada, ela diz de um modo particular de ser sadio, de gozar, de sofrer e de morrer. A cultura, ao orientar o comportamento do sujeito, determina o que é saúde, além de que é através da construção de uma cultura, de uma forma de ser, que o homem encontra sua saúde. Cada sociedade dita a partir de sua cultura o que é saúde e doença.

Portanto, os padrões desejados de saúde e normalidade são construções históricas, políticas e culturais e estão sempre em constante mudança. Freud (1930) aponta que a cultura é a construção de normas de vida que distanciam nossa vida da de nossos antepassados animais. Tais normas servem a dois fins: a proteção do ser humano frente às ameaças da natureza e a regulação dos vínculos entre os homens. Inspirada em um discurso naturalista, em que a natureza é tida como a primeira instância conservadora da saúde, por ser ela a matéria prima formadora do organismo, a civilização exige beleza, limpeza e ordem.

Assim, ao optar por sobreviver com a segurança, condição proporcionada pela vida social, o homem abdica da possibilidade de realizar suas pulsões. Freud (1930), ao analisar as exigências da sociedade, constata que a vida em sociedade exige do sujeito sacrifícios pulsionais da ordem do desejo. Tais sacrifícios são responsáveis pelo mal-estar do sujeito na sociedade. No entanto, esses sacrifícios são a condição indispensável para a existência de uma sociedade. Desse modo, reivindicações individuais são submetidas às da sociedade. Logo, ao ser inserido em uma cultura, o homem troca uma parte de sua felicidade por uma parte de segurança. Assim, compreende-se que, ao impor ao sujeito tantos sacrifícios, não só da ordem sexual como também à inclinação agressiva do ser humano, a sociedade dificilmente permite que os homens se sintam felizes nela inseridos.

Além do mais, nossa constituição como sujeito tem sido permeada por uma clara construção do que seria o homem padrão com comportamento ideal. A psicanálise demonstra, já a partir de Freud, que a relação do sujeito com o ideal nunca é de submissão total. Dessa maneira, que efeitos temos quando cada vez mais nos são impostas as normas que devemos seguir e a quais padrões devemos nos aproximar? Dentro dos padrões a serem seguidos, o imperativo a ser alcançado é o da normalidade. Contudo, não seriam os sintomas psíquicos indícios de que essa normalidade tem limites?

Vemos nessa discussão que o conceito de saúde se relaciona diretamente com o conceito de norma. Por isso, é preciso avaliar, então, o que é essa norma que aponta para uma normalidade.

2.2 - Normal e Patológico

É a partir dos conceitos de normal e patológico que a clínica médica se estrutura. Sem tais conceitos, a atividade do médico seria incompreensível. Canguilhem (1940/1995) demonstra que o conceito de saúde é estabelecido a partir da definição do normal, sendo o normal visto como norma coercitiva e coletiva. O normal é aquilo que é de conformidade e, para se contrapor à noção de normal, Canguilhem, opta pelo termo patológico. Portanto, o patológico recebe uma designação a partir e em comparação ao que pode ser definido como normal dentro de uma cultura. Assim, ser patológico consiste para o autor em se afastar ao romper normas dos sujeitos aos quais se é comparado, romper com um tipo normativo de vida.

De acordo com Clímaco (2010), a criação dos conceitos de normal e patológico, constituídos como contingências opostas e incomunicáveis, introduz a obrigatoriedade do sujeito estar em um desses polos. O discurso de saúde como norma envolve estar dentro do padrão, atingir o modelo desejado ou nos resignar a estar fora da curva estatística do normal, subordinados a anormalidade, a deficiência.

A ambiguidade do conceito de normal é frequentemente notada. Por um lado, ela pode significar uma média estatística baseada em censos, por outro, um ideal a ser atingido, o protótipo de uma forma perfeita de homem. Para Canguilhem (1940/1995), conceber o patológico pelas normas tem a finalidade de estabelecer uma ação racional sobre o patológico. Assim, os fenômenos patológicos identificam-se como reações aos fenômenos normais. *Aquilo que é normal, apesar de normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação se permanecer inalterado* (p.145).

Considerando essa contraposição, devemos introduzir uma outra diferenciação: aquela entre normal e anormal, uma vez que anormal não é sinônimo de patológico. Normal diz respeito a um sujeito ordinário, normatizado, regular, que está em conformidade com a norma coletiva em que está inserido. Já o conceito de anormal, aponta para uma inadaptação social de uma relação desarmônica do sujeito com a norma, em que pode haver um excesso ou falta. O anormal é uma forma de regularidade e não caracteriza necessariamente o patológico. Segundo Canguilhem (1940/1995), *patológico implica pathos, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada* (p.106). Patológico refere-se à doença, a uma variedade biológica de valor negativo, da natureza de um sintoma. A patologia estuda as *ações vitais em todas as fases da existência dos corpos humanos* (p.35). E esta variedade biológica é referente à diversidade de formas de vida, de ser.

Com essa formulação, Canguilhem vai em direção oposta ao pensamento dominante na época, no qual saúde e doença eram analisadas de forma quantitativa, sendo a doença uma variação dos fenômenos normais. Para o autor, o estado patológico não pode ser inferido de forma objetiva e oposta ao estado de saúde. Isso porque o estado patológico é uma nova dimensão de vida, uma nova forma de ser, uma relação nova com o meio, em que o doente não consegue mais responder às exigências do meio normal anterior.

> Nessa perspectiva, saúde e doença situam-se no campo da normalidade, uma vez que ambas implicam certa norma de vida e, como consequência, a doença deixa de ser o oposto de normal e passa a ser o contrário de sadio. Já o anormal não mais é visto como ausência de normalidade, por não haver vida sem normas de vida, uma vez que até mesmo o estado mórbido é uma maneira de viver. O ponto comum entre saúde e doença é a presença de uma lógica, de uma organização

> própria, de uma norma que estará sempre presente, mesmo na anormalidade. Dessa maneira, a anormalidade não indica ausência de normas, mas, sim presença de uma norma diferente da esperada. (Souza & Lima, 2007, p. 5)

Dessa forma, não é a ausência de normalidade que determina o anormal, bem como não existe vida sem normas de vida, o que nos leva a considerar o patológico, o estado mórbido, como uma certa forma de viver. Assim, o autor defende que saúde e doença são dois fenômenos qualitativamente diferentes e opostos, já que a experiência de estar vivo inclui a possibilidade de adoecer.

Para Canguilhem (1940/1995), a doença individualiza e cabe ao próprio indivíduo, considerado doente, a responsabilidade de distinguir o ponto em que ela começa. Mas se o sujeito é o único capaz de dizer sobre o momento em que começa a doença, a partir de qual critério ele faz isso? O que permite ao homem distinguir a saúde da doença? Em resposta a essas questões, Canguilhem (1940/1995) defende que o critério de distinção entre a saúde e a doença é a normatividade vital, isto é, a capacidade do organismo de se adaptar, de criar novas normas, mesmo que orgânicas. *Distinguindo anormalidade de estado patológico, variedade biológica de valor negativo, atribui-se em suma, ao próprio ser vivo, considerando em sua polaridade dinâmica, a responsabilidade de distinguir o ponto em que começa a doença* (p. 144).

Portanto, o organismo saudável é considerado um organismo normativo, capaz de ultrapassar a norma que define como normal, capaz de tolerar as variações e, sobretudo, capaz de estabelecer novas normas de vida. Por outro lado, o sujeito doente é aquele que se limita a uma única norma de vida, que está adaptado e se restringe a uma única forma de existência. Assim, o que diferencia o estado de saúde do estado patológico é a capacidade, abertura, a ocasionais modificações. Tal capacidade é ausente no estado patológico. De acordo com Canguilhem (1940/1995), o ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes (p.146).

Logo, o estado patológico ou anormal não é uma reação à ausência de norma. A doença é definitivamente uma norma de vida, mas uma norma inferior por não tolerar nenhum desvio das condições em que é válida por ser incapaz de se transformar em outra norma. A cura então é criar para si novas normas de vida, às vezes superiores às antigas.[4]

Canguilhem critica em seus textos o método que privilegia o normal e a normalidade, além de considerar como doença todo o desvio de normas fixas. Critica ainda

---

[4]Não seria essa normatividade inferior que os DSM´s pretendem impor aos sujeitos como norma superior?

toda prática médica que busca estabelecer cientificamente (principalmente, a partir de estatísticas) tais normas e tem como objetivo o retorno do organismo a um estado normatizado anterior de saúde, do qual o sujeito teria se afastado. Para ele, o organismo é normativo, visto que uma nova norma se instaura, ou seja, não é fixo.

Em seus textos, Canguilhem inverte o conceito de saúde e doença, caracterizando a saúde como a possibilidade de ultrapassar a norma que define a normalidade momentânea. A normalidade momentânea é a possibilidade de tolerar as infrações da norma habitual e de criar novas normas em novas situações. Assim, a saúde caracteriza-se pela capacidade de tolerar variações das normas; um sujeito saudável é um sujeito capaz de adoecer e de se restabelecer. A doença designa, então, a incapacidade de romper com as normas que impossibilitam que o sujeito lide com situações novas, é uma norma de vida inferior.

A relatividade da norma não deve servir como um encorajamento para anular a distinção entre o normal e o patológico. Com essa modalização do conceito de normal e patológico, como podemos considerar a questão mais específica que a atrela à medicina?

2.3 - O Nascimento da Clínica

Michel Foucault, em "O Nascimento da Clínica" (1977), aponta que até o início do século XVIII a medicina referia-se mais ao conceito de saúde do que ao conceito de normalidade. Saúde dizia de qualidades biológicas e fisiológicas (flexibilidade, vigor e fluidez) que sofrem uma diminuição devido à doença e que deveria ser restaurada (norma a ser restaurada).

A doença, no século XVIII, passou a se apresentar ao médico como sintomas e signos. O sintoma referindo-se à forma como a doença é visível: tosse, febre e dor, sintomas que permitem designar um estado patológico. Já os signos referem-se à história prévia do sujeito doente, bem como de seu prognóstico, aponta para um conhecimento cego, invisível. Segundo Foucault (1977):

> O signo indica o mais longínquo, o que está por baixo, o mais tardio. Trata-se nele do termino, da vida e da morte, do tempo, e não desta verdade imóvel, dada e oculta que os sintomas restituem em sua transparência de fenômenos. (p.102).

Nessa dinâmica privilegiada da medicina com a saúde existia a possibilidade de o sujeito ser médico de si mesmo. Dessa forma, quando o doente recuperava seu vigor e sua disposição, estava curado. Contudo, a medicina do século XIX apresentou uma grande mudança ao se apoiar em conceitos e estatísticas de um funcionamento regular do

organismo. Desse modo, o conceito de normal passou a designar um protótipo de saúde orgânica que deveria ser alcançado. A saúde, nesse caso, passou a indicar a relação de um tipo específico de funcionamento e de estrutura orgânica do sujeito e, foi nessa relação, que começaram a ser formados os conceitos e técnicas da medicina.

Canguilhem (1940/1995) determina que essa mudança é essencialmente baseada no Princípio de Broussais. Tal princípio determina que a diferença entre o normal e o patológico, tanto para fenômenos orgânicos quanto para os fenômenos tidos como mental, é apenas de natureza quantitativa. Auguste Comte, por exemplo, ao tentar estabelecer uma ciência sobre a saúde e sobre a normalidade, utiliza o princípio de Broussais para determinar que todas as enfermidades consistem basicamente em sintomas. E que tais sintomas estão relacionados a lesões em órgãos e tecidos, *no excesso ou falta da excitação dos diversos tecidos abaixo ou acima do grau que constitui o estado normal* (p.28). Portanto, as doenças, para Comte, nada mais são *que os efeitos de simples mudanças de intensidade na ação dos estimulantes indispensáveis à conservação da saúde* (p.28).

A mudança na forma de compreender a saúde influenciou diretamente a relação entre médicos e pacientes. Antes, os médicos perguntavam ao sujeito doente o que estava errado com ele, existia a primazia pela escuta e pelo saber do sujeito sobre si mesmo. Agora, com a saúde pautada em funcionamento e estrutura orgânica, os médicos passam a perguntar onde dói, ou para ser mais atual: por meio da miríade de exames cada vez mais tecnológicos aos quais os pacientes são submetidos. O diagnóstico é realizado baseado em um sistema classificatório de doenças, assim como ocorre na botânica e a medicina agora distribui os sintomas apresentados pelo sujeito em entidades nosológicas.

O normal e o patológico passam a ser caracterizados ao nível dos signos (Pinel), dos órgãos (Morgagni), dos tecidos (Bichat), das células (Virchow) e das constantes do meio interno (Claude Bernard e Canon). Em outras palavras, o normal e o patológico foram estabelecidos em sólidas bases biológicas (clínicas, anatômicas e fisiológicas) (Barreto, 2013).

Por intermédio dessa construção, a doença passa a ser examinada como uma resposta orgânica, que tem seu lugar em uma classe (tecido, órgão). A intervenção médica passa a ter normas, são instaurados padrões de normalidade, e tais normas são objetivo do tratamento. Conforme Foucault (1977), o olhar médico, agora constituído pela tríade, visão, tato e audição, define, a partir do século XIX, a *configuração perceptiva em que o mal inacessível é cercado por balizas, avaliado em profundida, trazido à superfície e*

virtualmente projetado nos órgãos dispersos de um cadáver (p.188). Para o autor, isso propicia a cientificização da medicina: *logo que com o ouvido ou com o dedo pôde-se reconhecer no vivo o que a dissecção revelava no cadáver, a descrição de doenças e, consequentemente, a terapêutica entraram em uma via completamente nova* (p.188)

A medicina passa, então, por uma grande mudança em sua estrutura perceptiva e epistemológica que agora diz da *invisível visibilidade* (1977, p.190). O conceito de normal passa a ser utilizado para indicar um estado de saúde orgânica perfeita e, a partir disso, a patologia se transforma na classificação das anomalias anatômicas. Dessa maneira, doença passa a ser uma definição biológica que considera como inadequado o funcionamento dos organismos em comparação à norma estatística de uma saúde orgânica, pré-estabelecida e dita adequada.

Barreto (2010) diz:

> No conceito de norma devemos distinguir um conteúdo e uma forma função. O conteúdo da norma, equiparável ao termo médio, tem uma base estatística e, como assinala a doutrina do relativismo cultural, não constitui um estado absoluto, nem tem um fundamento ontológico, mas está subordinada ao tempo histórico, ao lugar e as peculiaridades de uma cultura. Uma norma estável de validade não existe[...] Em qualquer cultura e em qualquer época histórica existe para o homem um modo considerado normal para a vivência de um acontecimento e para a escolha e atuação a respeito de uma dada situação. (p.45)

A visão médica que temos hoje, que concebe a saúde como normalidade estatística tem como base, sobretudo, a fisiologia. Para o médico, o interessante é diagnosticar e curar. A medicina vista de forma objetiva atua nas necessidades mais concretas do homem: se recuperar e sobreviver. Quando a saúde cria um estatuto cientifico que ultrapassa e substitui a crença religiosa da salvação da alma, conclui Foucault (1977), o poder dos doutores cresce exponencialmente.

Para se firmar e se manter como imperativa, a normalidade precisa constantemente criar uma fronteira entre nós (normais) e outros (anormais) considerados como patológicos, definindo de forma objetiva o que é aceito e o que deve ser evitado. Para que a normalidade seja considerada superior e assim possa exercer poder sobre os grupos que estão fora de sua fronteira, é necessária uma construção de saber. Sobretudo, um saber científico, um saber que justifique sua posição e a naturalize.

A saúde, ao ser colocada de forma paralela à condição de doença, adquire um status clínico. Assim, ter uma boa saúde está associada aos padrões clínicos e objetivos da normalidade.

É a partir da busca pela normalidade e pelas regularidades funcionais que o conceito sobre o anormal e o patológico é construído. As regras e as normas sociais definem o que é considerado saúde, seguro e esperado para o sujeito. Dessa forma, as pessoas de atitudes e comportamentos anormais constituem uma ameaça social. Atribuir um nome e um papel às anormalidades do sujeito foi a forma encontrada pela sociedade de controlar as anormalidades. Assim, os sujeitos que fogem da norma tornam-se membros de uma categoria formalmente reconhecida passível de controle e cura. Para Illich (1975), catalogar os tipos de anormalidades é uma forma de colocar este sujeito que escapa mais uma vez sob o controle da sociedade, estendendo o controle social e, desse modo, diminuindo a ansiedade da sociedade. Conforme Leader (2013),

> O clínico que tenta enxertar no paciente seu próprio sistema de valores e sua visão da normalidade torna-se igual ao colonizador que procura educar os nativos, sem dúvida para o bem dele. Quer o sistema seja secular e educativo, quer seja religiosa, ele continua a demolir a cultura e a história da pessoa a quem pretende ajudar. (p. 13)

O consenso acerca do conceito de saúde que hoje é aceito mundialmente e que guia o projeto da medicina moderna decorre de uma organização política, a Organização Mundial de Saúde (OMS). A OMS é a agência das Nações Unidas, responsável pela promoção e controle dos programas relacionados à saúde e ao bem estar tanto físico quanto mental. A proposta para a criação da organização foi a de estabelecer uma associação internacional de saúde pública de alcance mundial. Na atualidade, a organização trabalha com o intuito de operar junto a outras agências da Organização das Nações Unidas (ONU), governos e organizações não-governamentais, buscando, principalmente, a prevenção e o controle de doenças.

Segundo a constituição de tal organização, *a saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados*. Dessa forma, o conceito saúde foi definido como: *um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade*. Assim definida, a saúde passou a ser um direito fundamental do homem e o objetivo social de maior relevância para a manutenção da paz entre os povos (OMS, 1946).

De acordo com Gaudenzi e Schramm (2010), a OMS instaura uma nova concepção de saúde pública pautada, principalmente, na prevenção e na promoção da saúde. Tal concepção, pautada na prevenção, acaba por considerar praticamente tudo como fator de risco e todas as pessoas como potencialmente em risco.

Não deixa de ser curioso o fato de que, mesmo demonstrando em sua constituição a responsabilidade dos governos para com a saúde de seus povos, a OMS (1978) afirma na Declaração de Alma-Ata, no parágrafo IV, que *é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde*. Tal afirmação deixa uma questão no ar: qual relação é possível estabelecer entre direitos e deveres? A saúde é um direito fundamental do homem, que deve ser provido pela sociedade, no entanto, é imposto ao sujeito o dever de permanecer saudável?

Ao colocar como premissa a ideia de que o sujeito também possui o controle sobre os determinantes de sua saúde, a OMS produz um conceito de saúde que alia as escolhas pessoais com responsabilidade social. O novo ideal de saúde visa mudanças nas condições e nos modos de vida dos sujeitos, o que se apresenta como uma restrição das liberdades individuais ao impor comportamentos considerados saudáveis em nome de uma suposta garantia da saúde e do bem-estar.

Canguilhem (1940/1995) afirma que a existência de uma saúde perfeita é questionável. Para ele, a saúde perfeita não passa de um conceito normativo que representa um ideal inatingível. *A saúde contínua é uma norma, e uma norma que não existe* (p.107).

Miller (2005) aponta que, no século XXI, entramos na época da vigilância. Temos hoje uma sociedade em que as palavras de ordem são: vigiar e prevenir. Vivemos em uma sociedade que reclama controle. A forma contemporânea de gestão da sociedade passa pelo processo de quantificação e, desse modo, somos todos quantificáveis e quantificados. Estamos imersos em um discurso universal que não tem mais outras qualidades ou outras identificações subjetivas a nos propor, o que nos torna contáveis e comparáveis.

Se a questão da saúde em geral tem esses questionamentos, como será que podemos pensar a questão da saúde mental?

2.4 - Saúde Mental e Anormalidade

A saúde e a doença mental são desde sempre questões para aqueles que trabalham neste campo. As concepções sobre a ontogênese da loucura têm, durante a história, oscilado entre duas posições principais: organogênese, em que a loucura é tida como orgânica, biológica; e a psicogênese, em que a loucura é analisada pelas relações do sujeito, causas psíquicas. Cada época “histórica-política” teve sua psicopatologia, assim,

várias foram as tentativas de análise do sofrimento psíquico com intuito de compreendê-lo, classificá-lo, estudá-lo e tratá-lo.

Ao longo dos séculos, observamos que foi empreendido um grande esforço na busca de compreender o sofrimento psíquico, um trabalho que começou na Grécia Antiga com Hipócrates e que perdura até hoje. No entanto, é fácil perceber que durante esse percurso o conceito básico de loucura pouco variou. Do passado até os dias atuais, ela diz basicamente sobre a perda da autonomia, o que implica diretamente na perda do autogoverno e liberdade, *seja porque a razão se perde ou se perverte, seja porque a força do apetite atropela o controle racional do comportamento* (Pessotti, 1994, p.268). O que mudou foi o olhar médico (e posicionamento) sobre a loucura, a medicalização e o desenvolvimento de serviços voltados para a saúde mental, que baseados em modelos gerencias e burocráticos, significaram uma mudança no tratamento. Com isso, essa perda de autogoverno – autonomia – passou a ser vista como nada além de um problema médico que deve ser tratado farmaceuticamente. Essa modificação no olhar médico acarretou diversas consequências, que iremos tratar com detalhes no próximo capítulo, mas vale ressaltar aqui uma delas: *as horas de contato entre psiquiatra e paciente foram, radicalmente, reduzidas* (Leader, 2013, p.39).

Matos et al. (2005) apontam que os nomes designados para a loucura mudaram por diversas vezes. Foram construídos e descontruídos teses e conceitos que acabaram por ser incorporados ao vocabulário médico, como por exemplo: anormalidade, alienação, paranoia, loucura circular e catatonia, doença mental e transtorno mental. Para a compreensão do estado atual da psiquiatria moderna, é necessário apreender este processo maior que é o de conceituação da loucura. Falaremos disso, aqui, a partir da noção de anormal trabalhada por Foucault (2001).

Foucault toma o momento histórico do surgimento da concepção de sujeito anormal na transição do século XIX para o século XX, demonstrando que foram três os elementos socialmente condenáveis que, sobrepostos, formaram esse novo conceito: o monstro humano, o incorrigível e o onanista. Cada um desses conceitos comportava a ideia de moral, monstruosidade, contradição, proibição, ameaça e perversão. Entretanto, ao estabelecerem uma relação de reciprocidade, fundaram a categoria do anormal, conceito que tem em si diversos significados, dentre eles, incorrigibilidade, indisciplina, periculosidade e o de crime. A formação desse novo conceito resultou em uma combinação de eventos sociais, discursos institucionais, narrativas médicas e jurídicas que, cada um a

seu tempo, descreveram o desviante. O ponto nodal é que, desde então, ao portador de distúrbios mentais foi reservada a exclusão social, a negação da sua cidadania e lhe imposta certa incapacidade.

As categorias que originaram o anormal (o monstro humano, o incorrigível, etc.) possuem histórias e trajetórias autônomas até que, sob a influência daquilo que Foucault nomeou como poder disciplinador, fundiram-se em um único elemento: o anormal. Conforme aponta o autor, para se manter, o conceito de anormal teve que se apoiar em uma trama de contextos de referência social, científica e cultural. Assim, consolidou-se toda uma rede de instituições de controle, de mecanismos de distribuição e vigilância, de papéis e exigências sociais.

Durante o que Foucault chama de Idade Clássica, do século XIV ao século XVII, foi destinado aos ditos insanos e anormais o lugar de segregação social que, ao longo da Idade Média, foi destinado aos leprosos (Foucault, 1961). Com a diminuição dos casos e ameaças de lepra, os espaços físicos, sociais e ideológicos que os leprosos ocupavam se esvaziaram e foram tomados pelos loucos, aos quais, a partir deste momento, se impunha a obrigação de separação do corpo social. Nesse período, a psiquiatria preocupava-se não apenas com o conceito de anormalidade, mas com formas de proteger a sociedade do possível perigo que os anormais representavam. O resultado: tomou como doença psiquiátrica uma série de comportamentos, condutas, desordens que são da ordem do comportamento.

Se já tínhamos dificuldades em definir o que é loucura, a questão se complica: Como ampliar a gama de sujeitos que serão submetidos a essa nova definição de anormal como sendo do registro patológico?

Foucault (2001) mostra que a doença só tem *status* de realidade e valor de doença no interior de uma sociedade que a reconhece como tal. Com isso, ele quer dizer que a relação entre normal e patológico, saúde e doença, dá-se apenas na realidade da existência coletiva dentro de uma determinada cultura. Assim, cada cultura define os modelos (normas-verdades) considerados normais de conduta para o sujeito.

Inicialmente, não havia um tratamento direcionado para o sujeito considerado louco; o louco era simplesmente retirado da vida em sociedade, era imposta a ele a reclusão social. Em função disso, realizou-se uma verdadeira limpeza – amparada na higienização – nas cidades. Todos que apresentavam algum desvio social, segundo o critério da incapacidade de trabalho e produção, primordial para a ordem econômica

vigente, eram rapidamente afastados e reclusos. A possibilidade de tratamento e adequação das medidas de segurança pública só vieram com Pinel e com o advento da Psiquiatria Moderna, o que ocorreu duzentos anos após o início das grandes internações.

No início do século XIX (1801), Philippe Pinel, psiquiatra francês, publicou seu Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental. O Tratado modificou definitivamente o olhar sobre a loucura e consagrou uma nova especialidade médica, que mais tarde iria se chamar psiquiatria.[5]

Com o conceito de alienação mental desenvolvido por Pinel, a loucura foi pela primeira vez observada através do olhar médico. É esse o primeiro movimento psiquiátrico que visa separar a loucura como um campo autônomo, circunscrito pela expressão alienação mental. Nesse contexto, foi desenvolvida a psiquiatria como uma ciência responsável por descrever objetivamente, classificar e tratar o sofrimento psíquico.

Deve-se a esse trabalho de Pinel a primeira tentativa de classificação e organização das doenças mentais. Criou-se, assim, o primeiro modelo de divisão da loucura, como veremos mais à frente. No entanto, o conceito de alienação mental está pautado em um discurso moral rígido que tenta traçar um limite entre o certo e o errado. O conceito de alienação mental foi o principal instrumento que permitiu separar os loucos dos outros excluídos da vida em sociedade (alcoólatras, prostitutas, desempregados, etc.) (Álvarez, 2008).

Pinel desenvolveu a noção de que a loucura não é irremediável, mas sim uma patologia que pode ser reduzida ou eliminada mediante um tratamento adequado. Os alienados continuaram a ser isolados da sociedade, entretanto, passaram a ser recolhidos em locais próprios, agora denominados asilos, onde receberiam ao mínimo auxílio médico e atividades terapêuticas. A obra de Pinel consistia em ser um sistema descritivo, e não explicativo das alienações mentais, além de que não limitava a loucura a lesões cerebrais. Ele constatou, por meio de autópsias, que existiam lesões cerebrais em indivíduos considerados normais e ausência de tais lesões em alienados, logo, era preciso estudar e compreender as causas afetivas da alienação (Bercherie, 1989).

---

[5]Especialidade médica consagrada ao estudo, ao diagnóstico e ao tratamento das doenças mentais. O termo aparece sob a pluma do médico J.C. Reil, em 1802, escreve “Psiquiatria”, depois, na França a partir de 1809 (em “Biblioteca Médica”) dirigida por A.A. Royer. Collard. Mas até 1860, quase não foi utilizado. (J. Postel, p.365)

A nosografia pineliana da alienação mental constitui-se em categorias tanto empíricas quanto sociais. Ela é representada, segundo Álvarez (2008), por quatro espécies de vesânias, conceito genérico das diversas espécies de alienação: Mania (delírio generalizado); Melancolia (estado afetivo de tristeza ou agitação); Demência (perda do pensamento coerente e ordenado) e Idiotismo (perda das faculdades intelectuais ou afetivas, podendo ser congênito ou adquirido, transitório ou permanente).

Foi com Antonie-Laurent-Jessé Bayle, com seus estudos sobre a meningite e o sistema nervoso (Tratado das Doenças do Cérebro e das suas Membranas de 1826) que a vertente orgânica ganhou força e a neuropsiquiatria começou a se desenvolver ignorando as causas morais do padecimento mental. Bayle desenvolveu o paradigma neuropsiquiátrico que despertou tanto fascínio nas gerações seguintes de alienistas e, assim, o cérebro passou a ser visto como a sede da loucura. A partir de Bayle, a busca por uma causa neurofisiológica passou a ser o intuito da psiquiatria. (Álvarez, 2008).

