



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Programa de Pós-Graduação em Psicanálise
Dissertação de Mestrado

Rafael Ribeiro Mansur Barbosa

Psiquiatria e psicanálise: para além de convergências e divergências

Rio de Janeiro

2013

Rafael Ribeiro Mansur Barbosa

Psiquiatria e psicanálise: para além de convergências e divergências

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Clínica em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Ademir Pacelli Ferreira

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

Aos pacientes...

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais pela formação que me deram. Agradeço a Raquel, minha esposa, por seu apoio e por ter aberto mão de minha atenção em tantos fins de semana e feriados para que este projeto pudesse ser concluído. Agradeço a Ademir Pacelli por ter acolhido este projeto e orientado com dedicação e paciência. Agradeço a Vera Pollo por sua presença na banca e suas valiosas contribuições. Agradeço a Marco Antonio Coutinho Jorge pelos seus ensinamentos tanto em sala de aula como fora, sua acolhida e sua presença na banca. Agradeço ao professor Ricardo Rocha Bastos por ter me acolhido em seus projetos que fizeram toda a diferença em minha formação médica. Agradeço ao professor Renato Diniz Silveira pelo incentivo e apoio para que este projeto se iniciasse.

“Chamarei de ‘grotesco’ o fato, para um discurso ou para um indivíduo, de deter por estatuto efeitos de poder de que sua qualidade intrínseca deveria privá-los.”

(Michel Foucault, Os Anormais, Martins Fontes, 2001 p.15)

RESUMO

Nesta dissertação pretende-se investigar qual papel exerce hoje a psicanálise na prática psiquiátrica. A abordagem da psiquiatria e da psicanálise se dá em três campos distintos. Primeiramente é retomada no campo da história, com especial atenção para relação de Freud com os médicos suíços, Jung e Bleuler, no início do século XX, e a publicação do DSM-III na década de 1980. A ênfase é colocada nestes dois extremos, pois o que se observa neles, é o contato inicial da psiquiatria com a psicanálise num primeiro momento e uma mudança de paradigma na racionalidade do diagnóstico psiquiátrico que é da ordem de um corte epistemológico a partir do qual a psicanálise é rejeitada. Entre esses dois extremos o que se observa é uma influência maciça da psicanálise dentro da psiquiatria. Partimos então para o campo do discurso, no qual a presença do pensamento de Michel Foucault e a teoria dos quatro discursos de Jacques Lacan irão contribuir para uma leitura da medicina/psiquiatria e da psicanálise enquanto discurso, bem como das possibilidades de inserção do sujeito em cada uma dessas formas de discurso. Por fim, fazemos uma abordagem no campo da ética, na qual propomos a ética e a teoria da psicanálise como um possível regulador para uma psiquiatria que se aliena diante do Outro da ciência e do capital. Essa proposta é colocada após estudarmos como se deu o processo em que o corpo e a saúde entraram no campo da economia de mercado. Trazemos para discussão uma série de vinhetas de casos clínicos que servem para ilustrar nossas colocações acerca do papel da ética e da teoria psicanalítica dentro da prática médica e psiquiátrica.

ABSTRACT

This dissertation aims to investigate what role plays today psychoanalysis in psychiatric practice. The approach of psychiatry and psychoanalysis occurs in three distinct fields. First is taken in the field of history, with special attention to Freud's relationship with the Swiss doctors, Jung and Bleuler, in the early twentieth century, and the publication of DSM-III in 1980.. Emphasis is placed on these two extremes because they represents the initial contact of psychiatry and psychoanalysis at first and a paradigm shift in the rationality of psychiatric diagnosis that is akin to an epistemological break from which the psychoanalysis is rejected. Between these two extremes what is observed is a massive influence of psychoanalysis within psychiatry. We proceeded to the field of discourse, in which the presence of Michel Foucault and the theory of Jacques Lacan's four discourses will contribute to a reading of medicine / psychiatry and psychoanalysis as a discourse, as well as the possibilities of inclusion of the subject in each of these forms of speech. Finally, we make an approach to ethics, in which we propose ethics and theory of psychoanalysis as a possible regulator to psychiatry that alienates in the Other of science and capital. This proposal is placed after studying how was the process in which the body and health entered the field of market economy. We bring to the table a series of vignettes of clinical cases that serve to illustrate our statements about the role of psychoanalytic ethics and theory within the medical and psychiatric practice.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
<u>CAPÍTULO 1 – PSQUIATRIA E PSICANÁLISE: UMA HISTÓRIA DE ENCONTROS E DESENCONTROS PARA ALÉM DO CAMPO TEÓRICO.</u>	
1.1 – FREUD E OS MÉDICOS SUÍÇOS: JUNG E BLEULER – A PSICANÁLISE E A PSQUIATRIA NO INÍCIO DO SÉCULO XX.....	20
1.2 – PSICANÁLISE E PSQUIATRIA E O BINÔMIO NEUROSE/PSICOSE	29
1.3 – O INTERESSE DE FREUD PELA MEDICINA E PELA PSQUIATRIA	34
1.4 – AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE À PSQUIATRIA	37
1.5 – O DSM-III – A PSQUIATRIA E A PSICANÁLISE NO FINAL DO SÉCULO XX	40
1.6 – PSQUIATRIA E PSICANÁLISE PARA ALÉM DA POLÍTICA	48
<u>CAPÍTULO 2 – A PSQUIATRIA E A PSICANÁLISE DENTRO DO CAMPO DA MEDICINA.....</u>	
2.1 – PSICANÁLISE, MEDICINA E PSQUIATRIA EM MICHEL FOUCAULT	51
2.2 – A MEDICINA ENQUANTO UM DISCURSO.....	56
2.3 – SOBRE O NASCIMENTO DA CLÍNICA.....	60
2.4 – A PSICANÁLISE, A PSQUIATRIA E A CIÊNCIA.....	65
2.5 – A PSICANÁLISE E OS MOVIMENTOS ANTIPSIQUIÁTRICOS	71
2.6 – O MÉDICO/PSQUIATRA E A MEDICINA/PSQUIATRIA CIENTÍFICA	80
<u>CAPÍTULO 3 – PSQUIATRIA E PSICANÁLISE: UMA CONTRIBUIÇÃO NO CAMPO DA ÉTICA</u>	
3.1 – A MEDICINA NO SERVIÇO DOS BENS – A SAÚDE ENQUANTO OBJETO DE CONSUMO	84
3.2 – MEDICINA, MÉDICOS E A PSICANÁLISE	87
3.3 – AS RELAÇÕES ENTRE O CAPITAL E A MEDICINA.....	90
3.4 – A INTRODUÇÃO DO <i>NOME-DO-PAI</i> NO DISCURSO PSQUIÁTRICO	94
3.5 – SOBRE A ÉTICA DA PSICANÁLISE.	98
3.6 – POR UMA CLÍNICA INFLUENCIADA PELO DISCURSO E PELA ÉTICA DA PSICANÁLISE..	104
<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	113
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	118

INTRODUÇÃO

Este projeto surgiu a partir da experiência como residente de psiquiatria no Instituto Raul Soares/FHEMIG¹, instituição com grande tradição no ensino da psicanálise e no movimento da Reforma Psiquiátrica Mineira. Durante o programa de residência, tivemos a oportunidade de conhecer o funcionamento dos vários serviços que compõem a rede substitutiva de saúde mental do município de Belo Horizonte. Terminada a residência partimos para a prática como psiquiatra em CAPS, ambulatório público e consultório privado no município de Ponte Nova, cidade que é pólo micro-regional em saúde mental, atendendo a uma população por volta de 200.000 mil habitantes divididos em torno de vinte e dois municípios do interior do estado de Minas Gerais.

A experiência diária do exercício da psiquiatria nos impõe incessantemente questionamentos sobre o funcionamento do discurso psiquiátrico nos seus mais diversos espaços de emergência. Nosso interesse pela psicanálise numa época em que há uma tendência cada vez maior de ruptura entre esses dois campos, nos coloca diante de uma inquietação que motiva a pesquisa sobre o papel que poderia ter hoje a psicanálise para a prática da psiquiatria.

A psiquiatria surge na virada do século XVIII para o XIX como a primeira especialidade da medicina, em uma época em que o campo da prática médica era um todo que se dividia apenas entre cirurgia/obstetrícia, de um lado, e a medicina propriamente dita, de outro (Serpa Jr., 1993). A constituição da psiquiatria como disciplina se dá a partir do surgimento de uma psicopatologia nascida da relação da clínica praticada nos hospícios com a psicologia clássica. Mais tarde, a psicanálise, que tem sua origem na clínica psicoterápica médica, passa a contribuir de forma contínua para as várias dimensões do campo psiquiátrico – nosologia, diagnóstico e terapêutica – ao oferecer uma teoria consistente sobre o funcionamento psíquico e sobre a constituição subjetiva, na qual “o sujeito enfrenta a cisão operada desde a sua fundação pelo inconsciente” (Ferreira, 2011 p.58).

Se até as duas primeiras versões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSMs I e II), publicadas respectivamente nos anos de 1952 e 1968, a racionalidade nosológica da psiquiatria ainda era amplamente fundamentada

¹ Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

pela psicanálise; é a partir do DSM-III, publicado em 1980, que ocorre uma importante mudança de paradigma, na qual Russo e Venâncio (2006) identificam três níveis de ruptura com o sistema classificatório predominante até então. No nível da estrutura conceitual, rompe-se com o ecletismo das classificações anteriores que orientavam a clínica psiquiátrica para impor uma lógica classificatória única; no nível da hegemonia dos campos de saberes concorrentes, rompe-se com a abordagem psicanalítica que predominava na psiquiatria norte-americana até então; no nível das representações sociais relativas ao indivíduo moderno, forja-se não apenas novas concepções sobre o normal e o patológico, como também participa-se do engendramento de grupos identitários.