Essas mudanças na classificação psiquiátrica fizeram parte do processo mais amplo de investigação, compreensão, explicação e tratamento do sofrimento mental. Tal classificação simboliza um novo olhar sobre o psíquico e marca a constituição de uma psicopatologia com pretensões biológicas – uma psicopatologia que tenta se basear na ciência médica. Até os trabalhos de Bayle sobre a meningite crônica, a neuropsiquiatria não tinha prova alguma que relacionava a alienação mental com o cérebro. É a partir desse trabalho que ocorre a generalização das causas do padecer psíquico definidas agora como sintoma de uma alteração cerebral. A generalização cria então o mito cerebral, em que fatores constitucionais e hereditários são os causadores da alienação. Bayle postulou uma explicação patológica dos sintomas – inflamação na meninge e sua extensão para o sistema nervoso – e, em sua obra intitulada "Tratado das Doenças do Cérebro e das suas Membranas" (Bayle, 1826, p.24-26*apud*Bercherie, 1989), afirma que:

> A maioria das alienações mentais é sintoma de flegmasia (inflamação) crônica primitiva das membranas do cérebro (...), algumas alienações muito raras dependem de um irritação simpática do cérebro (...), um certo número de monomanias e melancolias prende-se primitivamente a uma lesão profunda e duradoura das afecções morais e a um erro dominante (...) Mas estou longe de não atribuir ao físico nenhuma influência no desenvolvimento dessas espécies de alienação (...) Há predisposições hereditárias e constitucionais (e)... essas espécies de alienação produzem no cérebro e em suas dependências alguns efeitos que, por sua vez, tornam-se causas de alguns sintomas (...) 4) o idiotismo decorre ordinariamente, (...) de um efeito inato na conformação ou na organização do cérebro. (p. 86)

A questão etiológica permanecia em aberto naquele momento e questionamentos sobre a base anatomopatológica para a alienação mental continuava a surgir. Wilhelm

Griesinger, autor do “Tratado de Psiquiatria”, é considerado um dos primeiros organicistas. Cujo livro foi um manual prático para a psiquiatria em que afirmava que as doenças mentais, antes de qualquer coisa, são doenças cerebrais. Sendo assim, a “insanidade” diz apenas de um, entre vários outros sintomas, da patologia cerebral. Griesinger estabeleceu, então, um novo critério clínico e uma nova construção nosológica: a loucura é procurada no cérebro.

> Se os fatos psicológicos e patológicos nos indicam que este órgão não pode ser outro que o cérebro, deduz-se que, antes que nada, em todo a enfermidade mental devemos ver sempre uma afecção do cérebro. (Griesinger, 1845, p.692)

Essa forma de abordar a loucura acarretou no progressivo abandono da etiologia moral desenvolvida por Pinel, modelo “moralista” de tratamento da loucura e na consequente hegemonia dos adeptos do tratamento físico, visão médica da loucura. Os pressupostos organogenéticos de Bayle foram implantados por mais de três décadas como modelos para a psiquiatria e a alienação mental passou a ser vista como doença mental. No entanto, por mais que a forma de compreender a alienação tivesse mudado, de causa moral para causa cerebral, o tratamento moral de Pinel continuava a ser utilizado e a ter alguns resultados.

Outra modificação importante dentro dos estudos sobre a alienação mental foi o desenvolvimento do termo Psicopatologia, que nomeou a atividade direcionada ao estudo do mal-estar psíquico, principalmente, na França, na Alemanha e na Inglaterra. O conceito instaurou toda uma tradição médica que se apresenta até hoje nos manuais de psiquiatria e de psicopatologia médica. O aparecimento da Psicopatologia como disciplina organizada se dá com a publicação, no início do século XX, da obra de Karl Jaspers “Psicopatologia Geral”, que tinha o intuito de descrever e classificar, de forma meticulosa e sistemática, as doenças mentais (Ceccarelli, 2005, p.473).

No final do século XIX, a clínica psiquiátrica apoiada na neurologia, que buscava a localização das doenças mentais no cérebro, atingiu o seu ápice, e é neste contexto de desenvolvimento da neuropsiquiatria que nasce a psicanálise freudiana. Sigmund Freud propunha compreender o psiquismo humano e esclarecer sua dinâmica de funcionamento através da análise dos mecanismos psíquicos da histeria:

> A histeria é um estado psíquico que torna o sujeito capaz de se auto-sugestionar; Manifesta-se principalmente através de distúrbios primários e, acessoriamente, por alguns distúrbios secundários, o que caracteriza os distúrbios primários é que é possível reproduzi-los por sugestão com exatidão rigorosa em alguns sujeitos, e faze-los desaparecer sob a influência exclusiva da persuasão. O que caracteriza os distúrbios secundários é que eles estão estritamente subordinados aos distúrbios primários. (Bercherie, 1989, p.223)

Assim compreendida, a histeria não era tida apenas como uma doença fisiológica e, mais uma vez, o estudo do mal-estar do sujeito voltou-se para as questões de ordem psíquica. O desenvolvimento da teoria e prática psicanalítica pode ser compreendido como uma grande ruptura epistemológica na psicopatologia da época, que buscava no cérebro as causas para o padecimento psíquico. Russo e Venâncio (2006) apontam que até o século XX houve, na psiquiatria, a hegemonia de duas vertentes morais do tratamento psíquico: *a psicanálise, com sua visão eminentemente psicológica da perturbação mental; e o movimento "antipsiquiátrico", com sua visão psico-política-social*. (p.461)

> Sabe-se que nos anos 1930, com a ascensão do nazismo e consequente perseguição a Freud e seus seguidores judeus, o eixo de produção e difusão da doutrina psicanalítica deslocou-se da Europa central para os países de língua inglesa, com um nítido predomínio da vertente medicalizante, que já era hegemônica nos Estado Unidos desde os anos 1910. De fato, as sociedades americanas exigiam, desde sua criação, o diploma de médica aos candidatos a formação. O pós-guerra assistiu ao triunfo da psicanálise anglo-saxã e, mais do que isso, à sua total penetração no meio médica-psiquiátrico. Estamos falando dos Estados Unidos, mas é possível perceber movimento semelhante (talvez mais tardio) na psiquiatria francesa, por exemplo, e na brasileira. Nos anos 1950 e 1960 era absolutamente impossível para um psiquiatra americano fazer carreira sem ter feito formação em psicanálise. (Russo e Venâncio, 2006, p. 462)

Portanto, nesse momento, há dominância do discurso ético (psicanalista) no interior na psiquiatria. Esse discurso reflete uma nosografia que vamos explicitar mais à frente. *A psicanálise traz, com Freud, a desnaturalização dos processos psicopatológicos e, sobretudo, uma "desnosologização" da psicopatologia. Passa a ser concebível uma psicopatologia do homem normal, uma psicopatologia da vida cotidiana* (Pereira, 1999).

A psiquiatria da segunda metade do século XX, além de sofrer influência da psicanálise, começou a sofrer diversas outras mudanças. Dentre elas, as principais foram a introdução de psicofármacos no tratamento psicológico e o lançamento do primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Conforme citado anteriormente, esse manual foi responsável por desenvolver e catalogar os critérios diagnósticos das perturbações mentais observadas na sociedade da época. É fácil perceber que a criação e o desenvolvimento dos psicofármacos provocaram, na década de 50, uma ampla reformulação nas práticas psiquiátricas, a expansão das indústrias farmacêuticas e o crescimento no consumo de medicamentos. Tais reformulações são responsáveis pela *psicanalização (ou psicologização) da psiquiatria, que corresponde a uma revolução da psicofarmacologia* (Russo & Venâncio, 2006). Nesse momento, a psiquiatria passa a se preocupar unicamente com a remissão dos sintomas a partir do uso de medicamentos e, como visto anteriormente, os medicamentos são amplamente divulgados e consumidos.

A psiquiatria descritiva, tida como biológica traz em si a ideia de que o cérebro é o órgão do psiquismo e que é nele que se deve buscar as causas de qualquer padecimento psíquico. Ela busca no vocabulário médico a legitimação de seus discursos na tentativa de abolir qualquer outra forma de compreender a psicopatologia. Para atingir seu objetivo, o de traçar um limite claro entre o normal e patológico, ela busca apoio em dispositivos de investigação médica, em pesquisas epidemiológicas e nos tratamentos farmacológicos. É importante lembrar aqui que a psicopatologia não constitui em si uma disciplina médica. O enfoque no discurso médico implica somente em um recorte muito particular do campo psicopatológico.

Os ideais e valores que definiam o anormal – antes analisados e definidos por intermédio do aparecimento ou não de delírios, demências, ou alienação – com o estabelecimento de um sistema de classificação cada vez mais refinado estão constantemente se alterando na tentativa de superação de antigas verdades. Contudo, a produção dessas "normas-verdades" funciona apenas como um artefato para transmutar as categorias morais e éticas, impostas pela sociedade ao sujeito, em categorias médico-pedagógicas e psicológicas.

As práticas psiquiátricas e os discursos teóricos que visam legitimar, são servos de sua época. De uma forma geral, a psiquiatria é filha da cultura a que pertence, se entendermos por cultura os estilos de vida de uma época em relação às crenças, técnicas, costumes, arte, direito ou códigos morais vigentes (Colina, 2008).

Assistimos atualmente a uma abordagem operacional do padecimento psíquico em que ele é codificado e estabelecido em conformidade com uma classificação própria ao discurso médico que passou a ordenar a relação entre o sujeito e seu mal-estar. Para manter esse discurso, as dimensões subjetivas, inerentes ao sujeito, vêm sendo tratadas como meras abstrações psicanalíticas sem fundamento. No fundo, é disso que se trata a psicopatologia descritivista atual: abandonar a discussão psicopatológica e a história da psicopatologia em prol de um acordo pragmático inserido no discurso médico-científico e universal-contemporâneo.

> Enquanto antigos livros de psiquiatria eram repletos de reprodução da fala dos pacientes, hoje tudo que se vê são estatísticas e diagramas pseudomatemáticos. Os estudos quase nunca mencionam o que acontece nos casos singulares, mas apresentam números nas situações em que os casos foram agregados. Nunca descobrimos, por exemplo, por que um determinado indivíduo respondeu a certo tratamento e qual foi exatamente a sua resposta; em vez disso, obtemos a estatística da percentagem de participantes que responderam ou deixaram de responder ao tratamento. O indivíduo desapareceu. (Leader, 2013, p.10-11)

Observamos que hoje o conceito de psicopatologia está associado a inúmeras disciplinas que buscam compreender o sofrimento psíquico. Tal abrangência apenas confirma que o fenômeno psíquico não é redutível a uma única forma discursiva. Dentre as diversas tentativas de superar os impasses criados por esta pluralidade epistemológica, temos como marco dentro da psicopatologia médica, os DSM's (Manual Diagnóstico e Estatística de Transtorno Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana), os quais oferecem definições pragmáticas das entidades nosográficas.

Assim, essa psiquiatria descritiva tenta fazer com a loucura o mesmo que a medicina fez com as demais doenças biológicas: patologizar, analisar objetivamente os sintomas, criar classificações, e encontrar explicações biológicas para o seu desenvolvimento, assim como métodos eficazes para o seu tratamento.

No campo psiquiátrico, a passagem do conceito de monstro humano para o anormal fomentou o desenvolvimento de um novo campo sintomatológico que relaciona a norma orgânica à perturbação na conduta para descrever sintomas e doenças (Siqueira, 2009). Portanto, um determinado comportamento, mais especificamente a discrepância de um comportamento em relação às regras sociais e morais tidas como normalidade, pode configurar o sintoma de uma doença. Assim, podemos facilmente relacionar o conceito de saúde mental com o de norma cultural, doença com a perda involuntária da faculdade normativa e tratamento psiquiátrico com o meio utilizado para o seu reestabelecimento (Barreto, 2010).

Como vimos, a partir do século XIX, os atos do sujeito passam, cada vez mais, a serem descritos como síndromes e disfunções mentais. As desordens de humor, afeto, conduta e cognição começaram a ser descritas como anomalias cerebrais. Todavia, a classificação psicopatologia clássica não permitia tal "avanço". Por isso, foi necessário construir uma nova categoria diagnóstica, com signos unificados, objetivos e, principalmente, claros. Dessa maneira, foi adotado, a partir de então, o conceito de transtorno.

> A designação transtorno não confere nenhuma especificidade ao quadro clinico que ela nomeia, mas preenche uma função que se pode chamar "retorica", necessária ao bom funcionamento do sistema: não se trata de conceber uma "doença", no sentido médico do termo, onde uma etiologia orgânica explicaria as alterações observadas. Busca-se, portanto, tratar do problema nosográfico, deixando-se, mitologicamente, de lado os questionamentos etiológicos e privilegiando-se a descrição empírica. (Pereira, 1999, p. 48)

O termo transtorno é assegurado na literatura psiquiátrica atual por meio da publicação do DSM-III-R, e é hoje utilizado em todas as classificações psicológicas. É o

conceito construído que visa unificar o campo da psicopatologia médica e foi escolhido para evitar problemas inerentes ao uso de termos como doença. A utilização do conceito de transtorno visa evitar o debate etiológico e estabelecer uma ordem no campo do psíquico. Uma ordem, na qual todo e qualquer questionamento, todo e qualquer mal-estar sejam avaliados como transtornos a serem retificados. Essa é uma noção que evita que o sujeito produza um saber sobre seu sofrimento.

Mas o que é um transtorno mental para a psiquiatria contemporânea? De acordo com o DSM, um transtorno é conceituado como uma síndrome psicológica ou um padrão comportamental clinicamente significativo que ocorre em um indivíduo e está associado a um mal-estar (sintoma doloroso), incapacidade (deterioração de uma ou mais áreas de funcionamento) ou a um risco significante de morrer, sofrer dor, incapacidade ou perda de liberdade. Qualquer que seja sua causa, é a manifestação individual de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica. (APA, 1994)

Então, para o DSM, transtorno seria uma disfunção pessoal que caracteriza-se basicamente pelo desvio de uma norma social, uma alteração da ordem que deve ser restituída. Como não diz respeito a um sujeito, desresponsabiliza de seus atos o indivíduo que burla a ordem na medida em que atribui esses atos a certo transtorno. O sujeito é separado de seu sofrer e sua relação com o sintoma não é cogitada (Calazans; et al; 2011). Assim caracterizado, o sujeito “transtornado” está à mercê do olhar de quem o observa. O psiquiatra que segue o DSM e seu senso de normalidade é o saber, autoridade, que impõe ao outro o que é ou não aceitável. Segundo Miller (1988):

> Os trabalhadores da saúde mental são aqueles que decidem se alguém pode circular entre os demais pelas ruas, em seu país, entre os países, ou se, pelo contrário, não pode sair de casa, ou se só pode sair para ir ao hospital-dia, ou se não pode sair do hospital psiquiátrico. E fica por decidir se há de estar amarrado, porque, em alguns casos, a periculosidade é rebelde à medicação. (p.20)

A nova nomenclatura, transtorno, permite a promoção da psiquiatria descritiva como teoria com pretensões hegemônicas da psiquiatria mundial. O conceito de transtorno é, então, o ponto em que se ancoram as pretensões dessa nova psicopatologia: ser ateórica, neutra e generalizável. Logo, o conceito refere-se a uma nosografia que privilegia a descrição empírica dos sinais e sintomas apresentados pelo sujeito, catalogando-as, e de um abandono total da divisão clássica entre psíquico e orgânico, antes presente na psiquiatria.

> O próprio termo "transtorno", tradução para a língua portuguesa do original inglês "disorder", já expressa um esforço de "descontaminação" da linguagem nosográfica de suas tradicionais raízes médicas. Era necessário constituir um sistema idealmente "ateórico", não submetido aos pressupostos de qualquer uma

> das inúmeras disciplinas concorrentes no campo da psicopatologia. Retornava-se ao esforço de Kraepelin por fundar clinicamente os conhecimentos sobre o padecer mental, através da criação de uma nosografia rigorosa e objetiva. (Pereira, 1999, p. 70)

Lembremos aqui que a psicanálise torna-se um obstáculo a essa empreitada nosográfica iniciada pela psiquiatria moderna por apontar para a noção de que a psicopatologia é da ordem do sujeito, seja ele considerado normal ou não, tal como evidenciado por Freud (1901/1996), em "Sobre a psicopatologia da vida cotidiana". A clínica psicanalítica possibilitou desvendar a íntima relação entre produtos patológicos e processos psíquicos da vida normal (sonho, lapsos, chistes), de modo que os dois possam ser considerados como inerentes ao sujeito, sendo que alguns trazem sofrimento, tal como o sintoma freudiano. Portanto, a psicanálise anseia não pela compreensão e tratamento do sujeito que padece, mas, principalmente, por permitir lidar com o mal-estar que a vida na civilização inflige a todos e não introduzir uma ordem que exclui todos que divergem dela, tal como está implícito na noção de transtorno.

Observamos então que é imposto ao sujeito adaptar-se a essa ordem social, livrar-se de seus sintomas e ser saudável, tanto físico como mentalmente. Temos hoje, baseada nas diretrizes da OMS (2001), a ideia da saúde mental como indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, sociedades e países. À vista disso, *é impossível alcançar saúde se não se cuida das necessidades emocionais*. Posta dessa forma, para interagir satisfatoriamente com a sociedade a partir do trabalho, família, necessidades físicas e espirituais, o homem precisa estar dotado de um pleno bem-estar. Por isso, saúde é também definida como a total ausência de síndromes psicopatológicas (Hansen, 2004).

Para a Organização Mundial de Saúde, os transtornos mentais têm sua base no cérebro e afetam pessoas de todas as idades, em todos os países, além de causarem sofrimento às famílias e comunidades, tanto como aos indivíduos. Tais transtornos devem, então, ser diagnosticados e tratados de uma forma efetiva em relação ao custo do tratamento (OMS, 2001, p. VII).

> Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De modo geral, porém, concorda-se quanto ao fato de que saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos mentais. (OMS, 2001, p. 4)

Além de um completo bem estar físico e mental, a OMS indica a existência de um comportamento saudável: *é particularmente importante a compreensão dos determinantes*

do comportamento saudável, devido ao papel que esse comportamento desempenha na determinação do estado geral de saúde (p.8). Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde traça uma relação entre um comportamento saudável, expresso pelo homem através de seu comportamento social e interação com os outros, e a saúde física e mental. E afirma: *Os indícios, porém, não deixam dúvida: a saúde mental está fundamentalmente vinculada com os resultados de saúde física* (OMS, 2001). .

Por fim, aconselha que em uma perspectiva de saúde pública, muita coisa pode ser feita para reduzir a carga dos transtornos mentais. Dentre elas, avaliar e monitorar a saúde mental das comunidades, inclusive as populações vulneráveis, tais como crianças, mulheres e pessoas idosas.

Percebe-se que a saúde e a doença mental para a OMS baseiam-se exclusivamente na prevenção, diagnóstico, controle e remissão de sintomas. Dessa maneira, a saúde mental, ao ser transformada em direito fundamental, acaba corroborando para uma prática médica e psicológica em que a preocupação maior se dá na restituição do bem-estar, sendo considerado bem-sucedido o tratamento que consegue a remissão do sintoma a um baixo preço e em menor tempo[6].

Mas será essa a melhor forma de tratar o sujeito e seu sofrimento? Não seria essa mais uma forma de sofrimento e violência? Leader (2013) aponta que:

> Por mais válidas que acreditemos serem essas concepções da doença e da saúde, certamente devemos levar a sério a vida íntima e as crenças de cada pessoa e evitar impor-lhes a nossa visão de mundo. Essa é a diferença entre higiene mental, na qual sabemos de antemão o que é melhor para o paciente, e a psicanálise, na qual não o sabemos. É fácil perder de vista a violência que entra em jogo aqui, mas ela se faz presente toda vez que tentamos esmagar o sistema de crenças de um paciente, impondo-lhe um novo sistema de valores e políticas. (p. 14)

Não é nova a forma como no discurso sobre saúde mental sempre estiveram implícitos a intervenção médica e o controle social. Miller (1988), em sua conferência intitulada “Saúde mental e Ordem Pública”, afirma que: *a saúde mental, não tem outra definição que a da ordem pública [...] E, com efeito, parece-me que não há critério mais evidente da perda da saúde mental que aquela manifestada na perturbação dessa ordem* (p.15). O autor aponta que a diferença existente entre um sujeito que goza de plena saúde

---

[6]Muitos desses pressupostos estão ancorados no tripé: efetividade, eficiência e eficácia. Marinho e Façanha (2001), demonstram que a efetividade diz sobre a capacidade de se alcançar os resultados pretendidos; A eficiência denota a competência para se produzir resultados com o mínimo de recursos e esforços, assim os investimentos mobilizados devem produzir os efeitos desejados. A eficácia, por sua vez, remete às condições controladas e aos resultados desejados de experimentos.

mental e um que apresenta alguma doença mental é a possibilidade deste poder ou não ser responsabilizado por seus atos. Ou seja, ser castigado por seus delitos contra a ordem pública. *Parece-me bastante evidente que a melhor definição de um homem em boa saúde mental é que se possa castigá-lo por seus atos*. (Miller, 1988, p.17).

Desde o início da psiquiatria clássica até a psiquiatria descritiva tida como biológica, propaga-se a ideia de que a doença mental teria determinação biológica.[7] Porém, concomitantemente, a doença mental está sempre em contraposição à norma cultural ou social. Nessa perspectiva, o tratamento farmacológico atual tem como objetivo a cura como adaptação social.

Stagnaro (2007) demonstra que grande parte das classificações presentes nos manuais diagnósticos psiquiátricos, por não poderem indicar objetivamente as causas e mecanismos que determinam as doenças mentais, bem como por não poder definir com absoluta certeza os efeitos das alterações morfológicas que as distinguem (lesões cerebrais, degeneração senil, intoxicação), recorrem à chamada medicina descritiva, uma clínica baseada unicamente nos sintomas.

Até a atualidade, não foram identificados fenômenos neurobiológicos ou biomarcadores genéticos[8] capazes de estabelecer um diagnóstico preciso dos transtornos mentais, sendo impossível designar uma base puramente científica para a sua classificação.

Logo, não conseguem propiciar uma base para uma classificação que extrapole o contexto clínico.

> Os achados isolados provenientes da genética e das neurociências são ainda bastante fragmentários e não existe nenhuma teoria biológica consistente e unificada sobre os transtornos mentais, como a marca psiquiatria biológica deixa supor [...] Na realidade, a biologia que sustenta a psiquiatria biológica é ainda um sonho a ser alcançado. (Aguiar, 2004, p. 11)

Miller (2005) demonstra que da forma exposta, a OMS busca, na definição de saúde mental, uma resposta universal que justifique e explique o mal-estar na civilização. Embutido nessa definição, está o conceito de adaptação, *É preciso adaptar-se. Aliás, esse é o único critério da saúde mental* (p.17), Miller aponta que posto dessa forma, a saúde mental é o ideal de um sujeito para o qual o real pararia de ser insuportável. Quando se percebe a saúde mental assim, só é possível encontrar distúrbio mental e "disfuncionamentos" de comportamento. Para o autor, é importante que não se deixe

---

[7] Griesinger - toda doença mental é cerebral (Bercherie)

[8] DSM-IV-TR não aponta causas biológicas para a maioria dos transtornos catalogados, normalmente coloca a causa como multifatorial e inclui a possibilidade de fatores hereditários, a relação de genes e transtorno foi encontrada apenas no caso de Alzheimer, no entanto mesmo ao estabelecer essa relação ainda não é possível explicar completamente a doença.

enganar por este sintagma: transtorno mental. O conceito de transtorno mental veicula a noção de saúde mental. O distúrbio mental é uma unidade e, desse modo, pode ser abrangido pelo método dos quantitativos e estatísticos. Com isso, a ideia embutida no termo “transtorno mental” é a de que o sofrimento psíquico poder ser avaliado e mensurado.

Esses métodos quantitativos e estatísticos sustentam a ideologia da avaliação, ideologia que tem como postulado a ideia de que o homem é calculável, totalmente comensurável. Tal ideologia tem como consequência a transformação do homem em objeto, em um homem sem qualidades, já que não passa de cifras. Assim, para Aflalo (2012), o homem é um

> Objeto de medida por inteiro, sua alma tanto quanto seu corpo, seus sofrimentos sejam eles físicos ou psíquicos, estando toda a aventura do pensamento e, além dele, da subjetivação reduzida a uma maquinaria retificada, cujas engrenagens não sugerem nenhum mistério. (p.12)

Além do mais, de acordo com Leader (2013):

> Para o DSM, só existem dois tipos de causas: as biológicas e as relacionadas com o estresse. Os novos diagnósticos são feitos com base em sintomas superficiais que o observador possa classificar rapidamente, e não em estruturas invisíveis que só possam ser diagnosticadas de forma responsável após um período considerável. (p.43)

Baseadas nesse modelo quantitativo e estatístico, a psiquiatria descritiva assim como a psicoterapia se inscrevem na lógica do todo na qual buscam, em parâmetros universais, padrões e regras a base para apoiar sua prática (Campos, 2008). A saúde mental, então, é dada por uma norma cultural. No caso do DSM, a cultura norte-americana, baseada estatisticamente no que deveria ser o comportamento esperado de um sujeito ideal pertencente à classe média alta. Segundo Fendrik (2011):

> O invisível aos olhos, mas que habita na língua do DSM, é o consenso sobre a “ordem” que a sociedade espera dos filhos das famílias “normais”: que sejam bons, carinhosos, tranquilos, adaptados, que aprendam bem “suas” lições, que comam e durmam bem e que, chegando o momento, estejam dispostos a defender até a morte, na guerra ou na paz, os valores do sistema. [...] A norma, a ordem, a média não explicita é a (classe) média, “modelo”, cujos filhos não devem ser “diferentes” dos pais, moldados pelo american-way-of-life. (p.34)

Percebemos que nos dias de hoje o que se busca e é incentivado é a adaptação do sujeito às normas sociais, mesmo que essa adaptação crie, a longo prazo, mais angústia ao indivíduo. Percebemos ainda que essa obsessão por catálogos mentais (formas de predeterminar o indivíduo) e pela “normalização” do sujeito faz com que todas as visões alternativas pareçam ineficazes e absurdas.

É comum definir a saúde mental como a ausência de um conflito “observável” (através dos sintomas) com o mundo que a cerca. Devemos caracterizar o sujeito só pela saúde mental? E qual o motivo de supor que o sujeito completamente adaptado à ordem social, que não seja a ilustração de um problema social, seja um sujeito dito “saudável”?

> Embora muitas pessoas experimentem níveis insuportáveis de sofrimento isso não faz delas “doente mentais”, já que simplesmente não existe saúde mental. Quanto mais exploramos cada caso individual, mais descobrimos que a pessoa aparentemente “saudável” pode ter crenças delirantes ou sintomas que não geram conflito em sua vida, e por isso não despertam atenção. Cada um de nós enfrenta problemas com os quais lida à sua maneira singular, e aquilo que é rotulado doença mental, na realidade, como veremos, pode ser um esforço para reagir a essas dificuldades e elaborá-las. (Leader. 2013, p.14)

Aguiar (2004) chama a atenção para o fato de que devido à superficialidade de seus conceitos, a psiquiatria contemporânea, guiada por manuais, não pode ser vista como resultado final de um grande processo de evolução do conhecimento científico. É, portanto, uma construção social, demonstrada por Ian Hacking (2006) no livro nomeado “Making Up People”, de que mais do que apontar a causa de uma determinada doença mental, os motores utilizados nessas ciências são motores para criação de pessoas que se adaptam às características ali descritas, que se identificam. Assim, os artifícios utilizados para descrever os sintomas e, com isso, rotular os sujeitos, limitam e influenciam as formas de ser e viver deste sujeito.

É preciso, portanto, compreender os paradigmas da psicopatologia contemporânea. Para a análise dos paradigmas da psicopatologia contemporânea, vamos tomar o DSM, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, como fio condutor em uma tentativa de estabelecer uma cartografia dessa psicopatologia médica que se apresenta como irrefutável. É preciso compreender seus paradigmas para podermos analisar o modo de operar da psiquiatria hoje e, assim, discutir sobre a influência dessa forma de psicopatologia na vida cotidiana do sujeito.

3- OS PARADIGMAS DA PSICOPATOLOGIA

O que é loucura? Quais são suas causas? De quais conceitos necessitamos para defini-la? A loucura é oposta à normalidade? Essas são algumas questões que serão abordadas neste capitulo que tem o intuito de expor e debater os paradigmas da psicopatologia psiquiátrica.