A racionalidade do DSM passa a ser gerida por uma lógica operativa e dita atórica, na qual se abre mão da psicopatologia e da psicanálise, o que traz como consequência inevitável que a psiquiatria abra mão também da subjetividade e do psiquismo, permitindo-a retomar um sonho antigo de ser uma disciplina do cérebro, que ganharia hoje expressão no discurso dos neurotransmissores e da neuroquímica. Se, para o sofrimento humano é um grande auxílio poder contar com fármacos capazes de aliviar as dores existenciais, reduzir a compreensão das doenças mentais ou do sofrimento humano a este nível de racionalidade significa, na linguagem de Ferreira (2011), reduzir a psiquiatria a uma “neuriatria”, abrindo mão de uma *práxis* e de um importante desenvolvimento do saber psiquiátrico.

Nossa principal preocupação no desenvolvimento deste tema, e ao mesmo tempo, nosso maior desafio, é evitar o sectarismo. Isto porque, sabemos pela experiência vivida com a atuação no campo de saúde mental que aí jaz um solo fértil para a proliferação de debates apaixonados, que em pouco ou nada contribuem para uma boa prática clínica. É preciso, portanto, evitar a oscilação incessante entre o sagrado e o profano, na qual, quando o corpo é sagrado, o cérebro é excluído e quando o cérebro é sagrado, a alma é excluída. Podemos metaforizar com este mesmo movimento pendular várias dicotomias que são correlatas e que nos impomos o desafio de evitar: se a medicina é direita, a psiquiatria é sinistra; se a psiquiatria é direita, a psicoterapia/psicanálise é sinistra; se a psicoterapia/psiquiatria é direita, a biologia é sinistra (Scheinkman, 1993).

Procuramos abordar o tema psicanálise e psiquiatria de modo a fazer justiça a ambos. A idéia de “fazer justiça” aqui é inspirada em Derrida (1992/2001), que dá a essa expressão o sentido de corrigir um impulso ou inverter o sentido de uma

inclinação, aconselhando também a *resistir a uma tentação*. Se o que motivou os escritos de Derrida na ocasião foi defender Freud por tê-lo percebido como vítima de alguma injustiça na história da loucura contada por Foucault, em nosso caso, parece que o esforço maior é o de fazer justiça à psiquiatria e as neurociências, tendo em vista o apreço que temos pela psicanálise, na qual esperamos poder encontrar um possível “porto seguro” para uma psiquiatria, que incorre no sério risco de naufragar no mar do reducionismo. Para tanto, é preciso também encontrar o ponto em que a psicanálise incorre no risco de se perder em um discurso totalitário que nada difere da crítica que ela própria frequentemente faz à psiquiatria.

O campo da saúde mental, que é onde se encontra tanto a psiquiatria quanto a psicanálise, se constitui de um complicado intrincamento no qual várias instâncias se implicam em uma série de processos dinâmicos. Incluem-se aí: leigos, profissionais das mais diversas áreas da saúde (médicos gerais, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais etc), gestores de saúde, operadoras de planos de saúde, companhias de seguro, administrações governamentais, órgãos previdenciários, escolas, laboratórios farmacêuticos, tecnologias, profissionais do direito (juízes, advogados e promotores) além de outros instrumentos diversos.

É em meio a este complexo cruzamento de discursos e saberes que questionamos a psiquiatria e a psicanálise e levantamos nossa questão principal. Elucidar qual o papel que a psicanálise pode desempenhar no nosso desafio cotidiano de praticar uma psiquiatria que possa lançar mão do que lhe é proporcionada pelos avanços nas neurociências, representados na potência da intervenção clínica dos psicofármacos, sem, no entanto, descambar para um reducionismo que abra mão da subjetividade e de toda a psicopatologia em favor de uma concepção estritamente biológica do sofrimento psíquico. Responder a esse questionamento implica em criar maneiras de trabalhar com os psicofármacos sem abrir mão da escuta, do olhar e de intervenções que permitam às pessoas irem além da representação de sua subjetividade como efeito exclusivo de determinantes biológicos.

A intensa aparição nos meios de comunicação de temas como “depressão”, “ansiedade”, “transtorno bipolar”, “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade”, dentre outros, faz com que as pessoas mudem o modo de perceberem a si mesmas e experimentarem suas vidas. Cada vez mais o vocabulário neurocientífico é usado no cotidiano popular para traduzir sentimentos, motivações, desejos, angústias, aflições, caráter, pensamentos, etc. Do mesmo modo, cada vez mais as pessoas recorrem ao

discurso médico para tratar de seu mal-estar. Eis o resultado da veiculação de um discurso que produz subjetividades “medicalizadas”.

De fato, os psicofármacos foram um grande avanço na clínica psiquiátrica, tanto que a invenção da clorpromazina na década de 1950 é reconhecida por muitos como a “terceira revolução psiquiátrica”. Quanto à frequente acusação de que os psicofármacos funcionam na verdade como uma camisa-de-força química, nunca é demais lembrar Henri Laborit, médico francês que participou da descoberta da clorpromazina, conforme este é citado por Roudinesco (2000, p.23):

“Por que ficamos contentes por dispor de psicotrópicos? Porque a sociedade em que vivemos é insuportável. As pessoas não conseguem mais dormir, ficam angustiadas e necessitam ser tranqüilizadas, mais nas megalópoles do que noutros lugares. Às vezes me censuram por haver inventado a camisa-de-força química. Mas sem dúvida, esqueceram-se da época em que, quando plantonista na marinha, eu entrava no pavilhão dos agitados com um revólver e dois enfermeiros parrudos porque os doentes morriam dentro das camisas-de-força, transpirando e berrando (...). A humanidade, ao longo de sua evolução, foi obrigada a passar pelas drogas. Sem os psicotrópicos, talvez tivesse havido uma revolução na consciência humana, dizendo: ‘Não podemos mais suportar isso!’ Mas foi possível continuar a suportá-lo graças aos psicotrópicos. Num futuro distante, a farmacologia talvez tenha menos interesse, a não ser, provavelmente, na traumatologia, e é até concebível que desapareça” (Roudinesco, 2000 p.23).

Defendemos a hipótese de que o grande problema do psicofármaco é o discurso que o engendra e o potencial reducionista que esse discurso carrega ao conceber a subjetividade como resultado exclusivo de reações químicas dentro do tecido cerebral. Chamamos a atenção para o fato de que o uso ou não de psicofármacos é de importância apenas secundária, diante dos possíveis efeitos da "violência discursiva" que, para justificar que o *pathos*² seja medicado; o nomeia, o classifica e o cataloga. Fazer uso de "entorpecentes" com o objetivo de suportar a *dor de existir* faz parte das ações humanas desde muito antes da descoberta do primeiro psicofármaco. O que parece ser mais próprio de nossos tempos é esta operação discursiva através da qual a medicina toma para si, em um sentido mais estritamente biológico, as "dores da existência".

Se é na psicanálise que buscamos encontrar as bases que fundamentam um modo especial de clinicar em psiquiatria, é justamente por entendermos que o grande desafio

² Embora o termo *pathos* tenha tomado o sentido atual de doença, mal-estar, na sua origem ele se refere principalmente a uma disposição afetiva fundamental. A palavra grega *pathos* significa paixão, passividade, sofrimento, assujeitamento, de modo que *pathos* pode ser pensado como algo inerente ao ser humano e por isso mesmo o estudo de tudo o que diz respeito a esse termo vai muito além de qualquer reducionismo a uma forma de adoecimento a ser encerrado pela medicina ou pela a psiquiatria (MARTINS, 1999).

hoje, da clínica psiquiátrica, é o desafio de uma ética. Cada vez mais se procura ajuda de psicofármacos e, portanto, da psiquiatria, para suportar perturbações psicológicas que surgem em meio a enfrentamentos conjugais, brigas de família, de vizinhança, pressão por produção no trabalho, derrocada financeira, perdas de entes queridos etc.

Ao psiquiatra, então, é delegada a difícil tarefa de traçar a linha divisória entre uma reação “normal” diante de um evento vital adverso e um transtorno mental como a depressão, que se espera que seja tratada com medicamentos. Em última instância, o que o psiquiatra acaba por ter de responder são coisas do tipo: “Até quanto é normal sofrer pela morte (prematura) de um filho?”, “Que tipo de reação a uma traição conjugal extrapola o repertório de reações que seriam aceitáveis e nos obriga a considerar que se trata de um episódio dentro do curso de um transtorno afetivo bipolar?” ou ainda, nos casos de comportamento suicida, “O que pode fazer ou não que a vida vale a pena ser vivida?”. É nesse tipo de impasse que chegamos, quando nos é dada a missão de distinguir entre o “sofrimento psíquico relacionado às dificuldades existenciais” e o sofrimento mental gerado pelas patologias psiquiátricas.

Diante da impossibilidade de responder a tais questionamentos, é necessário que o psiquiatra assuma uma posição ética frente às possibilidades de intervenção da psiquiatria na vida humana e ao papel da indústria farmacêutica na construção do saber médico. Tal posicionamento constitui uma importante questão política que se impõe aos psiquiatras nesse século, já que não pode ser aceitável produzirmos uma clínica dos sofrimentos humanos ligados inexoravelmente às turbulências da vida, propondo como resposta exclusiva e obrigatória o uso de psicofármacos.

Se hoje o diálogo entre psiquiatria e psicanálise parece cada vez mais escasso, nem sempre foi assim, sendo que durante muitas décadas a psicanálise foi o principal ancoramento teórico da psiquiatria. O que é possível perceber é que, ao longo da história desses dois saberes/práticas, eles se aproximam e se distanciam em circunstâncias nas quais estão envolvidas, como determinantes principais, muito menos divergências teóricas do que conjunturas políticas, sociais, culturais e pessoais. Dois momentos bastante ilustrativos desta história foram a relação de Freud com os médicos suíços, E. Bleuler e C. G. Jung, no início do séc. XX, e, mais tarde, a publicação, na década de 1980, da terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. A história das relações entre a psicanálise e a psiquiatria, com ênfase nestes dois períodos, é o que trabalhamos em nosso primeiro capítulo.