Todas essas questões perpassam a clínica e foram apreendidas, assim como recriadas durante todo o processo de desenvolvimento da psiquiatria, tanto nos estudos clássicos quanto nos atuais. As repostas para essas questões sofreram grandes variações ao longo das épocas e, normalmente, se constituem em pares de oposição, como por exemplo, a respeito da causa, que costuma variar entre organogênese e a psicogênese. Dessa forma, a loucura pode ser tomada por diversos enfoques.

Aguiar (2004) aponta que dentro do campo médico, a psiquiatria e sua psicopatologia é a área que, nos últimos anos, teve o seu vocabulário mais fortemente difundido na sociedade. Um fato marcante para esse acontecimento foi, sem dúvida, o lançamento do antidepressivo "Prozac" na década de oitenta. Temos hoje um novo discurso psiquiátrico que, amparado nas neurociências, pretende decifrar os mecanismos cerebrais afim de explicar e justificar a subjetividade do homem. No entanto, para compreender o estado atual da psicopatologia, guiada pelos grandes manuais estatísticos, é preciso recorrer à história desse campo clínico e compreender seus desdobramentos no processo de diagnóstico e de apreensão da loucura.

A compreensão sobre o estado atual da psiquiatria só pode dar-se através do conhecimento de sua gênese; conhecimento este que pode nos ajudar a analisar o presente do processo de patologização da existência. Para tanto, é na história que iremos buscar o conjunto de questões que começaram a ser levantadas a partir das primeiras tentativas de apreender psiquiatricamente a loucura e, que hoje, é completamente desprezada na nosografia[9] da psiquiatria, pautada pelos manuais diagnósticos estatísticos.

É fácil perceber que a Psiquiatria de hoje não é mais a psiquiatria que reinava na época das grandes internações ou de Pinel. Hoje, a psiquiatria atua em um campo mais vasto e cobre um espaço que vai da sintomatologia da psicose até ao que pode ser considerado como um aprimoramento das atividades cotidianas (atenção, memória, concentração), uma mudança que ocorreu paralelamente ao crescimento e ao

[9]Nosografia: classificação das doenças. Distribuição metódica das doenças, segundo as suas classes, ordens, géneros e espécies. (Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, 2012)

desenvolvimento da indústria farmacêutica. Mas como se deu a mudança da psiquiatria de alienação mental para os transtornos de comportamento?

Loucura, alienação, doença mental e transtornos mentais são termos que costumam ser usados como sinônimos e que, no entanto, possuem significados distintos, apesar de estarem ligados a um mesmo campo de conhecimento. De acordo com Álvarez (2008), essa confusão é indicativa da tentativa de centralizar o estudo da loucura no campo da psicopatologia médica. Vamos, portanto, revisar os grandes paradigmas da psicopatologia atual para compreender detalhadamente o resultado dessas transformações.

Como demonstrado no título do capítulo, optamos por fazer uma apresentação da história da psiquiatria por meio de seus principais paradigmas. O conceito de paradigma não aponta para um determinado tempo cronológico ou para uma linearidade, por isso, não acreditamos que a história da psiquiatria possa ser analisada como única ou linear. Ela é constituída por rupturas drásticas, reconstruções e contradições, não pela evolução de um mesmo pensamento.

Assim, como Lantéri-Laura (2000), compreendemos que o conceito de paradigma corresponde à formulação de uma doutrina que está assentada mais em um consenso do que em uma demonstração objetiva propriamente dita e que tem como objetivo, citando o autor:

> O papel primordial de um paradigma não consiste em aprofundar em determinadas teorias e descartar outras e sim em garantir e legitimar as atividades de uma ciência, que seja capaz de plantear e resolver, em seu interior, seus enigmas e de legitimar um processo, no entanto, o paradigma sempre estará limitado a aperfeiçoar o que já é conhecido, e a levar a bom termo as novas aplicações. (Lantéri-Laura, 2000, p. 50)

No entanto, de acordo com Thomas Kuhn (1970), o paradigma está fadado, em sua essência, por assim dizer, a desaparecer diante de uma forte crise na disciplina em questão. Crise que não se resolverá sem a instauração de um novo paradigma, que a partir de então, garantirá o bom funcionamento da área - disciplina, ciência - e guiará os seus estudos e tratados em sua nova formulação.

A instauração de um novo paradigma não se trata, logo, da constatação de um erro e da substituição deste por uma verdade, nem da substituição de uma aproximação menos correta para uma mais correta, e sim de uma modificação radical de todo o conhecimento de um determinado campo de conhecimento.

Dessa forma, sem compreender as rupturas, conflitos e a construção de novos paradigmas na psiquiatria, é impossível compreender a história da psiquiatria. E este será o nosso trabalho durante este capítulo.

3.1 – Psicopatologia

A palavra patologia, proveniente do grego “pathós”, sofrimento e paixão, e “logos”, tratado, estudo significa o tratado do sofrimento. Psicopatologia é a tentativa de compreender o sofrimento psíquico do homem, de sua loucura. Diante da loucura, dos loucos e de sua ontogênese, os estudos e práticas psicopatológicas se dividem, desde o passado, entre dois polos epistemológicos opostos: Organogênese e Psicogênese (Martinez, 2006). Compreender a problemática relação entre as teorias pautadas pela organogênese e a psicogênese ao longo da história de desenvolvimento da psicopatologia é essencial para compreender a constituição da psiquiatria clínica científica.

Organogênese aponta para uma compreensão somaticista da loucura – que busca a compreensão da natureza humana a partir do corpo físico (soma) –, diz de um discurso eminentemente médico no qual o aparecimento da loucura é explicado pelo substrato biológico, orgânico. A psicogênese, ao contrário da organogênese, aponta para o valor preponderante do psiquismo no desenvolvimento da loucura, das relações que o sujeito estabelece com o outro.

Todavia, não é apenas isso que diferencia as duas concepções, pois tais orientações se opõem também na forma de compreender o valor do “pathos” (padecimento). Álvarez (2008) aponta uma curiosa diferença entre as duas linhas de estudo da psicopatologia que têm impactos sobre as maneiras de considerar a direção do tratamento: a posição, somaticista, compreende o “pathos” como um fator negativo e a psicogênese, o compreende por seus fatores positivos. *A negativa destaca principalmente a dimensão deficitária do adoecimento, [...] e a positiva, que ao contrário, tende a destacar o fator criativo e reconstrutivo, concebendo a loucura como um drama pessoal, como uma verdade trágica* (p. 32).

É importante analisar essa diferença crucial na forma de compreender o padecimento, já que elas determinam, diretamente, a *compreensão da origem, evolução, diagnóstico, prognóstico e terapêutica* que cada uma dessas posições vai adotar (Martinez, 2006). Ao destacar os aspectos negativos do padecimento, a organogênese orienta seus estudos para os aspectos objetivos do sintoma e para a tentativa de eliminá-los. Na psicogênese, ao contrário, ao considerar o aspecto positivo, privilegia as experiências singulares do padecimento, seu sentido e sua causalidade psíquica, bem como a responsabilidade do sujeito por seu sintoma.

Essas formas divergentes de compreender e analisar a loucura criaram um longo caminho de debate, corpo versus alma, natureza versus cultura, cérebro versus mente, neurotransmissor versus linguagem, biologia versus biografia, questionamentos e oposições que embasaram a clínica do sofrimento psíquico (Álvarez, 2008). Tais concepções são, sem dúvida, essenciais para a compreensão da história da psicopatologia e da psiquiatria.

3.2- A primeira Psiquiatria Clínica: O Paradigma da Alienação Mental:

Como citado anteriormente, embora seja prática social antiga, somente na segunda metade do século XVIII, com o nascimento da clínica, a medicina se aproximou do método científico.

Philippe Pinel, com a publicação em 1800/1801 do "Tratado Médico-filosófico sobre a Alienação Mental ou Mania", foi o precursor da Psiquiatria como uma atividade clínica e pretensa especialidade médica. Antes da publicação de seu Tratado, a psiquiatria não pode ser entendida como existente por estar limitada a poucos capítulos dentro do estudo da medicina. Álvarez (2008) aponta que o tratado de Pinel foi o ponto inicial para todo um processo inovador na clínica médica/psiquiátrica, primeiro por sua nosologia, que assimilou a loucura como alienação mental; segundo, por forma institucional, a partir da reestruturação das internações e desenvolvimento dos asilos; e por último, por sua terapêutica, através do tratamento moral.

Com o Tratado, Pinel estabelece a exploração sistemática de um campo e a ordenação dos fenômenos a que se referem. Essa ordenação desenvolvida por Pinel foi a base sobre a qual se constituiu o saber positivo da psiquiatria. Pinel desenvolveu um novo método de explorar e classificar os fenômenos psicológicos, ou seja, foi o primeiro passo para o desenvolvimento de uma clínica psiquiátrica.

De acordo com Pessotti (1999), Pinel compreende a loucura como uma lesão do intelecto e da vontade. Dessa forma, qualquer classificação das espécies de loucura deveria, necessariamente, basear-se em uma cuidadosa observação dos sintomas dessa ordem apresentados pelo sujeito. E foi através da observação dos sintomas, de um critério sintomático, que Pinel classificou as espécies de loucura.

Consequentemente, Pinel, constituiu a clínica médica/psiquiátrica como *observação e análise sistemáticas dos fenômenos perceptíveis da doença*, e, a partir de tais

observações, desenvolveu sua nosografia (Bercherie, 1989, p.34). De acordo com Bercherie, Pinel desenvolveu grandes conjuntos sintomáticos nos quais a anatomia patológica desempenhava apenas um papel auxiliar (secundário) na classificação.

O livro é, portanto, a tentativa de Pinel demarcar os conhecimentos sobre a loucura e desenvolver campos de pesquisa e de sistematização capazes de tratar e curar as diversas manifestações de vesânias. E, principalmente, dar à psiquiatria um lugar no campo da medicina. O conceito que se torna central para esse trabalho é o de alienação mental.

O desenvolvimento do conceito de alienação mental foi o grande diferencial da nosografia pineliana. Com esse conceito, ele ancorou o desenvolvimento de sua clínica e de sua terapêutica. Alienação mental foi o termo que Pinel desenvolveu para substituir o termo loucura - termo social e cultural - que, por ser usado de forma extremamente ampla, estendia-se a qualquer erro e extravagância a que os homens são susceptíveis, bem como poderia ser um objeto apropriado por outros campos de pesquisa, tais como a filosofia, antropologia, psicologia. Com esse conceito, Pinel pretende não somente delimitar o objeto que pode ser considerado do campo psicopatológico, mas também especificar esse objeto em relação a uma determinada especialidade da medicina: a psiquiatria nascente.

O conceito de alienado aponta para o sujeito que está fora de si e a alienação nomearia um único processo que reúne não só as possíveis e profundas variantes mórbidas, mas também os estados de afetação moral que induzem a uma perda de liberdade (Álvarez, 2008, p.44).

> De sua doutrina depreende-se que o louco não é essencialmente diverso do homem sadio, pois qualquer um pode ser indiferente à razão ou ao bom senso. A loucura é vista então como uma possibilidade humana, de qualquer ser racional. (Gabbay e Vilhena, 2010, p.44)

Nessa perspectiva, contrariando a regra vigente que separava de forma radical a razão e a loucura, Pinel percebia a alienação como uma manifestação de um desequilíbrio das paixões, da razão e dos afetos, preservando no alienado sua identidade humana. Existia no sujeito dito louco um resto de razão, apesar de sua condição de alienado.

Desta maneira, recoloca em cena o sujeito que deve ser escutado. Pinel transforma o estatuto da loucura sem que a libere do cárcere: *O louco, antes encarcerado sem outra forma de processo, torna-se um cidadão a ser avaliado e um doente a ser medicado* (Murat, 2011, p. 60).

Philippe Pinel considerava a alienação mental como uma doença – orgânica –, representada por um distúrbio das funções intelectuais (vesânias) – funções superiores do sistema nervoso – e, por isso, ele a colocou na classe das afecções do sistema nervoso sem

inflamação ou lesão estrutural, o que na época era chamado de neuroses. Ou seja, de forma geral a lesão cerebral, para Pinel, não era condição ou representativa para o desenvolvimento da alienação, era apenas um elemento acidental, aleatório.

Essa forma de compreender a alienação mental gerou consequências sociais, visto que Pinel retira a loucura do poder da polícia e da justiça. Com isso, os alienados não deviam ser encarcerados e nem condenados, e sim tratados como sujeitos doentes que mereciam um tratamento (Lantéria-Laura, 2000).

Na nosografia pineliana, as neuroses cerebrais se apresentavam de duas formas: abolição da função (afecções comatosas) e perturbação das funções (vesânias). As vesânias (distúrbios das funções intelectuais) incluíam a alienação mental (a loucura propriamente dita) – mania, melancolia, demência e idiotismo – e algumas outras "doenças mentais" como a hipocondria, hidrofobia e sonambulismo, que não faziam do sujeito um alienado (Bercherie, 1989, p.35).

Mesmo considerando a mente como uma manifestação do cérebro, Pinel sempre deixou clara a determinante relação entre o físico e o moral no homem e, a partir disso, determinou as três grandes causas – ontogênese – da alienação mental: causas físicas, hereditariedade e causas morais.

As causas físicas eram subdividas em dois grupos: as diretamente cerebrais e as simpáticas. As causas diretamente cerebrais poderiam ocorrer devido a uma pancada violenta na cabeça ou por uma formação defeituosa do cérebro. Já as causas simpáticas apontavam para doenças que atingiam o cérebro em consequência das ligações que este realiza com os outros órgãos do corpo, ou seja, causas fisiológicas, e podiam aparecer devido a diversas situações como, por exemplo, sequela de uma forte febre e o hábito de embriaguez. Por sua vez, a hereditariedade apontava para uma predisposição genética a alienação no histórico familiar. Por último, as causas morais, que era, para Pinel, as mais numerosas e mais importantes na constituição da alienação.

As causas morais, assim como as causas físicas, subdividem-se em dois grupos, contudo, elas estão em constante interação. A primeira causa moral, para Pinel, eram as paixões intensas, contrariadas ou prolongadas; a segunda causa eram os excessos de todos os tipos, irregularidades de costumes e hábitos de vida, e a "instituição" perniciosa. Por instituição, Pinel compreendida a educação, seja por excesso de brandura ou dureza.

Uma vez adquirida essa perturbação, o cérebro se desorganizava a partir das relações simpáticas estabelecidas com os outros órgãos do corpo *a perturbação partiria da*

região do estomago e dos intestinos, de onde se propaga, como que por uma espécie de irradiação, o distúrbio do entendimento (Pinel apud Bercherie, 1989, p. 39). Entretanto, a alienação mental teria, para Pinel, quando causada por causas morais, um ciclo natural e próprio, assim o organismo tenderia a se recuperar, naturalmente, da crise. *O médico deve abster-se ao máximo de qualquer intervenção que venha perturbar o desenrolar do ciclo natural da doença* (Bercherie, 1989, p.41).

Álvarez (2008) determina que a concepção do conceito de alienação mental desenvolvida por Philippe Pinel superara amplamente as visões arbitrárias e incompletas, comuns na época, a respeito da loucura. A clínica de Pinel determina, portanto, que a ontogênese da alienação mental representa causas físicas e morais, sendo as morais mais importantes e mais recorrentes. Para ele, o corpo possui uma íntima relação com a moral (alma), e os aspectos fisiológicos e naturais estão diretamente ligados aos aspectos culturais, pois o cérebro é para ele a sede da mente. Porém, a alienação mental não se caracteriza necessariamente por uma lesão cerebral. Desse modo, a biologia e a biografia do alienado não podem ser observadas separadamente.

A sua concepção sobre a alienação mental se situa entre a concepção clássica – filósofa moral da antiguidade – e a concepção médica – biológica (Álvarez, 2008, p.45). Sua nosografia não aponta para nenhuma causa fisiológica da alienação mental, muito pelo contrário: Pinel conclui, após diversos estudos e autopsias, que na imensa maioria dos casos, com exceção do idiotismo congênito, a alienação mental estaria isenta de lesões materiais no cérebro. Esse posicionamento, que foi construído através do desenvolvimento do conceito de alienação mental, tem como consequência a ideia da curabilidade da loucura. Algo improvável em estudos anteriores a Pinel e sua nosografia. *Pinel ergueu-se, assim, contra o dogma da incurabilidade da loucura, bastante difundida na época* (Bercherie, 1989, p.44). Ou, como diria Álvarez:

> Sobre um total de trinta e seis autopsias realizadas dentro dos hospícios, asseguro que eu não encontrei, no interior do crânio, nada além do que é possível observar em cadáveres de pessoas que morreram de epilepsia, apoplexia, febres atáxicas ou de convulsões, [...] eu vi a um tempo, um grande tumor, do tamanho de um ovo de galinha, no meio do lóbulo direito do cérebro. Você deve pensar que eu falo da cabeça de um louco, mas apresso-me a alertar contra julgamentos precipitados, eu assegurei que a pessoa era hemiplégico, que há dois anos havia levado um golpe na cabeça, e nunca a manifestou menor perda ou desordem em suas ideias. (2008, p.48)

Nesse sentido, no centro da alienação existiria sempre uma ponta de razão indestrutível. Por conseguinte, a visão nosográfica de Pinel - a doutrina que para Álvarez é

extremamente influenciada pela noção estóica das paixões[10] e a persistência da razão na alienação - favoreceu a concepção da alienação como um transtorno que não destrói completamente a subjetividade, possibilitando remediar o processo de alienação mediante a um tratamento, o que implicava, dentre outras coisas, em internação em asilo. (Álvarez, 2008)

A busca de Pinel para compreender o ciclo natural da alienação mental e de formas para ajudar o sujeito a encontrar um caminho para a restauração da razão o levou a desenvolver como terapêutica o chamado Tratamento Moral. Para ele, os conteúdos da mente dependem diretamente das percepções e das sensações e, modificando essas percepções e sensações, poderia se modificar todo o conteúdo mental. Assim, para Pinel o ambiente em que o alienado estava inserido interferia diretamente no ciclo da alienação, por isso, ele optou então por isolar – asilamento – o sujeito de seu ambiente natural durante o tratamento. O isolamento seria uma forma de afastar o sujeito de suas percepções habituais, que com certeza apresentava fatores que favorecia as paixões e os excessos.

Para Pinel, era necessário um ambiente controlado, disciplinado, paternal e inteiramente guiado pela lei médica. Desse modo, o tratamento médico teria a função de acompanhar e favorecer o ciclo natural da alienação, que tende para a restauração e cura do sujeito. O isolamento e a tutela médica foram instrumentos para ajudar o organismo na tarefa natural de cura da alienação. O tratamento era pautado, dentre outros métodos, em métodos purgativos, evacuatórios, antiespasmódicos, banhos frios ou mornos, que, para Pinel, ajudavam o organismo a ir de encontro com o processo natural do ciclo. *Já não se tratava de tratamentos empíricos, utilizados sistematicamente, mas de indicações terapêuticas limitadas e cuidadosamente pautadas na observação dos casos individuais*. (Bercherie, 1989, p.41).

O médico era visto com um sujeito de qualidades físicas e morais superiores e capaz de cativar o alienado – transferência paternal –, além de servir de influência para que este conseguisse mudar a cadeia viciosa de suas ideias. O ambiente controlado e disciplinado, a tutela médica e os conselhos profiláticos, como visto, foram desenvolvidos por Pinel, como um meio de reeducação modelar para o alienado, já que uma educação mal feita e as paixões eram as causas mais comuns de alienação mental.

---

[10] Noção estóica das paixões: "Para o estoicismo antigo, o homem é natureza. Segundo um de seus princípios básicos, a natureza dá ao homem todas as condições para que ele a siga. Mas o homem dela se afasta não sendo, consequentemente, virtuoso. Para os estóicos, nós, homens comuns, nos deixamos levar pelas afecções externas que continuamente perturbam nossas almas." (Areal Guimarães, 2009, p. 94)

Contudo, não foi apenas da análise dos sintomas observáveis – delírios – que se fez a clínica de Pinel. Em seu tratado, o alienista francês, faz claras referências a casos de súbita agressividade e violência física em sujeitos que não apresentavam qualquer forma prévia de delírio cognitivo. A existência de casos assim, cuja marca era a imprevisibilidade de violência, levou Pinel a desenvolver a categoria Mania sem delírio. *A mania sem delírio era um termo que definia uma confusão intelectual circunscrita, já que os pacientes pareciam ter um bom raciocínio, exceto quando determinados assuntos eram abordados* (Dutra, 2002).

Essa categoria representou um claro "contra-senso" ante as classificações das alienações mentais da época. A mania sem delírio, contrariando as outras categorias diagnósticas da época, que se baseavam na análise sistemática dos delírios, não apresentava um ciclo observável, logo, apenas poderia ser diagnosticada após a irrupção do ato violento. Com o desenvolvimento dessa categoria diagnóstica, o alienado passa então a sustentar um estigma profundo. Por não ser dono de suas emoções e comportamentos, era tido como uma ameaça potencial (Almeida, 2007).

Tais sujeitos, embora apresentassem comportamentos de extrema violência direcionada a terceiros ou a si mesmos, tinham um perfeito entendimento do caráter irracional de suas ações e não podiam, diante disso, ser considerados delirantes. A observação de casos assim deu origem a um dilema no campo jurídico. A concepção de que toda alienação poderia representar um perigo latente levou, tanto o alienismo francês quanto a psiquiatria contemporânea, a uma íntima relação com a justiça criminal. (Hauck, Teixeira & Dias, 2009)

Pinel, até o fim da vida permaneceu surdo às lições essenciais da anatomia patológica. Para ele, o método clínico se bastava (Barreto, 2013, p.3). A nosografia pineliana e suas quatro divisões da alienação mental – mania (com ou sem delírio), melancolia, demência e idiotismo – constituíram o fundamento principal da pesquisa psiquiátrica na clínica francesa, que ocuparam os clínicos ao longo de cento e trinta anos posteriores a Pinel. Dessa forma, vários clínicos perpetuaram o trabalho de Pinel com pequenas mudanças, alguns avanços e muitos retrocessos. Temos como exemplo, Esquirol e sua classificação (1816 e 1818).

Bercherie (1989) diz que:

> No plano geral da doutrina, portanto, não encontraremos nada de muito original em Esquirol. Ele definiu a loucura como "uma afecção cerebral comumente crônica, sem febre, caracterizada por distúrbios de sensibilidade, da inteligência e da vontade" (p.5). [...] Essa definição retornou e preservou a divisão dos

> problemas mental em sintomáticos e idiopáticos, que fora feita por Pinel, já que os distúrbios mentais febris (frenesia) foram imediatamente excluídos das doenças mentais propriamente ditas. (p. 48)

Esquirol tinha como critério de classificação a sintomatologia. Assim, o desvio da razão, o delírio, deve ser necessariamente acompanhado pela presença de paixões características a cada tipo de alienação. Ele compreendia, assim como seu mentor, a alienação mental como um distúrbio das funções intelectuais, racionais, decorrentes de paixões e excessos. Como Pinel, situou a sede da loucura, em particular as geradas pelas paixões - causas morais - no sistema visceral, e indicava como tratamento o tratamento moral, com pouca interferência do médico, utilização moderada da farmacopeia, que deveria ser adaptada a cada sujeito de forma individual.

Todavia, sua nosografia marcou uma distinção em relação a de Pinel. A nosografia de Esquirol contava com 5 distinções dentro da alienação mental (considerada uma enfermidade única e autônoma): Lipemania (a antiga melancolia, delírio em torno de um objeto ou em torno de um pequeno número de objetos, com predomino de paixão triste e depressiva); Monomania (delírio em torno de um objeto ou em torno de um pequeno número de objetos, com predomino de paixão alegre e expansiva), Mania (caracterizada por delírio ilimitado e excitação); Demência (perda da razão devido à perda de vigor ou energia dos órgãos do pensamento, ela pode ser aguda, curável, ou crônica, incurável); Idiotia (onde os órgãos responsáveis pelo pensamento não se desenvolveram). (Lantérie-Laura, 2000)

A separação do antigo conceito de melancolia, presente na classificação de Pinel, em duas classes, monomania e lipemania, foi a contribuição mais original e também mais controversa de Esquirol. Essa foi a forma encontrada por Esquirol para resolver os conflitos que a palavra melancolia admitia.

Com essa nova divisão, ele demarcou um grupo em que as afecções mentais atingiam o espírito parcialmente, um grupo em que o delírio é parcial, ligado apenas a um objeto ou a um grupo pequeno de objetos (Bercherie, 1989; Lantéri-Laura, 2000). Com isso, Esquirol, perpetuou uma categoria de alienação, representada por uma perturbação que não aludia a delírios ou à desordem cognitiva, mas sim a abalos inesperados e incontroláveis das paixões e afetos (Pacheco, 2003).

A monomania colocou em evidência a existência das, agora denominadas, loucuras parciais, e demonstraram a possibilidade da loucura e da razão coabitarem um mesmo sujeito (Álvarez, 2008). O conceito de monomania foi ampliado: *a partir deste momento,*

haverá que se distinguir tantas monomanias quanto objetos possíveis de delírio (Lantéri-Laura, 2000). E elas podiam ser de três tipos: Monomanias intelectuais, monomanias emotivas e monomanias instintivas. Sendo assim definidas por Dutra (2002):

> Monomanias intelectuais, nas quais os doentes partem de um princípio falso, que seguem sem desviar os raciocínios lógicos e do qual eles tiram consequências legitimas, que modificam seus afetos e os atos de sua vontade. Afora este delírio parcial, eles sentem, raciocinam e agem como qualquer outra pessoa; Monomanias afetivas; nas quais apenas o afeto é atingido, não sendo acompanhadas de delírio, [...] não perdem a razão, mas seus afetos, seu caráter, são pervertidos; por motivos plausíveis, por explicações racionais, eles justificam o estado atual de seus sentimentos e desculpam a esquisitice, a inconveniência de sua conduta; E finalmente as monomanias instintivas, nas quais somente a vontade é atingida, podendo conduzir o sujeito a ações delituosas e mesmo criminais, [...] a vontade está lesada; o doente, fora das vias ordinária, é levado a atos que a razão ou o sentimento não determinam, que a consciência reprova, que a vontade não tem mais força de reprimir, as ações (delituosas) são involuntárias, instintivas, irresistíveis. Esquirol chega a isolar um tipo especifico de monomania instintiva, a monomania homicida, cuja a características principal seria a ocorrência de assassinatos de aparência totalmente imotivada e não premeditada [...] nela não se pode observar nenhuma desordem intectual ou moral (afetiva); o assassino é levado por um poder irresistível, por um arrebatamento que ele não pode vencer, por uma impulsão cega, por uma determinação impensada, sem interesse, sem motivo. (pp.25,26)

Ao reconhecer uma perturbação localizada que altera apenas uma pequena parte do funcionamento psíquico do sujeito, levando-o à insanidade e à possibilidade de cometer atos violentos como assassinatos, Esquirol coloca a monomania instintiva como possível responsável por delitos cometidos aparentemente sem motivo. *Essa noção trazia uma questão importante: é possível haver uma loucura parcial, que afete apenas uma das capacidades do sujeito, mantendo as outras intactas?* (Kyrillos Neto & Calazans, 2013, p.161)

Seguiram-se a partir das contribuições de Esquirol, intermináveis discussões envolvendo tanto a área médica quanto a jurídica. Ao levantar a questão da atribuição de responsabilidade ou não do criminoso, Esquirol introduziu na patologia mental condutas criminais que antes preocupavam apenas à justiça. Com essa nosografia, Esquirol continuou o trabalho de Pinel de desenvolver uma lista de diferenciação entre distúrbios mentais de substrato orgânico (Idiotia) e funcional. Além disso, Esquirol diferenciou claramente a idiotia de alienação. A idiotia não poderia ser considerada como doença, já que diz de um estado em que os órgãos não se desenvolveram o suficiente e as faculdades intelectuais não se manifestaram (Lantéri-Laura, 2000).

A diferença fundamental é que Esquirol, diferentemente de seu mestre, procura determinar um substrato orgânico específico para cada espécie de alienação. A definição de Esquirol apresenta muito formalmente a mania como uma afecção cerebral localizada

anatomicamente e funcionalmente no cérebro, além do autor atribuir um valor característico à duração do delírio. Para ele, na Monomania, o tempo que o sujeito permanecia em estado letárgico era proporcional à segunda fase da doença, de agitação, mania. No entanto, por mais que considerasse as causas, principalmente da monomania, cerebrais, Esquirol não determinava qual mudança seria essa.

Bercherie (1989):

> Os defeitos de conformação do crânio só eram encontrados na idiotia, e as lesões orgânicas do cérebro dos envoltórios só tinham sido observadas nos casos de complicação (epilepsia, paralisia) e dependiam, portanto, da doença que havia causado a morte, e não da loucura; as demais lesões descritas pelos autores não eram especificas, já que eram encontradas em muitos sujeitos que não tinham sido alienados e que muitos alienados não exibiam nenhuma alteração quanto a dissecação. Assim, ele conclui que "a loucura depende de uma modificação desconhecida no cérebro." (p.55)

Dessa forma, fica claro, com a análise dos estudos de Pinel e Esquirol, que o paradigma da alienação mental deixou como herança a ideia de que, por ser movida pelas paixões, qualquer pessoa pode se tornar alienada, "louca" e que o seu contrário é verdadeiro, o alienado pode recuperar a razão. Assim como, com os estudos sobre a loucura parcial, um sujeito pode se mostrar parcialmente "louco".

O fato é que a clínica de Pinel permaneceu forte durante um longo período. Esquirol deu continuidade a seu trabalho, como dito anteriormente, seguido por Guislain, fundador da psiquiatria Belga, que assim como Esquirol, considera a importância das causas morais e físicas no desenvolvimento da alienação mental (frenopatias); entre outros.

Não obstante, a busca por uma explicação cerebral para a alienação tornou-se foco das grandes pesquisas em psiquiatria, inicialmente, com pesquisas sobre a paralisia geral e as infinitas buscas por alterações anatomopatológicas com intuito de fomentar a classificação dos tipos de alienação.

Álvarez (2008) aponta que a negação da existência das loucuras parciais foi usada pela psiquiatria da segunda metade do século XIX como uma arma para demolir o modelo desenvolvido por Pinel de compreensão da loucura, alienação metal, já que tal conceito, loucura parcial, mostrou-se como um empecilho para a elaboração de uma psiquiatria médica de etiologia fisiológica. A partir de então, nasce um novo paradigma, o das doenças mentais.

3.3 – Nosologia Clássica: Griesinger, Bayle, Kraepelin e o Paradigma das doenças mentais

A crítica ao modelo da alienação mental, que a compreendia como um distúrbio unitário e autônomo desencadeado por paixões, foi um dos principais julgamentos direcionados ao primeiro paradigma da psiquiatria. Muitos teóricos da época compreendiam que as diversas formas de apresentação da alienação não poderiam representar um único distúrbio e, desse modo, desenvolveram o conceito de doenças mentais. O que se mostra essencial para a mudança do paradigma de alienação mental para o paradigma das doenças mentais são, então, as dificuldades intrínsecas do primeiro paradigma e o sentimento de obsolescência que afetou diversos alienistas na época.

As dificuldades intrínsecas estavam ligadas à ampliação das formas e de uso do conceito de monomania. Com a ampliação, o conceito corria o risco de ser estendido de tal modo a englobar grande parte do campo de psicopatologia e, por outro lado, o uso de conceitos da psicopatologia pelo campo jurídico acabou por reduzir o trabalho do especialista em assunto penal a uma tautologia[11] desvalorizada por advogados, juízes e membros do tribunal.

O sentimento de obsolescência é desencadeado pela comprovação da distância entre a psiquiatria nascente e outros campos da medicina, cujas reivindicações "cientificas" exigiam uma semiologia objetiva e questionavam a pluralidade e o caráter natural das espécies de alienação. Sem adotar os critérios ditos científicos impostos pela ciência médica, a psiquiatria, que começava a se formar, corria o risco de ser expurgada do campo médico.

Dessa maneira, fica claro que esses obstáculos não constituem em si a descoberta de uma contradição ou de um erro no paradigma da alienação mental. O desenvolvimento do conceito de doenças mentais ampara-se mais na necessidade de a psiquiatria se fazer presente no campo da medicina do que em novas descobertas.

Lantéri-Laura (2000) aponta que as doenças mentais eram consideradas como espécies de doenças naturais irredutíveis entre si, e não como variações de uma mesma espécie (assim como acreditam os alienistas). Desse modo, apresentam uma determinada evolução. As causas dessas doenças poderiam ser tóxicas, infecciosas, tumorais, entre outras.

---

[11]Repetição inútil de uma mesma ideia em termos diferentes.

Todavia, essa definição do conceito e das causas de doenças mentais é tão incerta em suas limitações quanto em seu conteúdo, por isso, foi necessário desenvolver métodos para tentar estabelecer critérios para determinar se tais doenças pertencem mesmo ao campo psiquiátrico ou a outro campo da medicina.

Griesinger, que com a declaração de que *devemos ver sempre nas doenças mentais, antes de mais nada, uma afecção do cérebro* foi considerado o primeiro organicista da psiquiatria. Sua declaração o coloca, diretamente, na corrente da psiquiatria anatomista. O diferencial apresentado por ele é que seu Tratado sobre patologia e terapêutica das doenças mentais, publicado em 1845 foi considerado, por apresentar uma estrutura dividida em considerações gerais, semiologia, etio-patogenia, formas clínicas, anatomia patológica, prognóstico e tratamento, o *primeiro verdadeiro tratado de psiquiatria* (Bercherie, 1989, p. 72).

> Uma vez que o texto de Pinel mantinha um estilo bastante literário e filosófico e o de Esquirol constituía sobretudo um agrupamento de artigos diversos. Griesinger, ao contrário, redigiu um trabalho com objetivos claramente didáticos e de consulta dirigida. (Pereira, 2007, p.687)

Em vista disso, Griesinger, apresentou uma nosologia baseada na ideia da evolução das formas clinicas. Assim, todas as formas clínicas de loucura não passariam de fases de uma mesma doença, em que a cura seria possível apenas nas fases iniciais do processo, quando ainda não existiam as lesões cerebrais que, para ele, eram irreversíveis. O termo alienação mental passa a ser, lentamente, substituído por doença mental e a procura de sua relação com o cérebro vai, cada vez mais, ser o foco das pesquisas em psiquiatria.

Apesar de apontar a loucura como afecções cerebrais, Griesinger não conseguiu provar, anatomicamente, uma relação exclusiva entre lesão e loucura. Bayle (1822) foi responsável por essa descoberta. Mesmo sendo anterior a Griesinger, Bayle só recebeu o devido reconhecimento vinte anos após sua descoberta.

Bayle publicou sua descoberta sobre a Paralisia Geral, meningite crônica, em 1822. Suas ideias foram sumamente ignoradas na época, fato que levou Bayle a abandonar a psiquiatria. A descoberta dele consistia no fato de comprovar que uma forma grave de alienação resultava de uma lesão encefálica (Álvarez, 2008).

A Paralisia Geral era compreendida como o estágio crônico de uma alienação mental, era tida como uma complicação da alienação mental e, na nosografia de Esquirol, ela foi classificada como uma forma de demência (Pessotti, 1999). Entretanto, os trabalhos de Bayle provaram que a Paralisia Geral é decorrente de uma meningite crônica, ou seja, de uma inflamação na meninge, que é uma membrana que protege os nervos no sistema

nervoso. Com isso, demonstrou que uma forma grave de loucura crônica era resultado, comprovadamente, de uma lesão encefálica.

> 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 clinico sucessivos que alguns pequenos sinais diferenciavam de outros quadros semelhantes, associando sinais psíquicos e físicos simultâneos e repousando numa base anatomopatológica unívoca. (Bercherie, 1989, p.87)

O trabalho de Bayle foi revolucionário, uma conquista para os que recusavam qualquer explicação afetiva para a loucura, e acabou por mudar o panorama da psicopatologia de seu século. Isaias Pessotti afirma, no texto "Demência, dementia praecox, esquizofrenia", de 2007, que a descoberta de Bayle influencia a psicopatologia principalmente por suas implicações para a teoria da demência: *A descoberta de Bayle, ao apontar uma causa precisa para uma dada forma de alienação, reforçava a postura teórica dos adeptos de uma classificação dos quadros mórbidos segundo as causas específicas de cada uma* (p. 118).

O trabalho de Bayle foi pioneiro quanto à classificação etiológica, baseada exclusivamente no modelo médico, e sua descoberta deu início à incessante busca, no cérebro, para a doença mental. Todavia, a impossibilidade de encontrar no cérebro as causas de todas as ditas doenças mentais impeliu as psiquiatrias do século XIX a adotar critérios meramente clínicos para a descrição e classificação das doenças mentais.

Nesse contexto, surge em 1883, na Alemanha, o Compêndio de Psiquiatria de Emil Kraepelin, que buscou, na elaboração do compêndio, colocar em ordem o campo das doenças mentais. O autor retomou todo o conhecimento da psiquiatria europeia para fornecer sucessivas propostas de construção de entidades nosológicas no campo da psicopatologia, bem como um sistema único de classificação. A primeira versão, a qual apresentava uma classificação genuinamente sindrômica, do compêndio de Kraepelin:

> [...] baseava-se na psicologia de Wundt, de quem fora aluno e, como Pinel, estava convencido de que a investigação psicológica era indispensável para a compreensão das doenças mentais e de que, sendo assim, a psicologia podia oferecer instrumentos conceituais à análise clínica (Silva, 2001, p.32).

É importante deixar claro que os aspectos psíquicos ou comportamentais aceitos por Kraepelin são os delimitados pela psicologia experimental de Wundt, que se ocupou principalmente de estudar, de forma experimental, as funções mentais. Assim, os distúrbios "psíquicos" são analisados como funções cerebrais comprometidas e têm sua ênfase destacada pelo estudo da memória, atenção, raciocínio e funções lógicas (Pessotti, 2007).

A obra de Kraepelin passou por sucessivas revisões, (a última, que é a nona, em pleno século XX, em 1927) um processo que culminou na adoção simultânea de critérios de classificação tanto de ordem anatomopatológica, quanto etiológica e clínica. Para o autor, nenhum desses ramos de pesquisa havia avançado o suficiente a ponto de fornecer elementos seguros para uma análise pura da classificação dos distúrbios mentais. Dessa forma, na tentativa de construir um conhecimento sólido, as classificações das formas de loucura, doença mental, desenvolvidas pelo autor, variou, de forma significativa, de uma edição a outra.

A classificação de Kraepelin, após os desapontamentos da psicopatologia com bases na anatomia patológica, produziu uma explicação conciliadora para as doenças mentais. Sendo assim, as causas orgânicas passaram a ser compreendidas como estados de intoxicação cerebral, que não necessariamente implicavam em lesões estruturais no cérebro, assim como a hereditariedade: *O alienado teria herdado um cérebro estruturalmente pronto para produzir todo o quadro patológico com sua plena forma clínica, seu decurso e seu desfecho. A causa orgânica seria, então, a hereditariedade, ou depois de Morel, a "degenerescência"* (Pessotti, 2007, p.120).

Contudo, a limitação sobre o conhecimento dos verdadeiros agentes causais das lesões cerebrais que produziam a doença mental não impediu o autor de desenvolver uma classificação puramente médica. Kraepelin considerava que *a psiquiatria lidava com entidades mórbidas inscritas no campo das ciências naturais* (Pereira, 2001). Assim, seu trabalho foi pautado em descrever e classificar doenças mentais. Seu método baseava-se na observação e descrição meticulosa dos fenômenos clínicos, entidades diagnósticas, descritas como unidades mórbidas isoladas, delimitadas, em oposição às demais, buscando demarcar seus agrupamentos típicos e, sobretudo, sua evolução e prognóstico. Por conseguinte, o projeto nosográfico de Kraepelin mostrou-se, fundamentalmente, categorial.

> Com Kraepelin, a variedade das formas da loucura espelha cada vez mais uma diferença de combinações de fatores que atuam sinergicamente para produzi-las. E, então, na verdade, as diferenças sintomáticas não representam quadros naturalmente discretos, com identidade própria e exclusiva, mas formas, modos de combinação de fatores mais ou menos comuns aos vários quadros, entendidos como meras expressões de processo (s) doentio (s) mais genérico (s). (Câmara, 2007, p.169)

Com Kraepelin, encerrou-se um capítulo da história da psiquiatria. A anatomia patológica nunca conseguiu desempenhar para a psiquiatria o papel decisivo que representou para a medicina. No início do século XX, os psiquiatras então concluíram que a psiquiatria não se trata de questão de avanço científico; o problema se mostra no objeto

da psiquiatria, que é diferente do objeto da medicina. Se o discurso científico exige da medicina a exclusão da subjetividade, tanto do observador como do observado, na psiquiatria caminhou-se em direção oposta, com o aparelhamento para o estudo da subjetividade dos pacientes (Barreto, 2013).

Com seu Tratado, Kraepelin, diante da impossibilidade de apontar um marcador biológico, opta por investigar o curso da doença mental. Investigar o desenvolvimento da doença era o único método disponível para isolar e listar as doenças mentais de forma independente. Sua classificação é verdadeiramente organicista, no entanto, conforme visto, ela se pauta na descrição sintomática e não em um critério etiológico objetivo.

De tal modo, o autor iniciou sua pesquisa definindo sistematicamente parâmetros e medindo-os estatisticamente. A escolha pelo método estatístico como meio de caracterizar as síndromes é também consequência da falta de uma base anatomopatológica confiável. Logo, o autor, procurava caracterizar a faixa etária em que certos quadros tendiam a aparecer, sua prevalência, estabilidade, bem como seus efeitos na vida do sujeito doente (Àlvarez, 2008; Câmara,2007).

Desse modo, com as sucessivas revisões de seu Compêndio, o autor rompeu com o método sintomático, prevalente até então, e inaugurou o método clínico na psiquiatria. Método que aperfeiçoou durante as nove edições do seu livro. Assim, as doenças mentais, examinadas de forma independente tomaram um valor absoluto.

Com Kraepelin desaparece por completo toda a reflexão a respeito da loucura, assim como o interesse pelo louco. *O doente mental passa a ser notado de acordo com o incomodo que gera no funcionamento social e na medida em que se mostra como uma carga para suas famílias, para a sociedade e para o Estado* (Álvarez, 2008, p.75).

Ao tomar status de doença mental, a loucura passa a ser examinada como uma lesão, como um fator biológico ou fisiológico. Em consequência disso, a psiquiatria adota uma postura somaticista, em que o corpo biológico é responsável pela origem da loucura e é nele que se deve procurar sua ontogênese. O cérebro – suas ligações e neurotransmissores - passa a ser o foco de interesse da psiquiatria. O cérebro é agora o órgão da mente. A biografia do sujeito não importa mais, ninguém se preocupa mais em escutar o louco, em saber sobre sua verdade. A evolução desse método de compreender a loucura levou à técnica médica que hoje regula a psiquiatria, cujas diretrizes objetivas são: diagnosticar e medicar. A doença, loucura, precisa ser rapidamente extirpada da vida do sujeito e, principalmente, da sociedade.

> Anteriormente se pensava que o louco vivia em um mundo de fantasias, de acordo com suas preferencias, simplesmente animalizado. Isso explica, sem recorrer a nenhuma perversão moral, as constantes visitas a asilos realizadas por curiosos burgueses. Não visitavam o sofrimento e sim a extravagância e a felicidade. Hoje, passamos para o extremo oposto, e vemos tanta dor nas psicoses que passamos a produzir um intervencionismo reparador e terapêutico. (Álvarez, 2008, p. 19)

O interessante é que mesmo se pautando pelo método médico de diagnóstico e buscando no cérebro, na genética e nos neurotransmissores a resposta para as doenças mentais, os instrumentos de diagnósticos que atualmente estão à disposição da psiquiatria médica ainda são, todos, fundados sobre o interrogatório e a observação. *O ato diagnóstico depende sempre da avaliação subjetiva do médico e do paciente* (Aguiar, 2004, p. 75). Kraepelin, como vimos, tenta sair disso ao buscar a evolução da doença.

Não existe um exame de sangue, uma imagem computadorizada, ou qualquer outra forma de exame objetivo que determine a presença ou não das doenças mentais. A ausência do tão procurado marcador biológico é, por assim dizer, o que mantém a existência da própria psiquiatria. Historicamente, todas as vezes em que se localizou o marcador biológico para uma doença mental, esta passou, imediatamente, para outra área da medicina, como, por exemplo, a paralisia geral – de Bayle –, a epilepsia e o Alzheimer.

É possível perceber, após a análise dos estudos desses três teóricos, que o paradigma das doenças mentais trata-se de poder assegurar, por meio da observação, a presença de um certo número de elementos pertencentes à semiologia[12] psiquiátrica, uma determinada doença, e não de conhecer o paciente enquanto sujeito de suas ações e delírios, e muito menos em pensar que os sintomas podem ter uma função para o sujeito.

Lantéri-Laura (2000) aponta que quando a ideia de pluralidade é associada ao conceito de doença mental, impõe-se, de uma só vez, uma diversidade de tratamentos, de forma que, para qualquer novo tratamento, duas perguntas devem ser feitas: para uma determinada doença, como determinar a escolha de um tratamento ou de outro, e para um determinado tratamento, como determinar suas indicações e contra-indicações. (p.175)

O método mostra-se insuficiente e, então, aos poucos o conceito de doença mental foi deixado de lado, principalmente, com a perspectiva dos DSM's a partir da década de 1980. Doença aponta, necessariamente, para um marcador biológico e, como vimos, tal marcador para a psiquiatria é, ainda hoje, uma utopia. Por não apontar um marcador biológico e contrário a essa forma psiquiátrica de compreender a doença mental como

---

[12]A semiologia médica é o estudo dos sintomas e dos sinais das doenças, permitindo ao profissional identificar alterações e formular o diagnóstico. Semiologia psicopatológica é o estudo dos sinais e sintomas dos transtornos mentais.

biológica - hereditária, degenerescência - a psicanálise entende que o sofrimento psíquico é resultado, acima de tudo, da experiência humana subjetiva.

Devido à sua hipótese etiológica, modelo dinâmico que suprime o marcador biológico, a psicanálise chamou a atenção de muitos psiquiatras. E é o paradigma da teoria psicanalítica que abordaremos a seguir.

3.4 – O paradigma da Teoria Psicanalítica: as estruturas clínicas

O paradigma das estruturas psicopatológicas tem sua origem situada fora do campo da psiquiatria como uma disciplina médica. Sua construção dá-se em uma série de disciplinas heterogêneas entre si, como a matemática, a linguística, a antropologia, a biologia, etc. Nesse sentido, de ampla aplicação, referia-se à afirmação do valor operativo de uma organização de elementos irredutíveis à soma de suas partes.

O conceito de estrutura aponta para uma entidade autônoma de dependência interna. O termo é citado em francês desde 1530 e vem do latim “structura”, com o significado de construção, edifício, disposição e organização. O derivado em francês tomou como principal o sentido de organização. Sendo assim, apontava para esquema, esqueleto, disposição das partes, formas e sistemas (Lantéri-Laura, 2000).

Uma estrutura é, então, um conjunto virtual de lugares (*loci*), que se define pelas relações ou diferenças para com os demais *loci* da estrutura. Assim, as estruturas se definem por leis, portanto, compreender a estrutura de um determinado território é apreender a Lei de sua constituição. (Oliveira, 1996)

A inserção do conceito de estruturas no campo psiquiátrico ocorreu devido à necessidade de romper com o modelo clássico até então apresentado, que insistia na anatomopatologia mental sem produzir resultados. O conceito de estrutura oferece para a psicopatologia uma forma de organizar, na psiquiatria, tudo aquilo que não corresponde a lesões cerebrais evidentes e nem a fatores exógenos objetivos.

A partir desse novo paradigma, a psiquiatria clínica passará a ocupar um segundo plano como uma disciplina médica, empírica e limitada. A psicopatologia, ao contrário, adquire um caráter predominante, em que a psiquiatria apresenta-se apenas como uma pequena parte de sua extensa aplicação. A psicopatologia impõe-se, neste momento, como uma disciplina superior que tutelaria a psiquiatria.

Essa nova relação proporcionou uma certa distância da utilização romântica e irracional do conceito de totalidade (Lantéri-Laura, 2000). Isso devido ao fato de que o conceito de estrutura, dentro da psicopatologia, não se pautar pela investigação do sintoma como um fenômeno isolado, e sim na estrutura que organiza a intima relação do sujeito com o sofrimento psíquico.

> Se as formas dos sintomas mudam de acordo com o discurso dominante da civilização, as estruturas que determinam esses sintomas permanecem sendo as mesmas, pois se baseiam na maneira como o sujeito lida com a falta inscrita em sua subjetividade, maneira essa que determina a posição do sujeito frente ao sexo, ao desejo, a lei, a angústia e a morte. (Oliveira & Neves, 2012, p.131)

O conceito de estruturas clínicas é, sem dúvida, o que diferencia o paradigma da teoria psicanalítica dos outros paradigmas até então citados. Para situar melhor o conceito de estrutura em psicanálise, é necessário compreender qual é o referencial que a teoria psicanalítica utiliza para a elaboração de seus diagnósticos. Leite (2000) aponta que Freud, tido como o pai da psicanálise, tomou de Krafft-Ebing o termo “Perversão”, assim como empregou, segundo Kraepelin, o diagnóstico de *Paranoia* e retirou de Charcot a noção de *Neurose*. Percebemos também que a noção de sintoma foi retirada da medicina. Como diria Phillipe Julien, a psicanálise não é afeita à idiotia. *A psicanálise não tem palavra própria; a idiotia, a ser entendida de acordo com sua etiologia, não é seu forte* (Julien, 2002, p.10).

Entretanto, mesmo utilizando de categorias diagnósticas da psiquiatria vigente, Freud desenvolveu uma nomenclatura psicanalítica, subvertendo a psiquiatria da época. A psicanálise aponta para uma hipótese etiológica e para um modelo dinâmico que prescindem do marcador biológico. Para a psicanálise, a etiologia do sofrimento psíquico envolve duas questões: o pensamento inconsciente e a sexualidade infantil, posição que contraria o conhecimento médico da época, o qual buscava na degenerescência moral e na hereditariedade as causas das doenças mentais. Sendo assim, o sofrimento psíquico aponta para a reivindicação de um sujeito acerca de um problema de orientação (Calazans& Santos, 2007).

> A psicanálise cresceu num terreno bem delimitado. Seu objetivo, originalmente, era apenas conhecer algo sobre a natureza das doenças nervosas denominadas “funcionais”, a fim de superar a impotência médica no tratamento de tais doenças. Os neurologistas de então haviam sido educados no alto respeito aos fatos químico-fisico e anatômico-patológicos; [...] que parecem demonstrar uma ligação intima, talvez exclusiva, entre certas funções e determinadas partes do cérebro. Sobre o fator psíquico não viam o que dizer, não podiam apreende-lo, deixavam-no para os filósofos, [...] consideravam pouco cientifico lidar com ele. Em consequência, não achavam acesso aos segredos das neuroses, sobretudo da misteriosa “histeria”. (Freud, 1924, p. 223)

Para a psicanálise, o sofrimento sintomático não é visto como uma anomalia anatômica, e muito menos pode ser reduzido a um transtorno que deve ser erradicado a fim de recompor o bem-estar do sujeito. A experiência analítica não aborda o sintoma como um fenômeno isolado, mas sim em sua íntima relação com a estrutura psíquica que organiza todas as relações do sujeito com o mundo (Oliveira, 2011).

Essa posição de Freud sugere que os profissionais e teóricos do campo, da época, estavam mais preocupados com a forma exterior da doença demonstrada pelos sintomas do que em compreender como esses sintomas eram organizados.

Faz necessário aqui pontuar que Freud não utilizou com frequência, em sua obra, o conceito estrutura ou a expressão estruturas clínicas. Tais conceitos são explorados na releitura realizada por Lacan das obras de Freud. Apesar disso, estes estão implícitos em sua obra desde os primeiros escritos, quando aponta a importância do diagnóstico diferencial para a condução do tratamento analítico.

> O próprio Freud, ao tecer seus comentários a respeito das recomendações técnicas para a direção do tratamento psicanalítico, diz ser necessário a todo início de tratamento levar em consideração o problema do diagnóstico, usando as entrevistas preliminares como instrumento capaz de proporcionar a identificação da estrutura clínica do sujeito. Sem se preocupar em nomear os invólucros formais do sintoma que, como foi dito, tendem a variar segundo os avanços da civilização, Freud se preocupa em identificar as estruturas que determinam o funcionamento do sujeito e de seus sintomas, e que tendem a permanecer as mesmas. (Oliveira & Neves, 2012, p.131)

A estrutura, para a teoria psicanalítica, é a forma que o sujeito organiza seu posicionamento frente ao desejo do Outro. A posição do sujeito frente à falta é um modo de responder à incidência do sujeito na Linguagem (Figueiredo & Machado, 2000, p.67), e esse posicionamento não é um fenômeno momentâneo, mas estrutural. Assim, para a psicanálise, antes de se preocupar com a descrição de um sintoma, é necessário preocupar-se em identificar as estruturas que determinam o funcionamento do sujeito e, por conseguinte, o lugar e função desse sintoma para o sujeito.

Ao contrário das diversas formas que o sintoma pode assumir, a estrutura permanece constante. Então, o diagnóstico em psicanálise é realizado baseado na estrutura do sujeito, e é essa identificação que vai direcionar o tratamento.

Dessa maneira, o modelo psicanalítico de compreender o sintoma não o remete à busca de uma patologia anatomicamente localizada ou de uma suspensão dessa busca até termos instrumentos mais refinados para identificá-la como visto nos paradigmas anteriores, mas sim como uma organização que captura o sujeito.

Maurano (2010) aponta que transmitir a teoria psicanalítica não é uma tarefa fácil, sobretudo, se a compararmos com a objetividade a que o discurso científico se atém, o psiquismo humano é complexo. Não é por acaso que Freud utilizou, inúmeras vezes, arte, literatura, mitologia e filosofia para explicar os seus pressupostos. Foi por esses artifícios que Freud demonstrou a dimensão do indizível, do que foge a qualquer possibilidade de ser explicado pelo universo lógico da consciência.

Freud postulou que a entrada do sujeito na cultura dá-se através da passagem do sujeito pelo complexo de Édipo, sendo este o centro do sintoma neurótico. *É em função dos amores edipianos que se constituiu, para todos, a entrada em cena de uma estrutura psíquica, ou, como assinalava Freud, a "escolha" da sua própria neurose* (Dor, 1991, p.22).

Assim, para a psicanálise, o sujeito constitui-se no Complexo de Édipo. A partir da cena edípica que o sujeito irá se estruturar e se organizar, sobretudo, diante da angústia de castração[13]. Com isso, a saída do Complexo de Édipo direciona a criança para uma série de possibilidades estruturantes. Essa ordenação, que se estabelece durante o Complexo de Édipo, de acordo com Lacan, é o desenvolvimento da relação que o sujeito estabelece com a função fálica, função paterna.

A teoria freudiana demonstra que é necessário partir do sintoma para reconstituir o conflito sexual fantasmático que engendra o sujeito nos limites do complexo de Édipo. Assim, pontua que as vivências e conflitos dos primeiros anos infantis têm uma grande importância no desenvolvimento do indivíduo e deixam predisposições inegáveis para a idade adulta (Freud, 1924/2012).

O Complexo de Édipo, como etapa estruturante, supõe quatro personagens: a criança, a mãe, o pai e o falo[14], sendo o falo o elemento em torno do qual se situam os

---

[13] O termo "complexo de castração" aparece na obra de Freud pela primeira vez no artigo "Sobre as Teorias Sexuais Infantis" (1908). Freud atribui a formação do "complexo nuclear das neuroses" ao conflito existente entre as explicações dos adultos e as teorias sexuais infantis, com relação às origens da sexualidade, da vida, sobre ser casado, sobre a relação sexual e sobre a diferenciação dos sexos. A principal característica da forma de organização genital na criança é a teoria infantil de que para os dois sexos existe apenas uma forma de órgão genital – o pênis. O menino, ao observar a diferença, inicialmente rejeita a ideia de que o órgão sexual feminino possa ser diferente, e, para encobrir tal contradição, entre o que ele vê e aquilo e o que acredita, o menino desenvolve a fantasia de que o pênis ainda vai crescer na menina. Em seguida, com a percepção de que nada mudou, ele cria a fantasia de que o pênis estava lá e que por algum motivo foi retirado (castrado). Tal fantasia leva ao temor de perder também o seu, e a desenvolver diversas estratégias sobre o que é necessário fazer, ou renunciar, para preservá-lo. (Lara, 2009)

[14] Lacan (1956-57) retoma os questionamentos de Freud interrogando a função fálica. Ao definir o falo como o significante fundamental – pelo qual o desejo do sujeito tem que se fazer reconhecer, quer se trate do homem, quer se trate da mulher − esclarece que o desejo tem no sujeito uma referência fálica. É da

desejos dos outros três personagens. É a partir do falo que o sujeito vai regular o seu desejo em referência ao desejo do outro (Dor, 1991).