A investigação da complexa relação e atuação de saberes e práticas que instituíram a psiquiatria tal como ela funciona hoje, bem como os determinantes políticos, sociais, culturais e pessoais que permeiam as relações entre psiquiatria e psicanálise ao longo da história, nos dão maior clareza da noção de psiquiatria trazida por Berrios (*apud* Banzato, 2010), para quem esta é um híbrido conceitual, um conjunto de saberes e práticas, frouxamente conectados, que se referem às aflições humanas e que guardam em comum entre si o fato de trazerem em sua base uma noção – ainda que tácita ou implícita – sobre o que é, afinal, o homem.

Ainda que esta definição de Berrios nos pareça a que melhor se articula ao que é a psiquiatria na prática cotidiana, de um ponto de vista institucional e acadêmico, o que se observa a partir da segunda metade do século XX, é uma tentativa cada vez maior de enquadrar a psiquiatria dentro dos preceitos disciplinares da medicina dita “científica”. O *modus operandi* desta medicina, que nada mais é do que um funcionamento discursivo, é o que trabalhamos em nosso segundo capítulo. É investigado aí como a psiquiatria e a psicanálise se relacionam não apenas com o discurso médico, como também em relação à ciência.

Não é de se estranhar que seja Michel Foucault quem nos conduza no desenvolvimento de nosso segundo capítulo que termina com a abordagem dos movimentos antipsiquiátricos, cuja importância para o tema das relações entre psiquiatria e psicanálise não deve de forma alguma ser desprezado. Historicamente, estes movimentos fazem parte de um rol de questionamentos mais amplos, que vão muito além do questionamento à psiquiatria e que ficou conhecido como contracultura. É neste mesmo cenário, que Lacan elaborou sua teoria dos quatro discursos que compõem o laço social.

No final da década de sessenta, época em que as coisas já se encaminhavam para o rumo que seria dado à psiquiatria a partir do DSM-III, Iago Galdston (1969) reuniu quatro trabalhos sobre o tema *Psicanálise na psiquiatria dos dias atuais*. Naquela ocasião, dez anos antes do DSM-III, o prestígio da psicanálise dentro da psiquiatria já vinha caindo significativamente (Marmor, 1969). Segundo o próprio Galdston (*op.cit*), a reunião e publicações destes textos era oportuna, dentre outras razões, por conta de ataques que a psicanálise vinha sofrendo com ênfase principalmente em uma suposta falta de cientificidade. Esta coletânea é o resultado de um simpósio sobre o tema ocorrido em maio de 1968 em Boston e é a publicação inicial do *The American College of Psychiatrists* (Colégio Americano de Psiquiatras), grupo fundado em 1963 e que

tinha como membros psiquiatras notáveis por suas contribuições para a psiquiatria e por sua liderança nacional no campo (Usdin, 1969). Na ocasião, a discussão girou em torno da *integração* ou *coexistência* da psiquiatria e da psicanálise, sendo que apenas um dos debatedores, Dr. Mann, defendia a coexistência, tendo como justificativa ser a psicanálise uma disciplina a parte da psiquiatria e que poderia apenas ser corrompida e degradada no caso de ser integrada à psiquiatria. Se Marmor (op.cit) pontua que a psicanálise trouxe tantas contribuições à psiquiatria que a incorporação de suas teorias deveriam avançar até o ponto em que a delimitação de fronteiras entre essas duas disciplinas praticamente não existam mais, Mann (op.cit) alerta sobre a grande diferença que há entre adaptar e integrar conceitos psicanalíticos à psiquiatria e adaptar e integrar a psicanálise à psiquiatria. Se a grande preocupação dos outros debatedores é o perigo que o isolamento da ortodoxia poderia ter para o futuro da psicanálise, o ponto levantado pelo defensor da coexistência não pode ser desprezado, por razões que ficam mais claras a partir da leitura que fazemos das relações entre psiquiatria e psicanálise a partir das noções de discurso, tanto na perspectiva foucaultiana, quanto a partir da teoria dos quatro discursos de Lacan.

O caminho percorrido nos dois primeiros capítulos nos levam a considerar que o lugar da psicanálise na psiquiatria é, antes de tudo, “o lugar da psicanálise na medicina”, que é o título, em português, do texto de uma conferência dada por Lacan (1966), que nos conduzirá em nosso terceiro capítulo. Neste capítulo, contextualizamos a relação da medicina com o capitalismo e discutimos, com o emprego de casos clínicos, como a ética e a teoria da psicanálise podem contribuir para o exercício da medicina neste contexto. Na referida conferência, Lacan (op.cit) aponta a psicanálise como passível de proporcionar ao médico a possibilidade de recuperar sua função original, que se perdeu no momento em que a medicina, tornada científica, entra no mercado.