Freud aponta que o primeiro objeto sexual da criança é a mãe, para quem a criança direciona todas as demandas de amor e proximidade. Desse modo, o pai é visto como um rival que compete pelo amor desta mulher. Diante da constatação da diferença entre os sexos, do Complexo de Édipo, da angústia de castração (a qual atribui ao pai), a criança recua e retira da mãe seu desejo. Seu desejo torna-se inconsciente. Tal processo mostra-se como uma subtração, em que a mãe é esvaziada e, agora, a libido será canalizada para fora do corpo em direção aos diversos elementos do mundo que circunda a criança (Leader, 2011).

Assim, o Complexo de Édipo apresenta, resumidamente, três etapas. Primeiro, a criança reconhece que o interesse da mãe vai além do filho, que não é o falo da mãe. Isso pressupõe que a criança registra as ausências da mãe. Esse processo não é algo automático, mas quando essa primeira simbolização ocorre, a criança questiona o desejo materno. As ausências mostram que há algo que atrai a mãe e isso aponta para a criança a incompletude da mãe: algo lhe falta. O segundo momento caracteriza-se pela tentativa da criança em se tornar este algo faltante na mãe, em se tornar o falo da mãe, em completá-la. O terceiro momento é representado pelo fracasso dessa tentativa. A criança compreende que o desejo da mãe não pode ser mitigado por ela, fracassa na tentativa de ser o falo e relaciona com a figura paterna esse algo que, simbolicamente, estaria direcionado ao desejo da mãe.

> Neste ponto, o menino e a menina precisam aprender a abrir mão de seus esforços de seduzi-la, de ser objeto do desejo dela, e reorganizar seu mundo em torno de certas insígnias do pai com que eles se identificaram. Estas proporcionam uma nova bussola, uma saída, por assim dizer, de uma situação malfadada. Em termos analíticos, a criança precisa renunciar à tentativa de ser o falo da mãe – no nível imaginário - e aceitar tê-lo ou recebê-lo no nível simbólico. (Leader, 2011, p.74)

Ao apontar que a fonte do inconsciente e de suas formações é o complexo de édipo, Freud demonstra a importância dos laços libidinais com o mundo externo para a constituição do sujeito. O complexo de Édipo impõe-se como uma lei, uma lei que vai além da interdição do incesto, uma lei que sinaliza todo um sistema de renúncias que organiza cada sociedade. O complexo de Édipo introduz o sujeito em uma sociedade e, em seu conjunto de códigos que a organiza, Freud (1897), em uma carta a Fliess, indica que o

---

correlação entre o desejo e o falo que Lacan parte na tentativa de elucidar a maneira pela qual o sujeito se relaciona com a diferença entre os sexos. (Lima, 2009)

complexo de édipo é o processo que orienta a moralidade. A estrutura psíquica constituiu, por assim dizer, uma etapa importante na economia psíquica.

O Complexo de Édipo mostra-se como um modo em que o sujeito simboliza a incompletude, sua e do outro, e, então, introduz na vida do sujeito uma certa tristeza, mas também uma ordem, uma estrutura simbólica que permitirá à criança, progressivamente, ultrapassar o mundo materno, a que estava presa. A parte mais importante desse processo é a instauração da falta. A criança renuncia à mãe e cria uma zona de vazio. Vazio este que o sujeito tenta preencher com outros objetos. (Leader, 2011)

Ou seja, as estruturas que temos na psicanálise organizam-se a partir do complexo de Édipo. Esquematicamente, podemos apontar três soluções diante da angústia de castração e da dissolução do Édipo. Uma solução em que o sujeito reconhece e aceita a obrigatoriedade da castração submetendo-se a ela, mas desenvolvendo toda uma gama de respostas sintomáticas diante da perda sofrida (estrutura neurótica); uma solução em que o sujeito reconhece a castração, no entanto, só a aceita sob a reserva de continuamente transgredi-la (estrutura perversa); e uma última solução, na qual a castração é foracluída (estrutura psicótica).

A forma que o sujeito posiciona-se diante a castração e a forma que o sujeito se organiza com o fim do complexo de Édipo mostram-se estruturantes. Ou seja, a estrutura clínica, diferentemente dos fenômenos sintomáticos, não muda com o tempo e não pode ser substituída. Para a psicanálise, portanto, os sintomas, assim como os atos falhos e os sonhos, possuem um sentido, têm uma conexão com a vida de quem os produz.

A proposta desenvolvida por Freud e salientada por Lacan, por diagnosticar a partir da identificação da estrutura, não é incompatível com a psicopatologia. Pelo contrário, Freud propõe uma aproximação entre os dois campos. Enquanto uma estuda a estrutura dos sujeitos, que dá origem a formações inconscientes, a outra estuda suas formas exteriores, seus fenômenos, os sintomas. Para ele, em um futuro, não seria possível pensar em psiquiatria sem um sólido conhecimento sobre os processos inconscientes profundos da vida psíquica.

> Assim procedi para fazer a comparação entre psiquiatria e psicanálise. Existe, porém, uma coisa que posso perguntar-lhes, agora. Observaram algum sinal de contradição entre elas? A psiquiatria não emprega os métodos técnicos da psicanálise; toca superficialmente qualquer inferência acerca do conteúdo do delírio, e, ao apontar para a hereditariedade, dá-nos uma etiologia geral e remota, em vez de indicar, primeiro, as causas mais especiais e próximas. Mas existe uma contradição, uma oposição nisso? Não é o caso de uma completar a outra? O fator hereditário contradiz a importância da experiência? Ambas as coisas não se combinam da maneira mais efetiva? Os senhores assegurarão não existir nada na natureza do trabalho psiquiátrico que possa opor-se à investigação

> psicanalítica. 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. (Freud, 1917, p. 15)

A psicanálise não ignora as formas externas que a angústia pode adquirir, os fenômenos, sintomas. O psicanalista não ignora o comportamento ou o corpo orgânico. Não obstante, a psicanálise resiste a apontar o organismo como fonte de sofrimento ou do sintoma. Ela pretende ir além dos sintomas e compreender a sua formação. Além do mais, a psicanálise resiste em apontar uma etiologia biológica para o sofrimento psíquico como até então vinha acontecendo na psiquiatria e mostra que não é apenas o biológico que pode adoecer o homem. O homem também adoece pelas relações, paixões, culpa, luto, e pelas diversas possibilidades de desejos ambíguos. Sendo assim, a principal descoberta de Freud foi o fato de que os sintomas neuróticos são expressões dos conflitos internos do sujeito e que a inserção do sujeito na cultura e na vida em sociedade é, de longe, a principal fonte destes conflitos (Oliveira & Neves, 2012).

Durante um longo período, a psicanálise e a psiquiatria conseguiram andar juntas, tanto na prática cotidiana quanto em seus manuais, como citado anteriormente. No entanto, essa relação só se mostra possível em uma psiquiatria teórica e, assim, com o advento dos manuais diagnósticos, ateóricos, essa relação é rompida. Com isso, esta relação, proposta por Freud, não se sustentou diante os "avanços" do descritivismo psiquiátrico atual apoiado, sobretudo, no desenvolvimento farmacológico e na neurociência.

> A psicanálise tem sido cada vez mais questionada como um método terapêutico eficaz pelos defensores das neurociências e das diversas técnicas comportamentais que visam diminuir rapidamente os sintomas do sofrimento psíquico. A sociedade contemporânea pensa a cura desse sofrimento como eliminação de todo mal-estar, de toda angustia de viver. As terapias exclusivamente medicamentosas, as técnicas de auto-ajuda e as novas formas de espiritualidade – uma "espiritualidade de resultados", praticada com finalidades terrenas bem especificas – partem do pressuposto de que o psiquismo pode se libertar dos incômodos efeitos do inconsciente e servir às finalidades de um eu soberano, pragmático, feliz, ajustado às aspirações dos membros da cultura do individualismo e do narcisismo. (Kehl, 2002, p.8)

Vemos então, a partir desse rompimento, o surgimento de um novo e atual paradigma, o dos transtornos mentais, que se pauta, paradoxalmente, em uma a-teoria e em catalogar, sistematicamente, todos os sintomas possíveis. As classificações psiquiátricas atuais do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) são consideradas classificações neo-krapeliniana, na medida em que estabelecem um aprimoramento do sistema categorial (análise das doenças – transtornos – mentais de forma

independente) acrescidos de regras operacionais. Há uma tentativa de recolocar a psiquiatria dentro de um campo exclusivamente médico e científico e esse é o próximo conceito a ser discutido e que se pretende hegemônico na atualidade.

3.5 - A atual diagnóstica psiquiátrica: transtornos mentais?

Uma vez que o conceito de transtorno mental é, hoje em dia, amplamente utilizado, faz-se necessário o questionamento sobre as formas de uso de tal termo. A noção de transtorno mental não é, como veremos a seguir, um conceito objetivo, portanto, existe apenas dentro de determinadas teorias. Contudo, tais teorias acabaram por colocar - pelo menos para aqueles que passaram a acreditar nelas – o conceito de transtorno como fato.

Como se sabe, durante certos períodos históricos, foram desenvolvidas diferentes concepções explicativas sobre as causas da loucura – concepções de divindades e castigos religiosos, bruxarias, etc. Tais concepções se colocaram, em seu tempo, não apenas como teorias, mas como causas evidentes de um grande número de loucura. Sugerimos que a noção de transtorno mental é hoje utilizada de forma semelhante a essas antigas formas de compreender a loucura. Isto é, como a causa objetiva de inumeráveis acontecimentos e como um antídoto para o uso complacente da noção de doença mental (Szasz, 2002).

Tenta-se tornar o termo transtorno hegemônico na psiquiatria descritivista contemporânea com a publicação da terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental, em 1980. No entanto, o que são Transtornos Mentais?

De acordo com a quarta versão revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-IV-TR, o termo transtorno refere-se a síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente relevantes, que ocorrem no indivíduo e estão associados a sofrimento (sintoma doloroso), ou à incapacitação (prejuízo em uma ou mais tarefas importantes do funcionamento), ou a um risco significativo aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda da liberdade. Além disso, essa síndrome ou padrão não deve constituir simplesmente uma resposta previsível e culturalmente aceita diante de determinado evento; por exemplo, a morte de um ente querido. É concebido ainda como um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis, associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais. (A.P.A., 1998, p. XXI.)

O manual indica, claramente, que todos os transtornos ali descritos são “síndromes ou padrões” e não estariam lá, catalogados, se assim não o fossem. Logo, todo transtorno mental apontaria, necessariamente, para uma síndrome. Faz-se aqui necessário compreender o conceito de síndrome. Lantéri-Laura (2000) indica que o conceito de síndrome é muito antigo na medicina, designando uma agrupação regular de sintomas correlacionados entre si que conduzem para mais de uma etiologia conhecida.

Como exemplo, podemos citar o infarto agudo do miocárdio, cujos sintomas são amplamente conhecidos: dor no lado esquerdo do peito, dor nas costas, mal estar, dificuldade para respirar, entre outros. Porém, esses sintomas apontam, unicamente, para a formulação de um diagnóstico, e tal diagnóstico aponta para uma infinidade de etiologias, sendo os exemplos mais conhecidos dos fatores de risco cardiovascular: sedentarismo, tabagismo, obesidade, hipertensão arterial, diabetes, colesterol alto e stress.

Em se tratando de sofrimento psíquico, o conceito de síndrome aparece pela primeira vez associado ao paradigma das doenças mentais e à aplicação desse conceito em psicopatologia constitui, assim, a pretensão de assegurar uma etiologia biológica para o sofrimento psíquico. No entanto, a aplicação na psiquiatria toma apenas parte do conceito e ignora a outra. Considera apenas a agrupação de sintomas suficiente para distinguir os diversos tipos clínicos de doença mental, mas essa é apenas a primeira metade do conceito síndrome, que possui significado apenas no nível da aparência e de coesão semiológica.

É dessa forma que são organizados os atuais grandes manuais estatísticos de diagnóstico em psiquiatria. Sendo assim, as categorias clínicas desenvolvidas por essa psiquiatria baseada apenas na descrição dos sintomas, bem como as categorias da clínica médica em geral deveriam funcionar em um plano internacional e, com isso, os mesmos sintomas devem produzir o mesmo diagnóstico em diferentes partes do mundo. A escolha por sintomas superficiais, que supostamente transcenderiam os preconceitos do investigador, passou, então, a definir grande parte do trabalho deste novo modelo de psiquiatria. (Leader, 2013)

O diagnóstico para a psiquiatria atual, baseada nos manuais diagnósticos e estatísticos, é o instrumento que permite que a doença seja “separada” do sujeito e, desse modo, analisada, classificada, controlada e tratada de forma independente. O sistema de diagnóstico que nasceu dessa postura – o DSM – consolidou a ênfase na superfície e na visibilidade, fazendo calar novamente o sujeito.

Tal sistema de classificação superficial nos permite questionar o conceito de transtornos mentais como paradigma, bem como toda sua aplicação clínica. O conceito visa, sem dúvida nenhuma, uma pretensa objetividade que privilegia um discurso dito científico com fenômenos mensuráveis e passível de quantificação através de um conjunto operacional de características de base.

Contudo, essa hegemonia é, de fato, mais pretendida do que paradigmática, apontando para um campo aberto de debate com os teóricos das estruturas psicopatológicas. Os transtornos mentais mostram-se como uma tentativa de retorno ao paradigma das doenças mentais, em que a psiquiatria havia se assegurado no interior do campo médico como disciplina, e essa tentativa é feita por meio dos manuais diagnósticos.

Como citado anteriormente, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental (DSM) propõe-se a ser um instrumento de diagnóstico utilizado por profissionais de várias formações teóricas. Sua importância está no fato de permitir no campo da psicopatologia médica, a psiquiatria, a utilização das mesmas metodologias de pesquisa utilizada nas demais áreas da medicina e, dessa forma, firmar a psiquiatria como uma ciência médica.

Com o DSM, um instrumento de diagnóstico padronizado, a psiquiatria mais uma vez tenta se firmar ao campo da medicina, já que está passou a ter seus estudos controlados com placebo como uma etapa essencial de sua nova configuração e a existência de uma ferramenta “padronizada e confiável” é a condição para a aplicação e funcionamento de estudos controlados (Aguiar, 2004).

De acordo com os DSM’s, seu método de diagnóstico, classificação categorial ou dimensional *subdivide os transtornos mentais sobre a base de grupos de características descritivas. Essa denominação das categorias representa o método tradicional de organizar e transmitir informação na vida cotidiana e foi enfoque fundamental utilizado em todos os sistemas de diagnóstico médico* (A.P.A. DSM-IV, 1998, introdução).

O termo Transtorno foi escolhido com o claro intento de indicar a psiquiatria como uma prática científica, descrevendo sinais e sintomas observáveis e deixando de lado dois aspectos: o mal-estar no subjetivo, assinalando uma nosografia que privilegia a descrição empírica das categorias catalogadas, e um abandono total da divisão clássica entre psíquico e orgânico, antes presente na psiquiatria.

Com a adoção desse termo, a psiquiatria descritivista ignora sua grande dificuldade, que é determinar a natureza do sofrimento psíquico, a qual passa a ser compreendida por

ela apenas como transtornos mentais. A tentativa de desenvolver uma demarcação clara e objetiva entre o normal e o patológico levou a uma longa especificação das categorias diagnósticas.

É fácil notar que do modo como os transtornos estão organizados nos manuais e com a utilização do método estatístico de diagnóstico, muitos dos eventos habituais são passíveis de serem registrados como sintomas próprios de transtornos mentais. *Compreende-se, diante dessa definição bastante elástica, que o universo das doenças mentais tenha passado a incluir até tremor postural induzido por fármacos ou efeitos colaterais farmacológicos ou, ainda, Intoxicação por substâncias diversas* (Pessotti 1999, p 186).

Thomas S. Szasz aponta no texto “The Myth of Mental Illness” (2002) que, nesse contexto, o conceito de transtorno mental é usado para identificar ou descrever alguma característica da chamada personalidade de um indivíduo. O transtorno mental - como uma deformidade da personalidade, por assim dizer - é então considerado como a causa do sofrimento psíquico. Portanto, está implícito nessa visão que a relações sociais são tidas como algo inerentemente harmonioso. Dessa maneira, a sua perturbação diz, unicamente, sobre a presença de um "transtorno" individual. Isto é, obviamente, um raciocínio falacioso, pois faz com que a abstração "transtorno mental" aponte para uma causa, mesmo que essa abstração tenha sido desenvolvida, em primeiro lugar, para servir apenas como uma expressão abreviada para certos tipos de comportamento humano que causam sofrimento ao sujeito.

Se as relações sociais são harmoniosas e a causa do transtorno é individual, a noção de transtorno não deixa de se reportar a três características:

> 1. O transtorno é uma perturbação da ordem a ser seguida;
> 2. Se há uma ordem a ser seguida, há a necessidade de adaptar-se a essa ordem;
> 3. O transtornado é alguém que sofre de um déficit de competências em relação aos outros sujeitos que se adaptaram a essa ordem (Calazans & Martins, 2007, p. 142).

Qual é esse desvio de norma em que se baseia a conceituação de transtorno metal? Essa questão não pode ser facilmente respondida. No entanto, essa norma aponta para uma regra que deve ser indicada em termos de conceitos psicológicos, sociais, éticos e legais.

Szasz (2002) aponta, por exemplo, que noções como "recalque excessivo" ou "agindo por um impulso inconsciente" ilustram o uso de conceitos psicológicos para julgar a chamada saúde e doença mental. As ideias de hostilidade crônica, desprezo, ou vingança, são indicativos de um transtorno mental que se ilustra no uso de normas éticas (ou seja, o

desejo de amor, bondade). Finalmente, a opinião generalizada, que reina no campo psiquiátrico, de que apenas uma pessoa mentalmente doente iria cometer homicídio ilustra o uso de um conceito jurídico como norma de saúde mental.

Em meio à descrição detalhada de sintomas, a estatísticas e a siglas que compõem de forma geral os manuais diagnósticos, podemos perceber que o que prevalece, sobressai, é algo implícito e não definido. O que salta de forma indireta nestes manuais é a ideia do que se espera de um sujeito normal: que não seja transtornado. Um transtorno é, por critério, algo que não se espera que ocorra na vida do sujeito. O que se espera passa a ser então, *o agente secreto que maneja os fios dos critérios de medição dos transtornos* (Fendrik, 2011, p.33). Todavia, o que se espera jamais foi definido de forma objetiva.

Podemos ver que a noção de transtorno visa mais do que evitar o debate etiológico: ela visa estabelecer uma ordem no campo do psíquico, seja ela teórica ou social. Uma ordem na qual todo e qualquer questionamento ou todo e qualquer mal-estar seja considerado um transtorno a ser corrigido. *Hoje em dia, o que se valoriza é a adaptação convencional às normas sociais, mesmo que isso signifique que, a longo prazo, as coisas não correrão bem para o indivíduo* (Leader, 2013, p11).

A velocidade e imprecisão com que as pessoas são diagnosticadas como transtornadas é diretamente proporcional à velocidade com que a psicofarmacologia expandiu seu mercado (Fendrik & Jerusalinsky, 2011). Medicar, então, expõe a íntima relação entre o que é ou não tolerado, o que é ou não esperado.

Assim, diante da impossibilidade de definir o que é esperado, de desenvolver um conceito dito objetivo sobre a normalidade que sirva à saúde mental, a psiquiatria descritiva contemporânea construiu um padrão normativo a partir de cálculos estatísticos que apontam mais para um modelo educacional e moralista do que para a representação de uma determinada realidade. A partir disso, o diagnóstico fica condicionado a um método que mede competências e que adere, pseudocientificamente, a uma dada concepção de normatividade (Oliveira & Neves, 2012).

Essa forma de apreender o sofrimento psíquico como transtornos mentais aponta, preferencialmente, para uma única forma de tratamento, a medicamentosa e esse novo modo de pensar acaba por consolidar a medicalização da vida. Por conseguinte, assim como Dantas (2009), compreendemos a medicalização como *um conjunto de práticas que acabam consolidando o medicamento como uma resolução rápida para todo e qualquer problema da vida na atualidade* (p.564).

A crença nos transtornos mentais implica - ou melhor, exige - a terapia em linhas médicas com a utilização indiscriminada de psicofármacos ou psicoterapêuticas no intuito de eliminar de maneira rápida dos sintomas.

Consoante Leader (2013):

> Já houve muitas críticas eloquentes à medicação psiquiátrica e não quero entrar detidamente nessas discussões aqui. Basta-nos apenas assinalar os efeitos colaterais graves e permanentes de muitos neurolépticos: docilidade, passividade, diabetes, sintomas semelhantes aos do mal de Parkinson, patologias dentárias, aumento de peso e problemas de salivação e elocução, para citar apenas alguns. [...] alguns críticos afirmam que o uso regular da medicação antipsicótica reduz a expectativa de vida em 25 anos, não por suicídios, mas principalmente por morte decorrente de problemas cardiovasculares e metabólicos. (p. 33)

A psicofarmacologia moderna permite a essa psiquiatria descritiva dos DSM's contar com uma grande gama de recursos para sua prática, caso prática seja compreendia aqui, exclusivamente, como controle dos sintomas. Vemos que, como a grande maioria dos sintomas são avaliados como transtornos de comportamento, o efeito do medicamento de abolir o incômodo permite uma lógica dentro deste paradigma. Além do mais, é fácil notar que os transtornos não são dispostos de forma lógica, não seguem uma sequência, nem se agrupam pela causalidade, portanto, o tratamento torna-se exclusivamente sobre o comportamento descrito e não sobre as possíveis causas da doença. A psicofarmacologia torna-se um processo congruente quando a psiquiatria se apoia em um sistema classificatório como o DSM e, principalmente, não permite dar ao sujeito oportunidade para pensar o lugar e a função do seu sintoma.

Podemos notar aqui uma certa amnésia, apropriada, sobre os tratamentos anteriores adotados pela psiquiatria. A partir do momento em que foi tomada a concepção da doença mental como biológica, sempre houve métodos de "cura", todos apresentados ao público com respaldo científico. Os médicos nunca se perguntaram se estavam agindo da forma correta até o surgimento dos medicamentos, na década de 1950. Muitos psiquiatras tinham certeza de que a lobotomia era a solução para certos casos de doenças mentais, bem como tinham certeza de que a terapia por coma insulínico funcionava (1930). Posteriormente, não questionaram também, a funcionalidade do uso do metrazol. (Leader, 2013).

Será que há hoje, diante a medicalização da vida, um questionamento sobre a eficácia e consequência do uso de psicotrópicos, que se mostram como uma "revolução" no campo da psiquiatria? Vemos que hoje os medicamentos passaram a definir a doença, logo, trata-se menos de encontrar um psicotrópico que se adeque a uma doença do que uma doença que se adeque a um psicotrópico. O foco nos medicamentos e na tentativa de

eliminar sintomas e moldar comportamentos deslocou o olhar das pesquisas sobre o sofrimento psíquico. O olhar agora se volta para os sintomas nos quais, objetivamente, uma substância produz um efeito. Essa ênfase significa, na prática, o surgimento de preconceitos e juízos de valor, como demonstrado pelo famoso estudo de David Rosenhan[15]. O foco na descrição dos sintomas demonstra, de forma clara, que a experiência do sujeito não tem mais valor.

Maria Rita Kehl (2002) aponta que *o sentido ou o significado de um ato, de uma experiência ou de uma vida inteira se revela na interface entre o que é mais singular, mais particular para o agente/vivente, e sua inscrição simbólica na cultura em que vive* (p.10). Cultura esta que permeia as tradições, as religiões e as relações, tanto familiares quanto sociais.

No campo médico, podemos afirmar que a clínica psiquiátrica é a área mais fortemente ligada aos problemas da cultura, da ética e das relações sociais. Isso porque, de acordo com Leader (2013), *Hoje em dia, é muito comum definir-se saúde mental como ausência de conflito com o mundo que na cerca* (p.22). O uso do conceito "psiquiatria" aqui se refere a essa disciplina contemporânea, que está preocupada com problemas na vida, e não com doenças do cérebro, que são problemas para neurologia (como citado anteriormente, as “doenças mentais” cuja causa biológica ou fisiológica foram cientificamente comprovadas, rapidamente, mudaram de campo tornando-se da ordem da neurologia).

A diversidade e subjetividade que determinam os valores humanos podem, e levam, a conflitos nas relações sociais. Na verdade, apontar que as relações humanas, sejam elas da forma que for – pais e filhos, marido e mulher, entre nações – são permeadas por estresse, tensão e desarmonia é, mais uma vez, explicitar o óbvio. Dessa forma, fica claro que nossas teorias científicas de comportamento não conseguem aceitar o simples fato de que as relações humanas são inerentemente cheias de dificuldades e que, para torná-las, ainda que relativamente harmoniosa, são necessários paciência e trabalho.

---

[15] David Rosenhan foi responsável por um famoso experimento sobre a validade do diagnóstico psiquiátrico realizado 1972. O estudo de Rosenhan se pautou em enviar colaboradores saudáveis, chamados, que simularam alucinações em uma tentativa de obter a admissão em doze hospitais psiquiátricos de cinco estados dos Estados Unidos (todos os colaboradores foram internados a partir dos falsos relatos de sintomas). Depois de realizada e publicado o resultado desta primeira fase, uma prestigiosa instituição desafiou Rosenhan a mandar mais colaboradores, assegurando que todos seriam descobertos. Rosenhan aceitou o desafio. A instituição catalogou 41 pacientes com impostores e 42 como suspeitos, sobre um total de 193 pacientes, mas Rosenhan assegurou que não enviou nenhum colaborador. (Leader, 2013)

Ao invés de chamar a atenção para as dificuldades existentes nas relações e aspirações humanas, o conceito de transtorno mental oferece uma explicação amoral e impessoal de doença mental que justificam o sofrimento psíquico.

> A crença na doença mental, como algo diferente da dificuldade do homem em se relacionar com o seu semelhante, é o herdeiro apropriado para a crença em demonologia e feitiçaria. A doença mental existe ou é "real" exatamente no mesmo sentido em que as bruxas existiam ou eram "reais " (Szasz, 2002, p.117).

Vemos que a maior consequência desse tipo de diagnóstico é o colapso da distinção entre sintoma e estrutura. Agora, todos os pontos em que a angústia escapa podem ser definidos como um sintoma. Qualquer pessoa pode apresentar sintomas simbolizados por manias, insônia, desatenção, fobia, distúrbios alimentares, vícios. Todos nós somos passíveis de desenvolver um transtorno, contudo, qual o lugar que esse sintoma, que esse transtorno, ocupa na vida do sujeito? Para o quê esse transtorno aponta? Apenas para uma norma que precisa ser restabelecida e uma determinada medicação? Será isso mesmo um transtorno? Quais os impactos desse paradigma?

O conceito de transtorno é hoje o que unifica não só o campo da psiquiatria como o campo das terapias cognitivas comportamentais. Calazans e Martins (2007) afirmam que, etimologicamente, transtorno aponta tanto para uma situação imprevista como para uma situação que gera um incomodo para alguém. *"Só resta saber quem é o incomodado, se o terapeuta cognitivo-comportamental ou se o sujeito que é submetido ao seu tratamento* (p.142). O terapeuta/psiquiatra é convertido, neste paradigma, como o guardião de uma ordem.

Essa aplicação do conceito de transtorno transformou-se em um fator social de patologização de todos. Somos todos transtornados. Os novos DSM's mostram-se como uma gramática da alienação, sendo assim, o sujeito vê-se alienado em um sintoma, que é objetivado, categorizado e nomeado. Essa nomeação do mal-estar que vem de fora é completamente arbitrária e ideológica e mostra-se como uma determinação que não é produtiva para o sujeito. Sujeito este que perde o caráter orgânico de sua experiência subjetiva.

O sofrimento psíquico e seu diagnóstico não deveriam pautar-se apenas em comportamentos objetivos externos e superficiais, e sim em sua articulação no campo da linguagem. A loucura não pode ser reduzida a sintomas externos que de alguma forma irrompem de modo chamativo, uma vez que ela aponta para um modo singular do sujeito de responder ao desejo do outro. Ou seja, a loucura não deve ser reduzida a sintomas

objetivos, e sim dizer de um modo singular do sujeito responder ao outro, ao desejo e demanda do outro.

Vemos, constantemente, a psicanálise ser acusada de não fornecer novas formas de compreender o sofrimento psíquico, de não oferecer algo novo, revisões, ou de ser limitada. Por outro lado, vemos os DSM's ampliarem, desde sua primeira versão, cada vez mais o número de categorias diagnósticas e transtornos. Não seria esse aumento de categorias uma tentativa de estabelecer e manter uma pretensa ordem? Uma ordem que, por definição, exclui o singular. E não seria exatamente essa exclusão a propulsora da produção de novos transtornos, em um retorno do sujeito que produz sintomas inclassificáveis em termos descritivos?