A relação perversa entre a saúde e o mercado fica bem ilustrada na crônica de Contardo Calligaris (2001/2004), que tem o curioso título: *Bigode de madame salva africano morrendo de sono*. Ele nos conta que a doença do sono, causada por um parasita que é introduzido no corpo pela mosca tsé-tsé, ao atingir o cérebro leva o enfermo ao coma e posteriormente ao óbito. Na África Central, onde a mosca tsé-tsé prospera entre guerras, Aids, desnutrição e outras mazelas, cerca de 300 mil pessoas são contaminadas por ano. Estas pessoas e seus familiares não tinham outra coisa a fazer senão esperar a morte, até que, na década de 70, foi descoberta a substância eflornitina, capaz de curar até os pacientes já comatosos. A boa notícia para os africanos durou

pouco, apenas o tempo do laboratório descartar a possibilidade da substância ser usada para o tratamento de algum câncer ou qualquer outra condição que pudesse propiciar algum mercado rentável para seu produto, coisa que os africanos moribundos não eram. Sem possibilidade de ser lucrativa, a eflornitina deixou de ser produzida até que foi lançado um novo produto para a retirada de pêlos faciais, o Vaniqa, à base de eflornitina. Agora, graças a milhões de mulheres que garantirão o lucro do laboratório comprando mensalmente um tudo de creme nada barato, 300 mil africanos voltarão à vida.

Fica claro como o corpo e a saúde, ao entrarem na economia exigem cada vez mais do médico a tomada de um posicionamento ético, e é precisamente uma ética que a psicanálise tem a oferecer à medicina. Além da pesquisa em torno da ética da psicanálise, buscamos também investigar como conceitos e elementos da teoria psicanalítica podem ser aplicados na prática médica com um diferencial importante na condução dos casos.

Uma vez que nossa investigação amplia o lugar da psicanálise na psiquiatria para a medicina geral, procuramos trazer para ilustrar um modelo de uma prática guiada por uma ética na qual é possível identificar a emergência do discurso do psicanalista, casos clínicos do professor Ricardo Rocha Bastos. Estes casos, que estão hoje disponíveis na sessão *Método Clínico*, do site Medicina Atual (www.medicinaatual.com.br), são frutos de uma ferramenta didática, as “*Decisões Clínicas*”, introduzidas por este professor da Universidade Federal de Juiz de Fora em 1989 e que permanecem vivas até pelo menos a segunda década deste século (Bastos, 2002). Tal ferramenta se encontra dentro de um projeto mais amplo de educação médica que este professor vem desenvolvendo nesta universidade ao longo de mais de vinte anos.

Para exemplificar e ilustrar o como podemos testemunhar incidências do discurso do analista na prática da medicina geral, reporto a um episódio que vivi quando participava do projeto “*Anjos da Guarda*” (Bastos, 2005), um outro braço deste empreendimento educacional. No dia de apresentar meu primeiro caso clínico para o professor Ricardo Bastos, tendo passado a semana fazendo várias visitas à paciente e virado a noite estudando o diagnóstico diferencial da ascite e as causas de cirrose hepática, chego bem cedo ao hospital e o encontro sozinho, na porta, aguardando a chegada os alunos. Bastante ansioso, me dirijo para esclarecer uma última dúvida sobre a forma de apresentação do caso clínico. Logo na introdução de minha pergunta, “Professor, hoje vou apresentar um caso de hepatite...”, sou interpelado pelo

questionamento acerca do nome da paciente e imediatamente corrigido: “Então, você vai apresentar o caso da Dona Luzia, uma senhora de tantos anos, nascida em...”. Ao final de minha apresentação, ainda bastante apreensivo, o primeiro questionamento que recebi do professor Ricardo foi, “Rafael, você não gostou da dona Luzia?”. A intervenção feita pelo professor visava precisamente redirecionar o olhar clínico, que se desviava do doente para a doença, eclipsando assim a dimensão do sujeito.

Uma dificuldade encontrada na elaboração desta pesquisa foi termos encontrado muito pouco material na literatura sobre nosso tema propriamente dito, considerando o fato de que nosso objetivo específico é como a psicanálise pode contribuir para a experiência do médico em sua prática, seja ele psiquiatra ou não. A grande maioria dos textos que encontramos, apesar de sua grande qualidade, ou são contribuições de outros profissionais, psicólogos na maioria das vezes, ou, quando são de médicos, estes escrevem do lugar de psicanalistas. Neste sentido, fala-se de um lugar que é o da prática da psicanálise, em extensão que seja, mas que não é o mesmo lugar que é o médico ocupa em sua prática. Dá-se assim à medicina uma contribuição mais teórica do que prática.

Antes de mais nada, é preciso esclarecer que o lugar que investigamos coincide com o lugar de onde investigamos, e ele se situa justamente no campo de interseção entre a psiquiatria e a psicanálise. Este não é nem o lugar do médico psiquiatra, nem o lugar do psicanalista, mas o do médico que busca no discurso e no método da psicanálise, um referencial que permita sustentar uma ética em sua prática.

CAPÍTULO 1 – Psiquiatria e Psicanálise: uma história de encontros e desencontros para além do campo teórico.

Ao abordar o tema da psicanálise e da psiquiatria, Freud (1917[1916-17]/1976) afirma que quem se opõe à psicanálise são os psiquiatras e não a psiquiatria. Coloca que a psicanálise procura dar à psiquiatria a base psicológica de que esta carece, e acrescenta que a psicanálise está para a psiquiatria assim como a histologia está para a anatomia. Dez anos mais tarde, ao tratar da questão da análise leiga, Freud (1926/1976) adota uma posição diferente, na qual procura delimitar um pouco melhor as fronteiras entre a psiquiatria e a psicanálise, de modo a garantir um certo “território” para a prática psicanalítica, bem como assegurar que ela continue existindo de forma autônoma:

“É verdade que a psiquiatria deveria ocupar-se das perturbações das funções mentais; mas se sabe de que maneira e com quais finalidades ela o faz. Ela procura os determinantes somáticos das perturbações mentais e os trata como outras causas de doenças.