Percebemos, então, que existe um contraponto essencial entre a teoria psicanalítica (estruturas clínicas) e a nova psiquiatria (transtornos). Enquanto a psiquiatria descritivista, associada à psicofarmacologia e a neurociência mostra-se como extenso processo de patologização da existência, a psicanálise, a partir do texto de Freud *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana*, "despatologiza" a doença e busca encontrar na doença um sujeito.

4 – A PSICOPATOLOGIA DA VIDA COTIDIANA E O DIAGNÓSTICO NA TEORIA FREUDIANA

A psicanálise nasce no momento em que Freud se afasta da medicina e deixa de considerar a realidade e as normas como parâmetros para focar na singularidade das relações e dos sintomas do sujeito. A psicanálise nasceu e cresceu em um campo muito restrito. No início, tinha como objetivo, segundo Freud (1923), compreender um pouco da natureza daquilo que era tido como doenças nervosas 'funcionais', com o intuito de superar a ineficácia do tratamento médico até então empregado.

Na direção oposta ao campo médico até então vigente, o discurso psicanalítico toma o sujeito como foco e não o seu corpo. *O percurso de Freud vai de uma hipótese biológica como ponto de partida à hipótese de uma anti-biologia, onde a articulação do corpo com a cultura implica em uma relação essencial com a morte – uma morte da qual não é mais a biologia que dá conta* (Laurent, 2011, p. 17). Ou, como diria Freud:

> Os neurologistas daquele período haviam sido instruídos a terem um elevado respeito por fatos químico-físicos e patológico-anatômicos e estavam ultimamente sob a influência dos achados [...], que pareciam ter estabelecido uma vinculação íntima e possivelmente exclusiva entre certas funções e partes específicas do cérebro. Eles não sabiam o que fazer do fator psíquico e não podiam entendê-lo. (Freud, 1923, introdução p. 15)

Portanto, a medicina, na época, não conseguia compreender as neuroses e, em particular a 'histeria', que era a forma mais conhecida da neurose. Nesse contexto, Freud rompeu os limites da ciência ao deslocar a atenção sobre as chamadas doenças mentais para a escuta de neuróticos e psicóticos, que revelou, como Lacan (2007) pontua, as formações inconscientes: o sonho, o lapso, o ato falho, o chiste e os sintomas.

A pesquisa de Freud constitui-se na clínica psicanalítica e não recua frente aos impasses e obstáculos. Contudo, Freud (1912) aconselha os analistas a trabalharem cada caso em sua singularidade, como se fosse sempre o primeiro. Dessa forma, Freud pontua a importância da singularidade do sujeito e adverte que a clínica não se baseia em confirmar o já sabido, mas a clínica se reinventa a cada caso. Nesse sentido, a clínica psicanalítica não se fixa de forma rígida a conceitos e regras preestabelecidas que escravizam a escuta.

O sujeito sempre se apresenta como um enigma, não há uma regra comum. E é exatamente esse esforço de singularidade da psicanálise que recupera os elementos perdidos na psiquiatria descritiva na pressa por eliminar todos os desconfortos, elementos estes que demonstram a relação intrínseca entre sujeito e experiência.

Se para a psiquiatria baseada no DSM o diagnóstico tem o objetivo de classificar as patologias dentro de um conjunto de sintomas (categorias reunidas em síndromes), para a psicanálise o sintoma é sempre um enigma. Desse modo, a psicanálise escapa à descrição sintomática de um diagnóstico categorial. Castro (2012) demonstra que o cuidado com a palavra diagnóstico na clínica psicanalítica é tão grande que Lacan (2007) propõe o uso da expressão *hipótese diagnóstica*:

> Há ai um cuidado, uma tentativa de, nas entrelinhas, não ceder à abertura de tal conceito às influencias/infiltrações ideológicas na teoria e na clínica psicanalítica, e de assim evitar os desvios éticos. Trata-se, por conseguinte, para Lacan, de evitar o lema: classificar para favorecer as ilusões de poder e de controle do eu, ou seja, de classificar para dominar o isso. (p.175)

Assim fica claro que existe mais uma grande diferença entre a psicanálise e essa atual psiquiatria descritiva do DSM dos transtornos mentais. Uma se pauta pela ética da singularidade, em que classificar torna-se além de impossível, indesejável. A outra, como vimos anteriormente, se autoconferiu a missão de encontrar e divulgar novas categorias em uma busca incessante por organizar e categorizar toda e qualquer forma de sofrimento subjetivo, na eterna promessa de uma resposta para tudo.

Enquanto o modelo de diagnóstico dos DSM's empenha-se em, cada vez mais, em patologizar os problemas da vida cotidiana, a psicanálise faz exatamente o contrário. De um lado, temos a hiper idealização de um super-homem sem sintoma, que culmina na patologização do sujeito e, de outro, temos a despatologização do sujeito por meio da psicopatologização do cotidiano, em que teremos um ponto de contato: a relação singular do sujeito com as formações do inconsciente.

No texto *"*Sobre a psicopatologia da vida cotidiana*"*, Freud(1901) oferece ao leitor diversos exemplos da importância da singularidade no processo de construção das formações inconscientes, inclusive no sintoma em que o sujeito diariamente tropeça. Nesse texto, Freud enfatiza várias questões que são cotidianas na vida dos sujeitos ditos normais e se ancora, principalmente, na explanação a respeito dos atos falhos para a afirmação da determinação inconsciente em todos os atos da vida psíquica, indicando, claramente, o papel do desejo e do conflito nesses atos.

> Freud encontrava apoio convincente no exame dos atos falhos para sua crença na aplicação universal do determinismo aos eventos psíquicos. É nessa verdade que ele insiste no último capítulo do livro: teoricamente, seria possível descobrir os determinantes psíquicos de cada um dos menores detalhes dos processos anímicos (Tyson, 1901/1996, Introdução).

Freud percebeu, após a análise e compreensão dos atos falhos e dos sonhos, a possibilidade de estender para a vida psíquica normal as suas descobertas em relação às

neuroses. No livro “A interpretação dos sonhos”, Freud (1900/1996) afirma que os sonhos são os meios mais precisos para compreender o inconsciente do psiquismo e o melhor caminho para o estudo das neuroses, uma vez que o sonho dos neuróticos e o sonho das pessoas normais têm a mesma formação. Freud chega a afirmar que a diferença entre saúde e neurose mostra-se apenas durante o dia e, que na vida onírica, todos somos iguais (p.532). Os atos falhos e os sonhos são considerados fenômenos simples e comuns a todas as pessoas e, assim como o sintoma, apontam para uma formação inconsciente que, no entanto, não caracterizam por si só uma patologia. *Uma pessoa sadia é virtualmente um neurótico, só que os únicos sintomas que ele consegue produzir são os sonhos* (Garcia-Roza, 2009, p. 63), aos quais acrescento os atos falhos e chistes.

De acordo com Freud (1901), o ato falho é um material simples e livre de objeções, sendo que o material substituto e o original ligam-se de forma averiguável. Por isso, é importante compreender o processo que, de certa forma, é uma analogia da formação dos sintomas. Assim que passamos a compreender o real sentido dos atos falhos, podemos analisar a forma como o inconsciente trai o sujeito e revela, através do enigma, suas reais intenções.

O ato falho apresenta-se como pequenos lapsos, esquecimentos, trocas de palavras, nomes, de horários, datas. Normalmente, ele mostra-se como algo não intencional, como um erro. Em suma, o ato falho é todo processo em que ocorre alguma interferência no que foi planejado, em que algo escapa na atitude "normal" esperada. No entanto, tal ato não é aleatório, sendo assim, o deslocamento e as associações que envolvem o processo dos atos falhos seguem de forma inconsciente, uma regra e possui um sentido. Um ato falho muito comum é a substituição ou esquecimento de nomes, sendo a real motivação da troca de um nome pelo outro ou de seu esquecimento analisável.

Assim, Freud apresenta diversos exemplos como:

> Um certo Sr. Y. apaixonou-se infrutiferamente por uma dama que pouco depois se casou com um Sr. X. A partir daí, apesar de conhecer o Sr. X há muito tempo e até manter relações comerciais com ele, o Sr. Y. passou a esquecer seu nome repetidamente, tanto que em várias ocasiões teve de indagar a outras pessoas qual era, quando queria corresponder-se com o Sr. X.” Mas a motivação do esquecimento nesse caso é mais transparente do que nos anteriores, enquadrados na constelação da auto-referência. Aqui, o esquecimento parece ser conseqüência direta da antipatia do Sr. Y. por seu rival mais afortunado; não quer saber nada do rival: “nunca saber de sua existência. (Freud, 1901, p. 42)

No caso do exemplo, o ato falho – esquecimento do nome de uma determinada pessoa - ocorre para evitar o desprazer. Com isso, o ato falho mostra-se como resultado de um conflito psíquico, no caso a rejeição de um objeto amado. Por essa razão, um

mecanismo psíquico atua para que uma ação não seja executada e, nesse caso, para que o sujeito esqueça o nome do senhor que "ganhou" o objeto amado.

> Não só os motivos, mas também o mecanismo que rege o esquecimento de nomes merece nosso interesse. Num grande número de casos um nome é esquecido, não porque ele próprio desperte esses motivos, mas porque ele toca em *outro* nome contra o qual se voltam esses motivos. (Freud, 1901, p. 48)

Os atos falhos têm como causa sempre uma perturbação interna, a qual pode ser originada em um assunto que antecede o lapso, ou ter como perturbação o próprio tema, como no exemplo acima. E não envolve necessariamente o aparecimento de palavras substitutas erradas. Em todos os casos que Freud(1901) analisa no livro "Sobre a psicopatologia da vida cotidiana", consegue mostrar que os atos falhos, de todos os tipos – fala, escrita, memória –, são produtos de um processo inconsciente suprimido e que sua causa pode ser descoberta.

Freud comenta que se alguém enfatiza, após um pedido, o temor por esquecer de cumprir o combinado – "será que eu vou lembrar de fazer isso?" -, a realização dessa predição nada tem de surpreendente. A pessoa que assim fala sente em si a intenção, inconsciente de não realizar ou esquecer o que foi pedido e apenas se recusa a confessá-lo a si mesmo.

Assim, a tese freudiana é a de que todos os atos, tendências, ações, ditos e vontades dos sujeitos são, a rigor, determinadas de forma inconsciente. Com esse texto, Freud desmistificou as pretensões de soberania da consciência, o que ele chama de terceiro golpe, ou terceira ferida narcísica perpetrada pela psicanálise (Freud, 1917). Essas formações têm a mesma estrutura da formação do sintoma. Logo, não se trata de considerar os sintomas ou as diversas formações inconscientes – atos falhos, chistes, sonhos - como uma insatisfação de um desejo consciente, mas de um desejo inconsciente, barrado e suprimido antes de tornar-se consciente. O ato, como vimos, nada tem de falho, ele é bem sucedido no processo de evitar o desprazer, que é o princípio do funcionamento psíquico. Assim, as formações inconscientes não são apenas uma forma de fácil acesso ao sistema inconsciente, elas são o ponto de articulação encontrado por Freud entre o normal e o patológico.

O texto de Freud vai além de demonstrar os escapes do inconsciente através de atos falhos, sonhos e sintomas. O texto propõe-se a pensar a patologia cotidiana, a patologia diária gerada na relação única do sujeito com o outro. Freud (1930) aponta no texto "Mal-estar da civilização" que o pathos, sofrimento, só pode ser compreendido por meio da

análise dos elementos do imaginário cultural no qual o padecimento emerge, ou seja, através da análise da cultura que o sujeito está inserido.

A psicanálise mostra-nos que o sujeito sofre com as relações cotidianas, sofre por psicopatologia da vida cotidiana, por isso, a teoria não se pauta em classificar o normal e o patológico, não se propõe a medir um nível tolerável ou esperado de sofrimento, já que a única pessoa capaz de definir o ponto de excesso de angustia é o próprio sujeito.

Assim, a vida cotidiana ilustra a ação do inconsciente em todos os atos da vida do sujeito. Guiado pelo princípio do determinismo psíquico, em que para todo evento há uma causa, Freud determina que o inconsciente é um sistema autônomo e regido por leis próprias. No texto "O inconsciente", Freud (1915) aponta que a noção de inconsciente é fundamental, visto que os dados da consciência não são capazes de explicar completamente o funcionamento do aparelho psíquico, sendo que *[...] a suposição da existência de um inconsciente nos possibilita a construção de uma norma bem sucedida, através da qual podemos exercer uma influência efetiva sobre o curso dos processos conscientes* (p.128).

Garcia-Roza (2009) aponta que a produção do conceito de inconsciente resultou em uma clivagem da subjetividade. Assim, a subjetividade não é mais reconhecida como um todo unitário*, identificado com a consciência e sob o domínio da razão* (p.23) e passa a ser uma realidade dividida em dois grandes sistemas: o Inconsciente e o Consciente, além de ser marcada por uma luta interna entre o eu/falo e o eu/sou.

Freud elaborou, a partir de 1911, o conceito de que dois princípios regem o aparelho psíquico: princípio do prazer e princípio da realidade. A proposta de que o funcionamento do aparelho psíquico funciona em um processo de economia psíquica, regulação prazer/desprazer, acompanha Freud desde o início da elaboração da teoria psicanalítica. Para o autor, o aumento de energia – excitação, tensão – é sentido como desprazer e a diminuição de energia é sentida como prazer.

Dessa forma, o inconsciente é constituído, assim como os sonhos, por quatro processos primários: o deslocamento, a condensação, a figurabilidade (o processo de transformação dos pensamentos em imagens) e a elaboração secundária. O deslocamento mostra-se na possibilidade que as ideias têm, no inconsciente, de emprestar seu valor para outras ideias. Ao ser barrada pelo recalque, uma representação inconsciente procura, de alguma forma, tornar-se consciente. Assim, a pulsão recalcada possui um movimento em busca de uma diminuição de energia psíquica, ela se liga a outras representações. Já a

condensação aponta para o processo pelo qual um conjunto volumoso de representações é comprimido em um número reduzido de elementos (Freud, 1900). A figurabilidade designa o processo pelo qual os pensamentos latentes depois de condensados são transformados em imagens, ou seja, é o processo de transformação de pensamentos em imagens visuais. Por sua vez, a elaboração secundária possibilita um maior ou menor grau de coerências e articulação entre os processos anteriores.

O princípio de prazer é o propósito predominante nos processos inconscientes - processos primários - isto é, busca prazer (diminuição da tensão psíquica) e evita o desprazer (aumento da energia psíquica). Evitar o desprazer significa afastar-se de todo e qualquer situação que possa culminar em desprazer, sendo esse processo, precisamente, o que caracteriza o recalque. Por outro lado, o princípio de realidade media a busca pela satisfação em relação às condições infligidas pelo mundo, pela civilização e pela cultura.

O modelo explicativo do aparelho psíquico, especificamente o funcionamento do princípio do prazer, centra sua atenção não na procura de prazer, mas, principalmente, no movimento de evitar o desprazer, na defesa, que em si determina o processo de evitar o sofrimento, de recalcamento, que consiste em manter algo que gera angústia afastada da consciência.

No texto de 1923, “O Eu e o Id”, Freud explica que os desejos que provêm do inconsciente estão sempre à procura de uma expressão consciente e são impedidos pela censura, pelo recalque. O processo de recalque funciona da seguinte maneira: um processo mental pertencente ao sistema Inconsciente busca acesso à consciência para ter satisfação, diminuição de tensão psíquica. No entanto, a censura opõe-se vigorosamente a essa intenção, já que a satisfação desse desejo inconsciente, que em si tende a provocar prazer, teria que, por conseqüência, gerar também uma grande carga de desprazer. Por essa razão, o desejo tende a permanecer inconsciente.

A psicanálise compreende que os conteúdos recalcados tendem a retornar à consciência de forma disfarçada. Com isso, o material recalcado, o desejo separado de sua representação, pode retornar sob a configuração de formações inconscientes ou até mesmo sintomas, já que essa carga de energia inconsciente exerce uma atração constante sobre os conteúdos do consciente. O desejo inconsciente tem como característica soberana a indestrutibilidade, portanto, tem a capacidade de burlar o recalque na medida em que o desejo em estado inconsciente tem a capacidade de transferir energia para representações

conscientes na tentativa constante de estabelecer alguma relação, ligação, com intuito de escoar sua energia. É necessário deixar algo claro aqui que, como afirma Freud:

> Tudo que é recalcado deve permanecer inconsciente; mas, logo de início, declaremos que o reprimido não abrange tudo que é inconsciente. O alcance do inconsciente é mais amplo: o reprimido não é apenas uma parte do inconsciente. (1915,p. 117)

O inconsciente não aponta para um "não-consciente", não se coloca como uma característica negativa, como algo que se perdeu. São pensamentos – como pontua Lacan – estruturados como uma linguagem que deve ser decifrada. Logo, o sintoma, que é um saber inconsciente, não é um saber que se cunha em categorias nosográficas. Por isso, a prática psicanalítica não se propõe, em momento algum, a impor um vocabulário fixo que oriente a demanda, a direção do tratamento ou a chamada cura (Fendrik&Jerusalinsky, 2011).

Waldir Beividas (2001) aponta que Freud, com o desenvolvimento da psicanálise, pretendeu demonstrar que, além do sujeito do conhecimento, da razão, há um outro sujeito, do inconsciente, que reage segundo outros parâmetros. Além do sujeito da consciência, há o sujeito do desejo, que trabalha tanto quanto se mostra nas formações inconscientes, que fala através das falhas, escapes e erros do sujeito racional. Esse sujeito, inconsciente, mostra-se mais ativo do que o sujeito racional, porque permanece vigilante em sonhos, até mesmo quando este outro repousa em sono.

O que se percebe é que se para a teoria psicanalítica o sintoma é um signo do inconsciente, para a psiquiatria ele aponta para uma disfunção. Então, a psiquiatria pretende dominar o mal-estar, sintoma, e perde-se na tentativa de suprimi-lo. Essa prática reduz o sintoma à mera consequência de uma falha biológica, neuroquímica, e retira do homem sua autonomia e qualquer possibilidade de, enquanto sujeito, ter algo a fazer com seu sintoma e, assim, desenvolver seus próprios meios para lidar com seu corpo, com sua mente, com sua angústia, com sua tristeza, com sua felicidade e com seus medos, alienando-o de si mesmo. Ao contrário, a psicanálise reconhece a impossibilidade de dominar por completo o mal-estar, pois ele faz parte da vida em civilização. Portanto, como analisar o seu uso enquanto critério definidor de algum diagnóstico? Não seria esse uso uma espécie de ilusão?

O sintoma é uma palavra dirigida ao outro em busca de uma solução passível de uma interpretação. *Um sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação instintual que permaneceu em estado jacente; é uma consequência do processo de recalque* (Freud, 1926[1925] /1996, p.100). É no sintoma que Freud desvenda o fenômeno da sobredeterminação e demonstra que ele estabelece uma estreita relação com os

acontecimentos traumáticos na vida do sujeito. O sintoma substitui a cena original e todos os eventos que a ela se ligam,

> [...] sendo o sintoma o verdadeiro substituto e derivativo do impulso reprimido, executa o papel do segundo; ele continuamente renova suas exigências de satisfação e assim obriga o Eu a dar sinal de desprazer e a colocar-se em uma posição de defesa. A luta defensiva secundária contra o sintoma assume muitas formas (Freud, 1926[1925] /1996, p.105).

Assim, Freud declara em sua obra que o sintoma é uma formação de compromisso, e, com isso, aponta para algo que sujeito não tem um completo conhecimento, sendo então um *território estrangeiro*:

> Os sintomas são derivados do reprimido, são, por assim dizer, seus representantes perante o ego; mas o reprimido é território estrangeiro para o ego — território estrangeiro interno — assim como a realidade (que me perdoem a expressão inusitada) é território estrangeiro externo (Freud, 1933/1996, pág. 63).

Ao compreender o sintoma dessa maneira, Freud propõe suas hipóteses diagnósticas, que mais do que enclausurar o sujeito em uma categoria ou justificar um determinado conjunto de sintomas, visam compreender a forma que o sujeito se relaciona com o outro e com seu desejo. A hipótese diagnóstica é importante porque através dela o psicanalista constrói a direção do tratamento, visto que a psicanálise pretende atenuar o sofrimento humano por meio da singularização do indivíduo na procura de suas motivações inconscientes que são fundamentalmente a origem do seu mal-estar, abrindo o inconsciente para uma formalização via discurso do sujeito que sofre. A hipótese diagnóstica é construída através da escuta e interpretação do sujeito, apenas ele é capaz de falar sobre o seu sofrimento.

Dor (1991) determina que para utilizar com clareza o conceito de diagnóstico na clínica psicanalítica é necessário compreender a diferença entre sintomas e traços estruturais. O sintoma em si tem um valor significativo aleatório e imprevisível, sendo somente compreendido na medida em que se relaciona com uma estrutura com uma certa forma de gestão do desejo de se relacionar com o outro, sendo esta, ao contrário do sintoma, estável. Portanto, o diagnóstico na clínica psicanalítica é um diagnóstico estrutural, já que esse diagnóstico define dados sobre o modo que o sujeito estabelece suas relações objetais e sua dinâmica pulsional.

É por meio dos traços estruturais que Freud elaborou sua clínica. No início do desenvolvimento de sua teoria, ele dividiu em categorias psicopatológicas o sofrimento psíquico. São elas: Neurose de Defesa (psiconeuroses), Neuroses Atuais, Neuroses

Transferenciais e Neuroses Narcisistas. No fim, ele estabeleceu a diferença estrutural entre Neurose, Psicose e Perversão.

Em 1894, Freud desenvolveu um estudo detalhado das Neuroses (psiconeuroses) de defesa. Com esse texto, o autor formulou, se não direta, ao menos indiretamente, muitas das noções teóricas sobre as quais baseou todo o seu trabalho posterior. No texto, Freud oferece exemplos de casos de sujeitos que apresentavam uma boa saúde mental até se depararem, em algum momento de sua vida, com um acontecimento gerador de uma grande angústia.

> Esses pacientes que analisei, portanto, gozaram de boa saúde mental até o momento em que houve uma ocorrência de incompatibilidade em sua vida representativa – isto é, até que seu eu se confrontou com uma experiência, uma representação ou um sentimento que suscitaram um afeto tão aflitivo que o sujeito decidiu esquecê-lo, pois não confiava em sua capacidade de resolver a contradição entre a representação incompatível e seu eu por meio da atividade de pensamento. (Freud, 1894, I.)

No texto "Estudos sobre Histeria" (1895), Freud demonstra que os sintomas histéricos surgiam quando um determinado processo mental, investido por uma forte energia/ excitação/ afeto era impedido pela força de ser elaborado conscientemente, de forma normal e era, assim, desviado para um caminho errado, sintoma. Mesmo no início de seus estudos sobre a neurose, Freud esforçou-se para não patologizar todo e qualquer acontecimento do tipo, afirmando que esse processo, de afastar algo da consciência, o recalque, não é em si patológico e apontando que uma falha nesse processo de defesa pode ser a causa de diversos sintomas histéricos.

> Não posso, naturalmente, afirmar que um esforço voluntário de eliminar da mente coisas desse tipo seja um ato patológico, nem sei dizer se e de que modo o esquecimento intencional é bem-sucedido nas pessoas que, sob as mesmas influências psíquicas, permanecem saudáveis. Sei apenas que esse tipo de "esquecimento" não funcionou nos pacientes que analisei, mas levou a várias reações patológicas que produziram ou a histeria, ou uma obsessão, ou uma psicose alucinatória. (Freud, 1894, I, p. XX)

A hipótese psicanalítica, nesse momento, é a de que as funções psíquicas apresentam uma carga de afeto ou soma de excitação que possui todas as características de uma quantidade passível de aumento, diminuição, deslocamento e descarga – investimento –, e que se espalha sobre os traços mnêmicos das representações.

De acordo com Freud, o Eu impõe a si uma determinada tarefa, um processo de defesa que visa esquecer, ou seja, tornar inconsciente essa representação incompatível. No entanto, algo falha e o processo não se completa, já que o afeto ligado à representação não pode ser erradicado de forma completa. Assim, as Neuroses de Defesa, consistiam em casos cujos sintomas emergiam por meio do mecanismo psíquico de defesa (inconsciente),

isto é, emergiam como uma tentativa de recalcar uma representação incompatível que se opunha aflitivamente ao Eu do paciente (Freud, 1896).

Com o desenvolver da teoria psicanalítica, torna-se claro que o trabalho de revelar o que havia sido patogenicamente esquecido passava por lutar contra uma resistência constante e intensa, e que as representações contra as quais a defesa se põe em ação, são em todos os casos, fantasia sexual de caráter traumático. O que acontece é um processo que visa transformar essa representação sexual poderosa em uma representação fraca, que geraria um menor incomodo para o Eu, retirando-lhe o afeto – a soma de excitação – do qual está carregada. Todavia, a soma de excitação (afeto) que resta dessa desvinculação precisa ser utilizada de alguma outra forma.

Esse fato levou Freud a desenvolver a teoria do recalque, que considera fenômenos da resistência como fundamentais para a teoria psicanalítica das neuroses.

> O recalque invariavelmente procedia da personalidade consciente da pessoa enferma (seu eu) e baseava-se em motivos estéticos e éticos; os impulsos sujeitos ao recalque eram os do egoísmo e da crueldade, que em geral podem ser resumidos como o mal, porém, acima de tudo, impulsos desejosos sexuais, frequentemente da espécie mais grosseira e proibida. Assim, os sintomas constituíam um substituto para satisfações proibidas e a moléstia parecia corresponder a uma subjugação incompleta do lado imoral dos seres humanos. (Freud, 1923, p.209)

Em casos de Neurose, a defesa contra a representação incompatível é realizada separando-a de seu afeto. A representação em si permanece na consciência enfraquecida e isolada. Sendo assim, o processo demonstra ser o mesmo observado na histeria, nas fobias e nas obsessões, que são variações da estrutura Neurose. Logo, a neurose consiste em uma divisão entre o afeto e a ideia. O que modifica é a forma em que o Eu utiliza esse excesso de afeto, energia e de excitação sem representação. Na histeria, o excesso de energia transforma-se em uma excitação somática, que Freud nomeia de conversão histérica, sendo esta total ou parcial.

> A excitação, forçada a escoar-se por um canal impróprio (pela inervação somática) vez por outra reencontra o caminho de volta para a representação da qual se destacou, e compele então o sujeito a elaborar a representação associativamente ou a livrar-se dela em ataques histéricos – como vemos no conhecido contraste entre os ataques e os sintomas crônicos. (Freud, 1894, p. 62)

Sendo assim, a característica peculiar da histeria seria a possibilidade de conversão e não o processo de defesa em si, que é comum a todos. Porém, essa capacidade por si só não exclui a saúde psíquica e só conduz à histeria tida como patológica quando há uma incompatibilidade psíquica ou um acúmulo de excitação.

Já na Neurose obsessiva ou fóbica, o que acontece é que no sujeito sem aptidão para a conversão, a representação enfraquecida permanece na consciência livre de associações. Mas essa energia livre tende a ligar-se a outras representações que não são incompatíveis em si mesmas, assim, a fonte de afeto – excitação – promove uma falsa ligação e se transformam em representações obsessivas. Além desses sintomas de compromisso e das falsas representações, a neurose obsessiva arquiteta um conjunto de outros sintomas cuja origem é muito diferente. Na tentativa do Eu de afastar os derivados da lembrança inicialmente recalcada, o sujeito desenvolve sintomas que são classificados como defesa secundária.

> A defesa secundária contra os afetos obsessivos leva a um conjunto ainda mais vasto de medidas protetoras passíveis de se transformarem em atos obsessivos. Estes podem ser agrupados de acordo com seu objetivo; medidas penitenciais (cerimoniais opressivos, observação de números); medidas de precaução (toda sorte de fobias, superstição, minuciosidade, aumento do sintoma primário de conscienciosidade); medidas relacionadas com o medo de delatar-se (colecionar pedaços de papel, isolar-se), ou medidas para assegurar o entorpecimento |da mente| (dipsomania). Entre esses atos e impulsos obsessivos, as fobias, por restringirem a existência do paciente, desempenham o papel mais importante. (Freud, 1986, p. 112)

Com a Neurose de defesa, Freud começa a demonstrar o funcionamento do Inconsciente, mostrando que é um sistema autônomo, bem estruturado e que possui um sentido. Dentro do campo das neuroses Freud, começa em 1898 – "A sexualidade na etiologia das neuroses" – a trabalhar com o conceito de Neurose Atual. Nesse texto, Freud afirma que a vida sexual do paciente mostra–se como a principal causa da neurose, pois a acentuação na sexualidade constitui-se como fundamento para a estruturação da teoria psicanalítica.