A psiquiatria tem razão de agir dessa forma e a educação médica é claramente excelente. Quando se diz que é unilateral, primeiro se deve explicitar o ponto de vista a partir do qual se está transformando essa característica numa censura. *Em si toda ciência é unilateral. Tem de ser assim visto que ela se restringe a assuntos, pontos de vista e métodos específicos.* É uma insensatez, na qual eu não tomaria parte, lançar uma ciência contra a outra. A física não diminui o valor da química; ela não pode ocupar seu lugar mas, por outro lado não pode ser substituída por ela. *A psicanálise é, por certo, bem particularmente unilateral, por ser a ciência do inconsciente mental.* Não devemos, portanto, contestar às ciências médicas, seu direito de serem unilaterais.” (Freud, 1926/1976 p.216-217 tradução nossa/grifos nossos)

Destacamos duas coisas destes posicionamentos de Freud. A primeira é que, em 1917, ao colocar a questão centrada não na psiquiatria e na psicanálise, mas nos psiquiatras, Freud joga para segundo plano as explicações racionais para as controvérsias existentes entre as duas práticas, ao mesmo tempo em que prioriza as pessoas aí envolvidas. De fato, o criador da psicanálise tendia a descartar as explicações intelectuais das discórdias, chegando a observar, a respeito do momento em que as diferenças de opinião tornam as relações amistosas inviáveis, que “não são as diferenças científicas que mais importam; geralmente é algum outro tipo de animosidade, inveja ou vingança, que dá impulso à inimizade. As diferenças científicas vêm depois” (Joseph Wortis, *Fragments of an Analysis with Freud* (1954), p. 163 apud Gay 2010 p.211).

A segunda é que em 1926 há uma forte atuação política de Freud. Neste trabalho dedicado à questão da análise leiga é possível perceber claramente o interesse do autor em garantir que a psicanálise continue existindo enquanto uma prática autônoma e capaz de trazer inúmeros benefícios para humanidade. Freud já havia percebido que isso

seria impossível e que sua ciência estaria fadada ao esquecimento ou a apenas um lugar marginal dentro da medicina, a não ser que se afastasse dela:

“Com efeito, de modo algum consideramos desejável que a psicanálise seja fagocitada pela medicina e termine por encontrar seu último lugar de repouso num manual de psiquiatria sob a epígrafe ‘Métodos de Tratamento’, juntamente com procedimentos tais como sugestão hipnótica, auto-sugestão e persuasão, que, nascidas da nossa ignorância, têm de agradecer a indolência e a covardia da humanidade por seus efeitos efêmeros. Merece melhor destino, e confiamos que o terá.” (Freud, 1926/1976 p.232 tradução nossa)

Ao retomar a história das relações entre a psiquiatria e a psicanálise, chamou-nos a atenção o fato de que, para além das convergências e divergências existentes entre essas duas práticas, havia motivações pessoais e políticas envolvidas em suas continuidades e rupturas. É importante notar que tanto a psiquiatria quanto a psicanálise surgiram como disciplinas no campo dos saberes no século XIX e tinham como objeto o adoecimento psíquico. Se por um lado se aproximavam, já que seus objetos coincidiam, por outro, tal proximidade trazia sempre o risco de extinção, caso uma fosse absorvida pela outra.

A atuação de Freud como cientista foi marcada não só pela sua imensa capacidade intelectual, mas também por sua coragem e incessante atuação política. De acordo com Alexander e Selesnick (1980), Freud tinha qualidades mais que as meramente intelectuais necessárias para percorrer o difícil caminho de um pioneiro científico. Ele resistiu sozinho à rejeição universal, o que exigiu dele enorme fortaleza moral e grande convicção de sua vocação histórica. Hans Sachs, um dos primeiros e mais fieis discípulos de Freud escreveu, a respeito da fortaleza moral de seu mestre:

“Em lugar de insinceridade, amabilidade superficial e desejo de encobrir fatos desagradáveis, ele insistia na verdade impiedosa, nos rigores da implacável investigação e na coragem de ‘perturbar o sono do mundo...’ Recusava-se absolutamente a aceitar qualquer declaração por força de uma autoridade superior. Não tinha paciência com aqueles com aqueles que faziam tal coisa por preguiça ou covardia intelectual ou porque desejasse resolver o caso com o mínimo de esforço.” (Sachs, 1944 p. 36, 146. apud Alexander e Selesnick, 1980 p. 247)

Ainda de acordo com Alexander e Selesnick (1980, p.255), “O que mais impressionava Freud em Charcot era sua coragem de contradizer a teoria psiquiátrica reconhecida”.