Assim, para Sigmund Freud, a principal diferença entre as Neuroses Atuais e as Neuroses de Defesa (psiconeurose) são: uma – Neurose Atual – refere-se a acontecimentos atuais que promovem o impedimento de uma satisfação sexual, e outra – Neurose de Defesa – consequência de fixações e desvios da libido no período da infância. Tanto uma quanto a outra resultam de movimento anormal da libido, energia sexual.

> Os sintomas das neuroses "atuais" [...] não tem nenhum "sentido", nenhum significado psíquico. Não só se manifestam predominantemente no corpo (como, por exemplo, os sintomas histéricos entre outros), como também constituem eles próprios processos inteiramente somáticos, em cuja origem estão ausentes todos os complicados mecanismo mentais que já conhecemos [...] se, nos sintomas das psiconeuroses, nos familiarizamos com as manifestações de distúrbios na atuação psíquica sexual, não nos surpreenderemos ao encontrar nas neuroses "atuais" as consequências somáticas diretas desses distúrbios sexuais. (Freud, 1917, p.452)

O conceito de atual, de neuroses atuais, conforme Laplanche e Pontalis (1967), *deve pois ser tomado em primeiro lugar no sentido de uma atualidade no tempo* (p.382). Ainda na distinção com relação à neurose de defesa, o termo atual *vem a exprimir aqui a ausência daquela mediação que encontramos na formação dos sintomas da psiconeurose (deslocamento, condensação, etc.)* (p.382).

Desse modo, Freud subdivide as Neuroses atuais em grupos: Neurose de Angústia, Neurastenia e Hipocondria. Ainda que mantida na teoria psicanalítica a diferenciação entre as Neuroses de Defesa (psiconeuroses) e as Neuroses Atuais, o que se verifica, na análise da obra, é um progressivo abandono dessa nosografia, já que o interesse passa a ser na construção do conceito de Neurose de Transferência e Neurose Narcísica, desdobramento das psiconeuroses. No entanto, o foco permanece nos seguintes fatores: sexualidade infantil, recalque e inconsciente.

O conceito freudiano de sexualidade consolida-se em 1905, no livro "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade", em que Freud determina a importância da sexualidade em todas as ações humanas, demonstrando que a sexualidade é uma disposição psíquica universal inerente ao homem.

Freud já começa a traçar a ideia de um recalque na vida sexual como causa das neuroses e, de alguma forma, como causa da infelicidade geral do homem. Ele também mostra que a essência do processo de recalque, fundamental para compreender a teoria, não está em destruir a ideia que representa um instinto, mas em evitar que se torne consciente, mantendo-a em um estado inconsciente. Entretanto, mesmo inconsciente essa ideia pode produzir efeitos, sendo assim, a forma que o sujeito lida com o excesso dessa excitação psíquica é singular, sendo ela demonstrada pelo aparecimento de atos falhos, sonhos, chistes e sintomas.

Assim, a ênfase da teoria psicanalítica coloca-se na natureza dita patogênica do processo de recalque; na etiologia sexual dos conflitos psíquicos, mais especificamente na sexualidade infantil; e na dinâmica mental, tendo como fato principal que os fenômenos mentais possuem um significado e uma causa, sendo os processos mentais em si inconscientes só se tornando conscientes pelo funcionamento de formações inconscientes ou sintomas. Sem esquecer, como citado anteriormente, da complicada relação emocional das crianças com os pais que Freud nomeia como complexo de Édipo, uma vez que fica cada vez mais claro para Freud que o complexo de Édipo é o núcleo de todo caso de neurose.

Sendo os sintomas uma formação inconsciente que possui um sentido e se relaciona exclusivamente com as experiências subjetivas do paciente, a possibilidade de conferir um sentido aos sintomas neuróticos por meio da interpretação analítica é a prova da existência dos processos mentais inconscientes. Assim, o inconsciente transforma-se no pilar que sustenta a teoria psicanalítica e o manejo dos produtos inconscientes passa a ser realizado por um processo que Freud nomeia de transferência. No texto *Cinco lições de Psicanálise*, de 1910, Freud indica a importância desse fenômeno:

> Senhoras e senhores. Não lhes falei até agora sobre a experiência mais importante, que vem confirmar nossa suposição acerca das forças instintivas sexuais da neurose. Todas as vezes que tratamos psicanaliticamente um paciente neurótico, surge nele o estranho fenômeno chamado `transferência', isto é, o doente consagra ao médico uma série de sentimentos afetuosos, mesclados muitas vezes de hostilidade, não justificados em relações reais e que, pelas suas particularidades, devem provir de antigas fantasias tornadas inconscientes. Aquele trecho da vida sentimental cuja lembrança já não pode evocar, o paciente torna a vivê-lo nas relações com o médico; e só por este ressurgimento na `transferência' é que o doente se convence da existência e do poder desses sentimentos sexuais inconscientes. Os sintomas, para usar uma comparação química, são os precipitados de anteriores eventos amorosos (no mais amplo sentido) que só na elevada temperatura da transferência podem dissolver-se e transformar-se em outros produtos psíquicos. (Freud, 1910, p.214)

Com o desenvolvimento do conceito e compreensão do fenômeno da transferência, Freud começa a diferenciar dentro das psiconeuroses a Neurose de Transferência – histeria, neurose obsessiva – da Neurose Narcísica, sendo o ponto de distinção entre as duas a capacidade ou não de fazer transferência. Em 1905, Freud aponta a transferência como reedições, reprodução de moções e fantasias que, durante o avanço da análise, ecoam e almejam chegar à consciência ao tomar uma pessoa anterior pela pessoa do analista.

O fato é que a transferência é um evento comum nas relações humanas. Ela se mostra como a capacidade do sujeito em estabelecer vínculos com objetos externos na medida em que algo inconsciente se repete nas relações, e não em um acontecimento referente apenas ao processo analítico. A transferência aponta para o fato de que o inconsciente não se coloca como um reservatório do passado, mas como algo que se atualiza o tempo todo (Maurano, 2006).

> Freud percebeu que nesse impasse relacional encontrava-se o eixo em torno do qual girava toda a organização dos investimentos psíquicos do paciente. E mais: contatou que a energia que imantava o sintoma do sujeito neurótico, drenando os investimentos de sua vida, poderia, pela transferência, ser dirigida ao analista, para que pudesse ser tratada e então restituída ao paciente. É como se o sujeito se mantivesse engessado em certos estereótipos que se reeditam a cada nova relação que estabelece do tipo: "sou o coitadinho e ninguém me ama, portanto você também não me amará." [...] O sujeito encontra-se preso numa trama que toma equivocadamente a designação de destino, de sina, de encosto, de carma – conforme as crenças de cada um. (Maurano, 2006, p.17)

Logo, esse processo mostra-se como um laço em que o analista é identificado com uma pessoa do passado do paciente e essa transferência mostra-se como uma revelação do que o sujeito espera do Outro a quem ele se dirige. Freud percebe que esse é o processo que todos os neuróticos utilizam para se relacionarem e, com isso, o psicanalista passa a realizar um manejo técnico desse fenômeno. A diferença é que a transferência no *setting* analítico não passa despercebida.

> Não pensem, além disso, que o fenômeno da transferência, a respeito do qual infelizmente pouco posso dizer aqui, seja produzido pela influência da psicanálise. A transferência surge espontaneamente em todas as relações humanas e de igual modo nas que o doente entretém com o médico; é ela, em geral, o verdadeiro veículo da ação terapêutica, agindo tanto mais fortemente quanto menos se pensa em sua existência. A psicanálise, portanto, não a cria; apenas a desvenda à consciência e dela se apossa a fim de encaminhá-la ao termo desejado. (Freud, 1910, p. 110)

Dentre outras coisas, é pelo manejo da transferência que a psicanálise se distingue de outros métodos psicoterápicos e psiquiátricos. Diferente da posição do médico, que se vale de uma autoridade nele investido pelo paciente e caminha em direção à supressão do sintoma sem se importar com o seu sentido, o psicanalista analisa a transferência, lugar onde as resistências e o sentido do sintoma podem ser trabalhados, e se serve dela para o desenlace dos conflitos dos quais o sintoma é um dos resultados que levaram o sujeito a procurar um tratamento (Maurano, 2006).

Freud, no início de seus estudos, coloca a transferência como a resistência mais poderosa ao tratamento, porém, a transferência passou de obstáculo à importante ferramenta de acesso ao inconsciente do paciente. Para ele, a transferência estava presente no paciente desde o início do tratamento, sendo considerada determinante para seu progresso e, juntamente com a resistência e a interpretação, viria a constituir a clínica psicanalítica.

Assim, a Neurose de Transferência se estabelece pela possibilidade de análise ou não do paciente e pela possibilidade de estabelecer uma transferência com o outro, no caso com o analista. Freud a coloca como uma capacidade específica dos neuróticos e, dessa forma, limita o alcance da Psicanálise a esse grupo. A transferência mostra-se como outro pilar fundamental para a psicanálise, a partir desse momento, a repetição que se dá por via de transferência passa a ser definida como o início propriamente dito do tratamento psicanalítico.

Freud usa da teoria da libido para sustentar o processo de transferência e os mecanismos do tratamento psicanalítico. Libido, para a psicanálise, significa a força dos

instintos sexuais dirigidos para um objeto – *'sexuais' no sentido ampliado exigido pela teoria analítica* (Freud, 1923). Essa teoria aponta que a capacidade de investimento libidinal do sujeito possui uma certa mobilidade, ou seja, o investimento libidinal pode passar de um objeto a outro. No caso do sintoma neurótico, o investimento libidinal do sujeito está dirigido para o sintoma e nele o sujeito encontra uma via de satisfação. Portanto, os sintomas funcionam como satisfações substitutas.

Dessa maneira, Freud demonstra o tratamento analítico em duas etapas: a primeira em que a libido investida no sintoma e em outros objetos fantasiosos converge para a figura do analista, transformando a neurose existente em Neurose de Transferência; e a segunda etapa em que o manejo da transferência resulta em liberação desta libido, que estava aprisionada no sintoma, tornando-se disponível para outros investimentos, possibilitando novas formas de satisfação que não passa pela via sintomática.

Freud determina que a análise só seria possível se o paciente fosse capaz de realizar investimentos libidinais em objetos, o que só é alcançado a partir da vivência completa do Édipo. Assim, um determinado tipo de neurose era tida como inacessível a qualquer esforço terapêutico.

> Portanto, assinalarei aos senhores que tudo aquilo que disse aqui sobre recalque e a formação e significação dos sintomas derivou de três formas de neurose – histeria de angústia, histeria de conversão e neurose obsessiva, e que, numa primeira instância, só é válido para estas formas. Estes três distúrbios, que estamos acostumados a agrupar conjuntamente como "neuroses de transferência' também circunscrevem a região em que a terapia psicanalítica pode funcionar. As demais neuroses têm sido estudadas de forma muito menos completa pela psicanálise; num grupo delas a impossibilidade de influência terapêutica foi uma das razões desse abandono. (Freud, 1917, p.475)

Nesse trecho, Freud apresenta a ideia de que existem Neuroses que não são passíveis de análise por não serem passíveis de estabelecer transferência. Quando a transferência não acontece, quando não há um investimento no analista, o emprego no método psicanalítico fica inviável. A essa Neurose, Freud nomeia de Narcísica. Ele considera o narcisismo não evoluído como uma barreira determinante contra a possibilidade de aplicação da técnica analítica, sendo a neurose narcísica considerada mais grave do que as neuroses de transferência, que são passíveis de tratamento. Assim, a neurose narcísica aponta para situações em que a capacidade para estabelecer vínculos libidinosos com objetos externos não existe ou se mostra prejudicada.

Em 1914, Freud apresenta o texto de introdução ao conceito de narcisismo e, nessa obra, fica claro o narcisismo como fator determinante do funcionamento psíquico. O narcisismo mostra-se como uma etapa do desenvolvimento libidinal, da constituição do eu

e das relações com os objetos. Assim, o autor define o narcisismo primário como a etapa mais precoce na economia psíquica do bebê, na qual a libido está investida exclusivamente no eu e ainda não existe investimento libidinal em objetos externos. O desenvolvimento e diferenciação do eu consistiria em um processo de afastamento desse narcisismo primário, dando início a uma vigorosa tentativa de recuperação da satisfação experimentada.

Assim, de acordo com a teoria da libido, nas neuroses narcísicas a fixação da libido deu-se em fases anteriores do desenvolvimento, diferentemente das neuroses de transferência. A libido não se liga a objetos externos e retorna ao ego, limitando o acesso do sujeito à realidade. Inicialmente, Freud inclui como modalidades de neuroses narcísicas a paranoia, a melancolia, a esquizofrenia e a confusão alucinatória. No entanto, aponta que existem estados naturais em que a pessoa se encontra em estado semelhante a neurose narcísica. No complemento metapsicológico à teoria dos sonhos, Freud apresenta o sono e o sonho como equivalentes normais das afecções narcísicas, já que em ambos existe um retraimento da libido dos objetos e um aumento da libido investida no Eu. Logo, mais uma vez ele despatologiza a patologia, mostrando que é um evento recorrente na vida dos sujeitos ditos normais.

A partir desse texto, Freud estabelece uma linha de desenvolvimento psíquico que vai do Narcisismo até a dissolução do Édipo e, assim, ele divide a patologia mental em dois níveis, edípico e narcisista, considerando a edípica analisável e a narcisista não. Posteriormente, o desenvolvimento da teoria e técnica psicanalítica possibilitou uma grande modificação na maneira de enfocar as neuroses narcísicas, assim como a perspectiva terapêutica desses pacientes.

A expressão neuroses narcísicas foi abandonada e na segunda tópica da teoria psicanalítica, em 1924, a base da teoria psicanalítica já está definida e a nosografia psicanalítica passa a englobar principalmente duas estruturas: Neurose e Psicose. A Neurose passa a englobar todas as formas de neurose passíveis de transferência anteriormente estuda por Freud. A Neurose Narcísica, que como explicado anteriormente, representava um tipo especial de neurose, passa a ser nomeada como Psicose. E a diferença entre elas se mostra como: *a neurose é o resultado de um conflito entre o eu e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o eu e o mundo externo*. (Freud, 1924, p. 95)

Embora Freud faça várias distinções entre neurose e psicose, ele adverte que a etiologia tanto de uma quanto da outra patologia é a mesma: a privação/frustração. Ou seja,

a não-realização de algum daqueles desejos da infância, sempre indomáveis e tão profundamente enraizados na nossa organização psíquica, filogeneticamente predeterminada (Freud, 1924, p. 97).

Dessa forma, o direcionamento para a neurose ou para psicose dependerá do posicionamento do eu diante a essa privação. Se diante de um conflito, o eu se posiciona fiel à realidade externa e tenta de alguma forma silenciar o id; ou, se o eu é dominado pelo id e desprende-se da realidade.

> No entanto para Freud a etiologia das duas estruturas são a mesma, a frustração: A etiologia comum ao início de uma psiconeurose e de uma psicose sempre permanece a mesma. Ela consiste em uma frustração, em uma não-realização, de um daqueles desejos de infância que nunca são vencidos e que estão tão profundamente enraizados em nossa organização filogeneticamente determinada. Essa frustração é, em última análise, sempre uma frustração externa, mas, no caso individual, ela pode proceder do agente interno (no superego) que assumiu a representação das exigências da realidade. O efeito patogênico depende de o ego, numa tensão conflitual desse tipo, permanecer fiel à sua dependência do mundo externo e tentar silenciar o id, ou ele se deixar derrotar pelo id e, portanto, ser arrancado da realidade. (Freud, 1924, p.96)

Freud concebe, então, que na neurose há uma tentativa de preservação da realidade. Já na psicose, a perda da realidade estaria colocada de antemão. Com a observação clínica, Freud determina que em ambas há uma perturbação da relação do sujeito com a realidade externa, sendo diferente apenas a forma com essa perda é encarada na neurose e na psicose.

> A neurose, um fragmento da realidade é evitado por uma espécie de fuga, ao passo que na psicose, a fuga inicial é sucedida por uma fase ativa de remodelamento; na neurose, a obediência inicial é sucedida por uma tentativa adiada de fuga. Ou ainda, expresso de outro modo: a neurose não repudia a realidade, apenas a ignora; a psicose a repudia e tenta substituí-la. (Freud, 1924 p. 128-129)

Na neurose, o Eu recusa-se a aceitar a pulsão do Id e a recalca. O material recalcado, como citado anteriormente, insiste em se fazer consciente e, para isso, escolhe vias substitutas como o sintoma, atos falhos, chistes, sonhos. Na psicose, o Id triunfa diante do E, e o conflito se dá entre o Eu e a realidade externa. Então, o sujeito cria uma nova realidade de acordo com as pulsões do Id. Sendo assim, para Freud, tanto a neurose quanto a psicose são expressões de desprazer diante da realidade. A diferença se mostra apenas no desfecho de cada um desses processos de constituição subjetiva do aparelho psíquico e na relação que o sujeito estabelece com a realidade. A psicose empregará como saída o delírio e a alucinação e a neurose irá se proteger na fantasia.

> Na neurose, um fragmento da realidade é evitado por uma espécie de fuga, ao passo que na psicose ele é remodelado... a neurose não repudia a realidade, apenas a ignora: a psicose a repudia e tenta substituí-la. (Freud, 1924, pág 231)

Tais conflitos estão sempre presentes em todo nós, já que não é um privilégio dos sujeitos que apresentam sintomas neuróticos ou psicóticos. A irrupção de sintomas é uma compensação pelo recalque desses conflitos. Freud (1924) considera como comportamento "normal" a mescla dos dois processos:

> Chamamos um comportamento de 'normal' ou 'sadio' se ele combina certas características de ambas as reações – se repudia a realidade tão pouco quanto uma neurose, mas se depois se esforça, como faz uma psicose, por efetuar uma alteração dessa realidade. Naturalmente, esse comportamento conveniente e normal conduz à realidade do trabalho no mundo externo; ele não se detém, como na psicose, em efetuar mudanças internas. Ele não é mais autoplástico, mas aloplástico.

Desse modo, ele nos mostra que existe outra analogia entre uma neurose e uma psicose – além da frustração como etiologia - no fato de que em ambas a tarefa empreendida mostra-se parcialmente mal-sucedida, uma vez que o instinto recalcado na neurose é incapaz de conseguir um substituto completo e a representação da realidade na psicose não pode ser remodelada de forma satisfatória.

A diferença mostra que o conflito em uma estrutura psicótica só pode conduzir à enfermidade. Por outro lado, na neurose, a primeira etapa de recalcamento pode alcançar êxito e é o que acontece em inúmeros casos, sem transpor os limites da saúde *embora o faça a um certo preço e não sem deixar atrás de si traços do dispêndio psíquico que exigiu* (Freud, 1924, p.198).

Entretanto, para Freud não é possível uma distinção nítida entre neurose e psicose, visto que também na neurose não faltam tentativas de substituir uma realidade que se mostre desagradável por outra que esteja mais de acordo com os desejos do sujeito. O que a psicanálise nos indica de mais importante é que toda relação do sujeito com o mundo é mediada pela relação do sujeito com o objeto. A psicanálise não se pauta no fenômeno, ela leva a sério o compromisso formado entre sintoma e sujeito, um compromisso que demanda uma análise da relação do sujeito com seu desejo e com seu gozo.

Como citado no início deste capítulo, a psicanálise não se pauta em compreender a vida mental considerada patológica. Sua teoria engloba também o sujeito em seu funcionamento normal e no seu cotidiano, mostrando que tanto a vida mental normal quanto a vida patológica sofrem influências das mesmas forças e processos.

Assim, como na psiquiatria descritiva, a psicanálise parte do sintoma. O sintoma para a psicanálise é uma mensagem, um enigma, o que demanda a análise da relação do sujeito com o seu desejo. A teoria psicanalítica não se pauta em delimitar doenças, e sim, como

citado anteriormente, em estruturas clínicas. Cada sujeito, sem ressalva, está inscrito em uma das três estruturas clínicas: neurose, perversão e psicose. Quando, na psicanálise, falamos que um sujeito trata-se de um psicótico, isso não quer dizer que o sujeito "está" psicótico, isso quer dizer que ele "é" psicótico, podendo essa psicose ser ou não desencadeada, ou estar estabilizada, mas é sempre uma psicose, pois a estrutura é uma forma de se relacionar com o outro e não um emaranhado de sintomas notáveis.

A partir do desenvolvimento das estruturas e compreensão da relação que o sujeito estabelece com o outro, a psicanálise passa a não se preocupar com descrições de quadros clínicos baseados em sintomas ou em sequências de eventos e se afasta da tentativa de traçar a influência de traumas anatômicos ou tóxicos sobre um aparelho psíquico. Freud afirma que esse processo foi consequência da relação da psicanálise com a vida mental normal, não com a patológica, já que os aspectos mais gerais da vida mental inconsciente, os conflitos entre impulsos instintuais, recalque e satisfações substitutivas, estão presentes cotidianamente nas relações do sujeito. Ai se apresenta a grande fórmula freudiana, talvez irônica, que se pauta em reduzir o infortúnio neurótico ao infortúnio cotidiano, que se mostraria como um sofrimento banal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos a dissertação demonstrando que o bem-estar, ou seja, a saúde, mostra-se hoje como uma imposição, uma meta a ser atingida, um sonho. Demonstramos ainda como o discurso científico reforça e se alimenta dessa pretensão, buscando incansavelmente o término do sofrimento humano, ao menos o fim de todo e qualquer sintoma que o mostre objetivamente.

A ética do bem-estar está presente em todos os âmbitos da vida cotidiana, impregnada no comércio, nas mídias sociais, e nos projetos políticos, assistenciais e também a clínica. Ser saudável e constantemente feliz não é mais uma aspiração pessoal, faz parte dos planos do governo e das nações, e, a partir dessa tarefa, foram, cada vez mais, desenvolvidos meios para que isso se torne verdade por meio da criação de discursos médicos e científicos, do desenvolvimento de remédios da felicidade e, sobretudo, do controle.

No entanto, o que pode ser considerado normal, saudável, e o que pode ser considerado patológico, doença? Mostramos que o conceito de saúde e doença está sempre ligado a uma norma social. Um normal socialmente imposto ao sujeito e que toma contornos de ordem ao se aliar a um discurso médico. A definição de fundamentos biológicos e a diferenciação dos conceitos de normal e patológico foi essencial para o desenvolvimento da Medicina como vemos hoje, de bases científicas. O desenvolvimento da medicina levou a uma nova concepção de corpo, o qual ser completamente observado, examinado e diagramado através de uma miríade de exames, o que o torna condicionado. O desenvolvimento desse discurso levou a uma prática médica em que o fim é prevenir e corrigir a patologia, visando, portanto, uma normalidade com bases biológicas.

Foi a partir dessa base médica que se desenvolveu a psiquiatria. A psiquiatria, como vimos, sempre se considerou uma especialidade médica e luta para definir para o sofrimento psíquico os mesmos parâmetros que a medicina impôs para as doenças do corpo. A partir disso, nos perguntamos, o que é Saúde Mental?

A dita saúde mental, diferente da saúde biológica, não apresenta um corpo conceitual próprio, ela se nutre de diversos paradigmas e nela confluem distintas disciplinas. A dificuldade em conferir ao campo da saúde mental uma especificidade nos fez retomar o nascimento da clínica psiquiátrica. Apontamos que o Tratado Médico-Filosófico (1808) de Pinel foi a obra inaugural da psiquiatria, pois pela primeira vez

alguém se dedicou a compreender a tratar a loucura. Pinel foi um grande teórico da história da medicina. Ele desenvolveu o conceito de alienação mental e, a partir de então, a loucura foi pela primeira vez observada através do olhar médico. É esse o primeiro movimento psiquiátrico que visa separar a loucura como um campo autônomo, circunscrito pela expressão alienação mental. Pinel era médico, no entanto, não se rendeu ao modelo anatomopatológico para a compreensão da loucura e adotou o tratamento moral, já que para ele as principais e mais frequentes causas do padecimento psíquico eram as causas morais, paixões intensas e excessos de todos os tipos. Tal visão leva em consideração o sujeito e sua relação com o outro.

Em meados do século XIX, Griesinger (2007), apoiado pela descoberta da paralisia geral de Bayle, declarou, em seu famoso Tratado, a sua hipótese anatomista radical: *As doenças mentais são, antes de tudo, doenças cerebrais*. A partir de tal afirmação, as então chamadas doenças mentais foram divididas em dois grupos: as de substrato anatomopatológico já comprovado (paralisia geral), e as de substrato anatomopatológico por comprovar (todas as outras).

A psiquiatria tentou dar à anatomia patológica o mesmo papel que esta assumiu para a clínica médica. Mas, como visto, não foi o que aconteceu. A categórica afirmação de Griesinger não passou de pura especulação sem nenhuma demonstração concreta. De fato, até os dias atuais, a psiquiatria clássica não conseguiu apoiar-se exclusivamente na anatomia patológica. Grande parte das doenças mentais constituiu-se, unicamente, a partir do método clínico. De fato, talvez seja esse o motivo pelo qual a psiquiatria se mantém até hoje, afinal, todo e qualquer achado anatomopatológico de uma doença mental logo é absorvido para outra especialidade médica, a neurologia.

Com Kraepelin, em 1883, surge o primeiro Compêndio de Psiquiatria - primeiro livro organizado sob um modelo científico. Até então, os livros de psiquiatria mostravam-se como tratados filosóficos e não eram sistematicamente organizados. O autor buscou, na elaboração do compêndio, colocar em ordem o campo das doenças mentais, propondo então a construção de entidades nosológicas no campo da psicopatologia, bem como um sistema único de classificação. A classificação de Kraepelin, após os desapontamentos da psicopatologia com bases na anatomia patológica, visou produzir uma explicação conciliadora para as doenças mentais. Assim, as causas orgânicas passaram a ser compreendidas como estados de intoxicação cerebral, que não necessariamente implicavam em lesões estruturais no cérebro e também a hereditariedade.

Dessa forma, a psiquiatria, embora se esforçasse para conceber a doença mental de forma organicista, incluía, através de seu método clinico, a subjetividade do sujeito. Tal fato fê-la ser organizada em torno de escolas de pensamentos, as quais forneceram subsídios etiológicos para a construção de um saber sobre o sofrimento psíquico. Uma dessas escolas, como vimos, é a que direciona esta pesquisa, a psicanálise.

O desenvolvimento da teoria e prática psicanalítica pode ser compreendido como uma grande ruptura epistemológica na psicopatologia da época, que buscava no cérebro as causas para o padecimento psíquico. Com Freud, passa a ser concebível uma psicopatologia do homem normal, uma psicopatologia da vida cotidiana. A psicanálise aponta para uma hipótese etiológica, modelo dinâmico que prescinde do marcador biológico. Para a psicanálise, a etiologia do sofrimento psíquico envolve duas questões: o pensamento inconsciente e a sexualidade infantil, posição que contraria o conhecimento médico da época, que buscava na degenerescência moral e na hereditariedade as causas das doenças mentais.

Ao tratar sobre a relação existente entre psicanálise e psiquiatria, Freud não negava seu interesse de que esses dois campos do saber caminhassem juntos, um completando o outro, assim como não admitia que essa aproximação se transformasse numa confusão de saberes. Para ele, o ponto em que a psicanálise e a psiquiatria se afastam é na base organicista da psiquiatria, que não deve ser assimilada pela psicanálise (Freud, 1916).

Como explicitado anteriormente, durante um longo período, a psicanálise e a psiquiatria andaram juntas, tanto na prática cotidiana quanto em seus manuais. No entanto, essa relação, só se mostra possível em uma psiquiatria teórica, situada no interior de uma escola de pensamento e guiada por uma teoria sobre o sujeito, e, assim, com o advento dos manuais diagnósticos, ateóricos, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM, essa relação é rompida.

Como vimos o DSM, a partir de sua terceira versão, institui o conceito de transtorno. É através da instauração do conceito de transtorno que a psiquiatria se afasta da teoria psicanalítica e exclui o diagnóstico estrutural de sua prática. Os manuais estatísticos, por apresentarem como projeto, a partir das décadas de 1970 e 1980, estabelecer um marco zero na história da psicopatologia, excluem a história da psicopatologia e ignoram sua importância para a construção e determinação do problema do diagnóstico no campo do sofrimento psíquico. (Calazans & Resende, 2014)

Apontamos, então, que o DSM-III-R é tido como o momento em que finalmente a psiquiatria se associa com a ciência médica. Essa versão do manual coloca-se como um sistema classificatório ateórico e operacional, um catálogo das grandes síndromes psiquiátricas. O DSM-III-R propôs-se a apresentar um sistema de diagnóstico objetivo a serviço de um modelo de pesquisa empírico, experimental, focado no comportamento sintomático e eliminando de vez os conceitos que podiam levar a uma compreensão psicanalítica do sofrimento psíquico.

A revisão da terceira versão do manual diagnóstico rompe com o modelo de psicopatologia que se apresentava desde Pinel, em que a compreensão das formas de sofrimento psíquico, alienação mental ou doenças mentais se mostravam através de uma fundamentação teórica. Põem fim não só à relação psicanálise e psiquiatria, mas também a uma certa forma de fazer psicopatologia, inserindo e elevando a clínica médica baseada em evidências como modelo central de psicopatologia. Dessa forma, de acordo com Campos (2009), *o DSM, ao dispensar a orientação dos clássicos, confunde semiologia psiquiátrica com diagnóstico* (p.2).

O conceito de transtorno pressupõe que a base para a classificação seja eminentemente médica, portanto, baseada exclusivamente no conjunto de sintomas. No entanto, como citado no trabalho, o conceito de transtorno demonstra, acima de tudo, o vazio que fundamenta essa nova psiquiatria. Segundo o que consta no DSM IV, *não existe uma definição que especifique adequadamente os limites do conceito* (1995, XXI).

A partir desse advento, o médico psiquiatra, que se pauta no método descritivo dos DSM's, trabalha comparando os sintomas de seu paciente com os sintomas nos manuais, referenciando assim apenas o fenômeno, o que desde o princípio, para a psicanálise, constitui-se como erro. Na lógica da psicanálise, dar valor de realidade bruta ao sintoma é estar fadado ao erro. Um exemplo disso é a histeria, que pode se apresentar através de uma infinidade de sintomas. A diversidade de formas que as histéricas mostram-se para os clínicos demonstra que apenas uma cartografia de sinais e sintomas não é o suficiente para se traçar um diagnóstico.

Demonstramos nesta dissertação todo o processo de construção da chamada psiquiatria descritiva por meio das mudanças de paradigma e do advento do conceito de transtorno mental. Essa nova psiquiatria descritiva teve como consequência a patologização do sujeito e tem como função manter uma ordem no social, instaurando a

regra do bem estar na saúde mental, que corresponde com a busca por uma felicidade inalcançável.

A partir dessas reflexões, sobre o conceito de saúde e doença, bem como sobre a dificuldade de definir o que hoje se apresenta como saúde mental, procuramos discutir os limites aos quais se restringe, cotidianamente, a experiência da subjetividade. O discurso científico, que reveste o paradigma dos transtornos mentais, coloca-se como o detentor da resposta sobre o homem e sua felicidade e, assim, se prolifera na constante tentativa de categorizar a angústia, de tamponar a falta estrutural do sujeito e de medicalizar a existência.

Com a introdução e expansão dos psicofármacos e o avanço das neurociências, a psiquiatria planeja, enfim, seu tão sonhado ingresso no discurso médico científico e sua completa identificação com a medicina. Tal pretensão tornou a subjetividade algo impensável, como demonstra o DSM, onde a transferência é ignorada e anulada sob a denominação de categorias e testes efeito-placebo.

Essa forma de se apresentar dá origem a um processo de patologização da existência. A psiquiatria descritiva mostra-se como um discurso gerador de regras e normas de conduta, que são utilizadas para classificar, rotular e medicar o sujeito que padece. Tais regras pretendem determinar a forma como os sujeitos devem proceder a partir de modelos fixos que não levam em conta a subjetividade, a dinâmica pulsional do sujeito em questão. Assim, esse discurso traz velado em si um discurso de medicalização da existência, em que a pretensão se mostra como tratar problemas do campo ético como se fossem orgânicos (Calazans & Lustoza, 2008).

Excluir a subjetividade, evitando, assim, lidar com ela, mostra-se uma constante para a medicina. Basta pensarmos que a maior das queixas de um sujeito, a dor, aponta para uma subjetividade. No caso da psiquiatria, a desconsideração da subjetividade pode levar a nada menos do que o fim de sua clínica, tal como concebida.

Dessa forma, a psiquiatria caminha para o seu fim? Se continuar a se apoiar nesses modelos, é possível. Citando Francisco Paes Barreto (2013), excluída a subjetividade, tornam-se medíocres os limites entre psiquiatria e neurologia. E isso é o que se verifica na prática, em que, cada vez mais, psiquiatras se dedicam a matérias antes restritas à neurologia e, cada vez mais, neurologistas medicam pacientes antes reservados à psiquiatria. É possível notar que em vários países de primeiro mundo não mais existe residência de psiquiatria, pois esta tornou-se apenas um capítulo da residência de

neurologia. Isso tem ocorrido também em relação aos psicofármaco, que estão, nos últimos anos, sendo chamados de neurofármacos. Assim, a neurologização da psiquiatria poderá evoluir para a absorção da psiquiatria pela neurologia.

A saúde mental revela-se, cada vez mais, como uma ferramenta para o controle social. Como citado anteriormente, Aguiar (2004) aponta que hoje a psiquiatria descritivista abrange um campo de atuação bem mais vasto, cobrindo um espaço que vai da esquizofrenia ao aprimoramento das performances cotidianas dos indivíduos como a memória e cognição, portanto, não inclui em seu fazer cotidiano a dimensão do sujeito, é sempre um outro que a determina, que se pauta em grande parte dos casos em protocolos medicalizante. O sujeito apresenta-se frente a essas etiquetas e classificações, muitas vezes, de modo passivo. No caminho contrário, o psicanalista se atenta para a singularidade de cada caso e não se apresenta como um saber fechado, portanto, opta por nada saber a priori sobre o sujeito, o que Lacan nomeia “douta ignorância”.

Tizio (2009) demonstra que hoje no lugar de sujeito advém o conceito de usuário e transtorno no lugar de sintoma, o que representa um processo de expurgo de tudo que possa apontar o subjetivo e o singular no sofrimento psíquico. A psiquiatria atual, estruturada pelo descritivismo, e em busca de um escopo científico dirigido pela razão, visa abandonar o sujeito. Nessa psiquiatria, não há espaço para a falha, dor, tristeza, fraqueza ou vazio, já que pretende a tudo resolver de forma rápida e eficaz. Acontece, como aponta Ferrari (2002), que

> a angustia é enorme, a solidão é coletiva, a melancolia é evidente, as drogas são consumidas em abundância… Desta forma, ainda que a psicanálise não seja querida no mundo cientifico, a subjetividade do homem a reclama como possibilidade de ser escutada (p. 83).

Encontramos, atualmente, mais uma vez, um entrecruzamento entre psiquiatria, psicanálise e política. No entanto, não é a cultura que recorre à psicanálise para revelar os sintomas da sociedade patriarcal e pedir a sua falência, como na época de Freud. A psicanálise é quem toma posição e intervém na política, inclusive para garantir seu lugar no mundo (Aguiar, 2006). Assim, como diz Santana (2011), a psicanálise vem acompanhando o desenvolvimento da ciência e as mudanças que afetaram a nosografia, a semiologia e a terapêutica psiquiátrica, bem como a psicopatologia atual, que se mostra descritivista, segura de que a busca por uma causalidade biológica não contradiz a causalidade psíquica.

> A psicanálise reconhece a existência e a importância dos neurotransmissores, advertida de que eles não contestam o inconsciente, a fantasia, as pulsões, e nem tampouco a estrutura significante. Ela também não nega a importância e a

> eficácia dos medicamentos, mas considera de grande gravidade fechar os olhos às nuances da clínica refinada dos sintomas. (Santana, 2011, p. 5)

Assim, compreendemos que o sintoma desse sujeito, submetido a uma sociedade, cultura e ordem, mais do que sinal do sofrimento a ele infringido é uma resposta que deve ser levada em conta. Ele responde às questões do cotidiano como sujeito, seja pelo ato falho, chiste, ou pelo sintoma. As formações inconscientes apontam para o particular, sendo, logo, essa resposta única, não generalizável, o que diferencia um sujeito de outro e não o que os une em um grupo ou categoria.

Portanto, o sujeito responde pela via do inconsciente, atos falhos e sintomas, e o inconsciente implica, necessariamente, a responsabilidade. Ao observar o sintoma como resposta, a psicanálise despatologiza a relação do sujeito com esse sintoma. A psicanálise se pauta no respeito pela diferença e pelo que há de mais singular em cada um, sendo, assim, um obstáculo à tentativa de tornar todos os eventos da vida de um sujeito em transtorno.

REFERÊNCIAS

Aflalo, A. (2012) *O assassinato frustrado da psicanálise* - Rio de Janeiro: Contra Capa. Opção Lacaniana.

Aguiar, A. A. (2004). *A psiquiatria no Divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: RelumeDumará

Aguiar, A.A. (2006) O Outro que não existe, existe? (A psiquiatria, a psicanálise e o declínio do pai). *Latusa Digital* – ano 3 – Nº 25 – novembro de 2006. Recuperado em 9 de setembro de 2014 de: http://www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_25_a1.pdf

Almeida, F.M. (2007) História da Psiquiatria. Máscaras da Insanidade: Emergências e ressurgências do conceito de psicopatia na psiquiatria contemporânea. *Psychiatry online Brasil*. vol.12.n.12. De, http://www.polbr.med.br/ano07/wal1207.php.

Álvarez, J. M. (2008) *La invención de lasenfermedadesmentales*. Madrid: Gredos

American Psychiatric Association [APA]. (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. Washington, D.C. A.P.A.

American Psychiatric Association [A.P.A[b]] (2012) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition* (DSM-5) Recuperadoem12 de Abril de 2013 de, http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx

American Psychiatric Association [APA[a]] (2013) *The American Psychiatric Association official site*. Recuperado em vinte de Setembro de 2013 de, http://www.psychiatry.org

Areal Guimarães, M. (2009) Os estóicos e a lida com as paixões. *Anais de filosofia clássica*, vol. 3 nº 6 recuperado em 31 de Março de 2014 de, http://www.ifcs.ufrj.br/~afc/2009/AREAL.pdf

Barreto, F. P. (2010) *Ensaios de Psicanálise e Saúde Mental*. Belo Horizonte: Scriptum Livros.

Barreto, F. P. (2013) História mínima da clínica psiquiátrica. Apresentado no dia 23 de agosto de 2013, no auditório do Centro de Estudos Galba Veloso, da Residência de Psiquiatria do Instituto Raul Soares, Belo Horizonte. Recuperado em 16 de setembro de 2014, de: http://www.franciscopaesbarreto.com

Beividas, W.(2001) *Inconsciente et verbum: psicanálise, semiótica, ciência, estrutura*. São Paulo: Humanitas / FFLCH /USP.

Bercherie, P. (1989) *Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Zahar.

Berrios, G.E. (2008) Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v.35, n.3, p.113-127. Recuperado em 11 de setembro de 2014, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832008000300005&script=sci_arttext

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Clipping (26 a 28 de dezembro de 2009). Recuperado em 12 de junho de 2011, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/clipping26272812.pdf .

Calazans, R. & Martins, C. R. (2007). Transtorno, sintoma e direção do tratamento para o autismo. *Estilos clínica*, 12(22), 142-157. Recuperado em 20 de julho, 2013, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141571282007000100009&script=sci_arttext

Calazans, R.; Santos, J.L.G.(2007) Causalidade freudiana. *Paidéia*, 17(36), 69-78. Recuperado em 28 de Maio de 2014, de http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n36/v17n36a07.pdf.

Calazans, R. & Lustoza, R.Z. (2008) A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 60, n. 1. Recuperado em 20 de setembro de 2014, de http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/140/167

Calazans, R., Kyrillos Neto, F. Guerra, A. Resende, M. & Pontes, S. (2011) Manifesto de São João Del Rei em prol de uma psicopatologia clínica. In, Jalley, E. (org) Six manifestes

contre Le Manuel diagnostique, Et statique dês troublesmentaux, Ravenne, Paris, Barcelone, Buenos Aires, São João Del Rei. (pp: 159-173). Paris: L'Harmattan

Calazans, R.& Resende, M. S. Neurose e psicose na CID-10 e DSM-IV: o que é ignorado? *Analytica: Revista de Psicanálise*. , v.2, p.145 - 174, 2013.

Caliman, L. V. (2009). A constituição sócio-médica do "Fato tdah". *Psicologia & Sociedade*; 21(1): 135-144.

Câmara, F. P. (2007) A construção do diagnóstico psiquiátrico. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* [online]. vol.10, n.4, pp. 677-684. de, http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v10n4/a09v10n4.pdf

Campos, T.S.P. (2008). *A clínica psicanalítica na contemporaneidade*. Dissertação de mestrado. Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro

Campos, S. (2009) O DSM e o grão do sinthoma. Boletim eletrônico semanal - EBP-MG e IPSM-MG 12 a 18 de outubro 2009. Recuperado em 18 de setembro de 2014, de: http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/horizontes/textos/sergiocampos.pdf

Canguilhem, G. (1995) *O normal e o patológico*. 4ªed. (M. T. R. C. Barrocas & L. O. F. B. Leite trads). Rio de Janeiro. Forense Universidade.

Canguilhem, G. (2005) *Escritos sobre a medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Canguilhem, G. (2012). *O conhecimento da vida*. (V. L. A. Ribeiro trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

Carrara, S. (1998) *Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: Eduerj/Edusp. Original publicado em 1987.

Castro, J. E. (2012) A ética da psicanálise e o DSM ou, respectivamente, psicopatologia ou antipsicopatologia? In. F. Kyrillos Neto & R. Calazans (orgs). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSM's*. (p. 173-182) Barbacena: EdUEMG.

Ceccarelli, P. (2005) O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 10(3), 471-477.

Checchinato, D. (1988) *Seminário: Angústia – Sintoma – Inibição*. São Paulo: Editora Papirus.

Clímaco, J.C.(2010) *Discursos jurídicos e pedagógicos sobre a diferença na educação especial*. Dissertação de mestrado. Facultad Latino-americana de ciências sociales. Argentina.

Coelho, M.T.A.D & Filho, N.A (1999) Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhem, PHYSIS: *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 9(1): 13-36. Recuperado em 20 de junho de 2013, de http://www.scielo.br/pdf/physis/v9n1/02.pdf.

Dantas, J. B. (2009) Tecnificação da vida: Uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. Factal: *Revista de Psicologia*, v.21 – n. 3, p. 563-580. Acessado em 12 de Maio de 2014 de: http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/202/365

Dor, J. (1991) *Estruturas e clínica psicanalítica*. Livrarias Taurus-Timbre Editores, Rio de Janeiro.

Dunker, C. I. L. &Kyrillos Neto, F. (2011) A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. *Vínculo*, 8, (2), 1-15. Recuperado em 14 de agosto de 2013, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180624902011000200002&lng=pt&nrm=i&tlng=pt

Dunker, C. I. L. (2012) Crítica da razão diagnóstica: psicanálise, psicopatologia, DSM. In. F. Kyrillos Neto & R. Calazans (orgs). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSM's*. (p. 33-74) Barbacena: EdUEMG.

Dutra, M. C. B. (2002) *As relações entre psicose e periculosidade: contribuições clínicas da concepção psicanalítica da passagem ao ato*. São Paulo: Annablume.

Fendrik, S. (2011) O DSM-IV: Uma metafísica comportamentalista? In. A. Jerusalinsky & S. Fendrik (orgs). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. (pp. 30-37). São Paulo: Via Lettera.

Ferrari, I.F. (2002) A psicanálise no mundo da ciência. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 8, n. 11, p. 82-91. Disponível em: http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20041214154248.pdf

Figueiredo, A. C. & Machado, O. M. R. (2000) O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. *Ágora*. V III. N.2 (jul/dez). Acessado em cinco de Maio de 2014 de: http://www.scielo.br/pdf/agora/v3n2/v3n2a04.pdf

Foucault, M. (1961). *A História da loucura na idade clássica* (5ª ed.). São Paulo: Perspectiva.

Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

Foucalt, M. (2001) *Os anormais: curso no collège de France.* (E. Brandão trad.) São Paulo: Martins Fontes.

Frances, A.M.D. (2010) Opening Pandora's Box: The 19 Worst Suggestions For DSM5. Recuperado em dezoito de Abril de 2012, de www.psychiatrictimes.com/dsm/content/article/10168/1522341?pageNumber=1.

Freud, S. (1911) *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1900). A Interpretação de Sonhos. Rio de Janeiro: Imago, 2001.

Freud, S (1915) "O Inconsciente", EBS Volume XIV, Ed. 1996. Freud, S. (1917) *Teoria geral das Neuroses*.

Freud, S. (1917) *Conferência XVI: psicanálise e psiquiatria*. (J. Salomão, Trad.). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago,1996. . (Originalmente publicado em 1969.)

Freud, S. (1933) *Conferência XXXI – A dissecção da personalidade psíquica* (J. Salomão, Trad.). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1892-1899). *Extratos dos documentos dirigidos a Fliess*. (J. Salomão, Trad.). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Originalmente publicado em 1950).

Freud, S. (1996). Sobre a Psicopatologia da vida cotidiana. In:*S. Freud*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. VII, pp. 13-107). Rio de Janeiro: Imago (trabalho original publicada em 1901).

Freud, S. (2010) - O mal-estar na civilização. In:*O mal estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos*. Obras Completas (P.C. Souza trad., vol. 18, p.13-125) São Paulo: Companhia das letras (trabalho original publicado em 1930)

Freud, S. (2010) Princípios Básicos da Psicanalise. O caso Schreber e outros textos. In:*Obras completas* (P.C. Souza trad., vol. 10, p.268-276) São Paulo: Companhia das letras (trabalho original publicado em 1913)

Gabbay, R.; & Vilhena, J. (2010) O sujeito da loucura. Lat. Am. Journal of Fund. *Psychopath.Online*, v. 7, n. 2, p. 40-53. Acessado em vinte e nove de Março de 2014 de: http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v7_n2/o_sujeito_da_loucura.pdf

García, G. (2011) O DSM-IV: A psicanálise e as terapias milagrosas. In. A. Jerusalinsky& S. Fendrik (orgs). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*.(p. 45-52). São Paulo: Via Lettera

Garcia-Roza, L. A., (2009) 24ª ed. *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Gaudenzi, P. & Schramm, F.R. (2010) The paradigmatic transition of healthcare as a citizen'sduty: a look at bioethics in public health. *Interface - Comunic*., Saúde, Educ.,14 (33),243-55.

Goldenberg, M. (2012) DSM-5 e o universo psi: diagnósticos à medida do mercado? *Revista EnieClarin*. Recuperado em 15 de Abril de 2013, de http://www.revistaenie.clarin.com/ideas/dsm-dsm5-psicologia-mercado-poder-diagnostico-psiquiatrico_0_664133801.html.

Griesinger, W. (2007) Tratado sobre patologia e terapêutica das doenças mentais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia* Fundamental. Recuperado em 25 de Novembro de 2013, de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233018492011.

Hancking, I. (2006) Making Up People. *London Review of books*. Vol. 28 N. 16. Recuperado em 15 de setembro de 2014, de http://www.lrb.co.uk/v28/n16/ian-hacking/making-up-people.

Hansen, J.H (2004) *Como entender a saúde na comunicação?* São Paulo: Paulus.

Hauck Filho, N.; Teixeira, M. A. P. & Dias, A. C. G. (2009) Psicopatia: o construto e sua avaliação. *Aval. psicol. [online]*. vol.8, n.3, pp. 337-346. Recuperado em 17 de Fevereiro de 2014 de, http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n3/v8n3a06.pdf .

Illich, I. (1975) *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Izaguirre, G. (2011) Elogio ao DSM-IV In. A. Jerusalinsky& S. Fendrik (orgs). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*.(pp. 13-22). São Paulo: Via Lettera.

Jorge, M. A. C., (1952) - *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, vol.2: a clínica da fantasia* / MarcoAntonio Coutinho Jorge. – Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

Kehl, M.R. (2002) *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.

Kuhn, T. (1970) *The Structure of Scientific Revolutions*.2 ed., Enlarged. Chicago and London: University of Chicago Press.

Kupfer, D. J. (2002) *A research agenda for dsm-5*. N.W., Washington, DC. American Psychiatric Association.

Kyrillos Neto, F ; Calazans, R.(2013) Culpa e Responsabilidade: notas psicanalíticas sobre um caso de corrupção. In: Ângela Buciano do Rosário ; Jacqueline de Oliveira Moreira. (Org.). *Culpa e Laço Social: Possibilidades e Limites*. 1ed.Barbacena: EdUEMG, v. 1, p. 161-174.

Laeder, D. (2013) *O que é Loucura? Delírio e sanidade na vida cotidiana*. (V. Ribeiro trad.). Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1975-76). *O Seminário, livro 23: o sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007

Lantéria-Laura, G. (2000) *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatria moderna*. Editorial Triacastela, Madrid.

Laplanche, J. &Pontalis, J.-B. (1967) *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

Lara, L.M. (2009) *Sobre o Complexo de Castração na Teoria Freudiana e (a posteriori) a feminilidade em Freud: um elemento para repensar a elaboração da castração*. Recuperado em 11 de junho de 2014 de http://www.sig.org.br/_files/uploads/image/sobreocomplexodecastraonateoriafreudianaeaposterioriafeminilidadeemfreudumelementopararepensaraelaboraodacastrao.pdf.

Lauret. E. (2013) O fim de uma época. *Boletim da escola brasileira de psicanálise*. Recuperado em 8 de Outubro de 2013, de http://www.ebp.org.br/dr/ebp_deb/ebP_deb001/laurent.html.

Leite, M.P.S. (2000) Diagnóstico, psicopatologia e psicanálise de orientação Lacaniana. *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental*. IV,2,29-40. Recuperado em 14 de maio de 2014 de,

http://en.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume04/n2/diagnostico_psicopatologia_e_psicanalise_de_orientacao_lacaniana.pdf.

Lima, J.M (2009) A dimensão ética da diferença sexual. *Revista eletrônica do núcleo sephora*. Acessado em 11 de Junho de 2014 de http://www.isepol.com/asephallus/numero_08/artigo_04_port.html

Maia, A. B.; Medeiros, C. P. & Fonte. F. (2012) O conceito de sintoma na psicanálise; uma introdução. *Estilos da Clínica*, 17(1), 44-61. http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/46133/49758

Marinho, A. & Façanha, L. O. F. (2001) *Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação*. Rio de Janeiro: IPEA.

Martinez, J. R. B. (2006) *Metapsicopatologia da psiquiatria: uma reflexão sobre o dualismo epistemológico da psiquiatria clínica entre a organogênese e a psicogênese dos transtornos mentais* / Tese (Doutorado): São Carlos : UFSCar.

Matos, E., Matos, T., & Matos, G. (2005) A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. In: *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 27(3):312-318

Maurano, D. (2006) *A transferência: Uma viagem rumo ao continente negra*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Maurano, D. (2010) *Para que serva a psicanalise? Rio de Janeiro*: Jorge Zahar.

Miller, J.A. (1988). Saúde mental e ordem pública. In: *Conferência de Encerramento da II Jornada do Campo Freudiano* em Andaluzia, Sevilha, Espanha.

Miller, J.A. (2005) A era do homem sem qualidade. In: *Opção lacaniana online*. Março de 2005.

Nacional Institute of Mental Health [NIMH] (2013) Nacional Institute of Mental Health official site. Recuperado em 10 de Maio de 2013, de http://www.nimh.nih.gov/index.shtml.

Nacional Instituteof Mental Health [NIMH] (2013) *Doenças mentais como distúrbios cerebrais*. Washington, DC. T. Insel. Recuperado em 10 de Maio de 2013 de, http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml

Neuter, P. (1994) *Dicionário de psicanálise: Freud & Lacan*, 1. Salvador: Álgama.

Oliveira, H. M. & Neves, T. I. (2012) O fenômeno e a estrutura: Do diagnóstico desorientado ao diagnostico orientado pela psicanálise. Cad. Psicanál.- CPRJ, Rio de Janeiro, v. 34, n. 26, p. 125-143.

Oliveira, J. A. (1996) De doenças a Estruturas, ou, da Medicina a uma Antropologia: a Constituição e Desconstituição da Nosologia Psiquiátrica entre Pinel e Lacan. (Uma contribuição psicanalítica à fundamentação teórica da "reforma psiquiátrica". PHYSIS. *Revista Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 6(1/12): 53-78.

Oliveira, F.L.G. (2011) Do inconsciente freudiano à hegemonia do significante em Lacan: Umas articulação entre sintoma, desejo e estrutura. *aSEPHallus*, VI, 12. Rio de Janeiro. Recuperado em 20 de Maio de 2014 de: http://www.isepol.com/asephallus/numero_12/artigo_08.html.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1946) *Carta da Organização Mundial de Saúde*. Recuperado em 24 de Julho de 2012, de http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1978) *Declaração de Alma-Ata*. Recuperado em 29 de Agosto de 2013, de http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2001) *Relatório sobre a saúde no mundo*. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. Recuperado em 5 de Agosto de 2013, de http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf.

Pachecho, M. V. P. C. (2003) Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. *Rev. Latinoam. Psicop. Fund*. VI, 2, 152-157. Recuperado em http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume06/n2/esquirol_e_o_surgimento_da_psiquiatria_contemporanea.pdf

Pastel, J. (2006) *Dictionnaire de lar Psychiatrie.* Paris: Lahousse.

Pereira, M. E. C (1996). Questões Preliminares Para Um Debate Entre Psicanálise e Psiquiatria no Campo da Psicopatologia. Pesquisa em Psicanálise - *Coletâneas da ANPEPP* (Associação Nacional Pesquisa e Pós- Graduação em Psicologia), v. 1, p. 43-53.

Pereira, M. E. C. (1999) O DSM-IV e o Objeto da Psicopatologia: Um Estudo Crítico. In: Pereira (Org.) *Psicanálise e Universidade/Temas Conexos*. Belo Horizonte: Passos.

Pereira, M.E.C, (2001) Kraepelin e a criação do conceito de "Demência precoce". *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. IV, 4, 126-129.

Pereira, M. E. C. (2007) Griesinger e as bases da "Primeira psiquiatria biológica". *Rev. latinoamericana psicopatologia fundamental [online]*, vol.10, n.4, pp. 685-691. Recuperado em 18 de Fevereiro de 2014 de, http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v10n4/a10v10n4.pdf.

Pessotti, I. (1999) *Os nomes da loucura*. São Paulo: Editora 34.

Pessotti, I. (2007) Demência, dementiapreacox, esquizofrenia. *Rev. O que nos faz pensar*. N.22. Recuperado em 6 de Março de 2014 de, http://www.oquenosfazpensar.com/adm/uploads/artigo/demencia,_dementia_praecox,_esquizofrenia/22_Demencia.pdf

Quinet, A. (2001) *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambicios.

Roudinesco, E., &Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar

Roudinesco, E. (2000) *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: JZE.

Russo, J.; Venâncio, A. T. A. (2006) Classificando as pessoas e suas perturbações: a revolução terminológica do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 460-483, set. 2006.

Santana, V.L.V. (2011) Por que a psicanálise hoje? *Revista Online: Opção Lacaniana*. 2(6). Recuperado em 9 de Dezembro de 2013, de http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_6/Por_que_a_psicanalise_hoje.pdf.

Scliar, Moacyr; (2007) História do conceito de Saúde. PHYSIS: *Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1), 29-41.

Silva, L. B. C. (2001) *Doença mental, psicose, loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um hospital-dia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Siqueira, L.A.P.(2009) *O (in)dívíduo compulsivo: uma genealogia da fronteira entre a disciplina e o controle*. Dissertação de Mestrado. São Paulo

Souza, S.P.S. & Lima, R.A.G (2007) Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. *Revista Latino-americana Enfermagem*. 15(1). Recuperado em 20 de Agosto de 2013, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a23.pdf.

Stagnaro, J. C. (2007) Perspectiva crítica de lasnosografías psiquiátricas contemporâneas. In: Laurent, Éric (Org.). *Psiquiatria e Psicoanálisis*. Buenos Aires: Grama.

Szasz, T. S. (2002) The Myth of Mental Illness. *American Psychologist*, 15, 113-118 Recuperado em 28 de Abril de 2014 de http://psychclassics.yorku.ca/Szasz/myth.htm

Wang, Y-P (2011) O futuro do diagnóstico psiquiátrico no século XXI: a proposta de revisão do DSM, *ComCiência* n.126. Campinas