A atuação política de Freud foi decisiva para o futuro da psicanálise e, como veremos no decorrer desse capítulo teve importância decisiva nas relações que a psicanálise estabeleceu com outras ciências, sobretudo a psiquiatria. Como é bem

sabido, a psicanálise sempre foi alvo de inúmeras resistências, muitas delas devida à importância dada a sexualidade na vida psíquica. Nesse ponto está o motivo de vários seguidores terem abandonado a doutrina freudiana, tentando lançar luz sobre o psiquismo humano pela retirada do foco principal na sexualidade. O próprio Freud relutou bastante em aceitar a idéia de que a sexualidade era tão influente e penetrante, mas uma vez que as observações o levaram a essa conclusão recusou de forma corajosa e desafiadora a ignorar as implicações de sua descoberta (Alexander e Selesnick, 1980). Essa face política de Freud, com vias a defender e difundir cada vez mais a psicanálise encontra-se bem ilustrada em duas passagens que destacamos da obra de Gay (2010, p. 207 e 209): “A correspondência de Freud tornava-se, ano a ano, cada vez mais internacional e cada vez mais assemelhava-se à correspondência de um general planejando campanhas ou de um diplomata angariando aliados” e, “Freud em política era o verdadeiro político, mais tortuoso do que no resto de seu comportamento”.

O mesmo interesse que Freud e os psicanalistas tinham em defender o espaço de sua disciplina, também tinham os psiquiatras. De acordo com Gay (2010, p.188): “Teria sido irrealista, é claro, esperar alguma outra coisa; se Freud estivesse certo, importantes psiquiatras, na maioria velhos demais para mudarem de opinião, teriam de jogar fora os artigos e manuais que haviam escrito”.

Nesse capítulo, procuramos retomar as relações da psiquiatria com a psicanálise ao longo do último século focando nos determinantes sociopolíticos de cada época, bem como nas relações pessoais dos personagens envolvidos, para além das divergências teóricas existentes. Essas, por sua vez, quando existiam, tinham sempre um interesse político por trás, como é o caso das tentativas de Jung de diminuir a importância dada à sexualidade a fim de conseguir diminuir as resistências da comunidade científica. Para tanto, escolhemos dois marcos históricos que julgamos de importância principal. O primeiro é a relação de Freud com os psiquiatras suíços, Jung e Bleuler, no início do século XX. Já o segundo é a publicação nos Estados Unidos da terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em 1980, que representou uma grande mudança no paradigma da classificação dos transtornos mentais, que até então sofria grande influência da psicanálise.

1.1 – Freud e os médicos suíços: Jung e Bleuler – A Psicanálise e a Psiquiatria no início do Século XX

Ao final da primeira década do século XX, a influência de Freud sobre a psiquiatria ia além de seus adeptos, chegando a alcançar seus adversários, que não conseguiam se proteger da influência de suas opiniões. Nesta época, a Suíça contribuiu mais do que qualquer outro país para os desenvolvimentos psiquiátricos fora da psicanálise. Foi nesse país, sob a direção esclarecida de Eugene Bleuler no Hospital Psiquiátrico de Burghölzli que a doutrina de Freud encontrou seu primeiro acesso à psiquiatria (Alexander & Selesnick, 1980).

Os psiquiatras do hospital de Burghölzli, em Zurique, foram os primeiros, à exceção de um pequeno círculo vienense, a se iniciarem nos conceitos da psicanálise. Ali estavam, além de Bleuler, Jung e Abraham. Esses homens demonstraram a fecundidade dos conceitos psicanalíticos para a compreensão da sintomatologia dos dementes precoces (Maleval, 2009).

Eugene Bleuler nasceu em 1857, na pequena cidade suíça de Zollikon. Fez sua formação médica e iniciação psiquiátrica nesse mesmo país, tendo então se deslocado a Paris para prosseguir seus estudos com Charcot e Magnan, e em seguida a Munique, no instituto Von Gudden. De volta a Zurique, concluiu seu internato na Clínica Universitária de Burghölzli, na época sob a direção de Auguste Forel (Pereira, 2000).

Bleuler “fez parte daqueles alienistas que passam a vida encerrados com seus doentes” (Roudinesco, 1989 p.121). Em 1898 assumiu a cátedra de Psiquiatria na Universidade de Zurique e foi designado para suceder Forel no Burghölzli. Sob sua direção esse hospital alcançou reputação mundial, tendo lá trabalhado como seus assistentes, nomes como Eugene Minkowski e Ludwig Binswanger, além dos já citados (Pereira, 2000). Na época em que Bleuler assume essa instituição, a psiquiatria alemã era dominada pela nosologia oriunda dos trabalhos de Emil Kraepelin. Se este, por um lado, assim como Pinel, estava convencido de que a investigação psicológica do doente era indispensável à compreensão dos transtornos psiquiátricos, por outro, permaneceu ligado ao princípio de uma psiquiatria inteiramente medicalizada, na qual o louco era considerado um indivíduo perigoso que deveria ser aprisionado. Em relação a esse estado de coisas, a obra de Eugene Bleuler representou uma das primeiras tentativas de “desmedicalização” da psiquiatria. Ele esteve na origem de um movimento “político” que levou a uma importante reforma da abordagem das psicoses (Roudinesco,

1989). Na França esse movimento se desenvolveu através das teorias representadas pelo grupo da revista *Évolution Psychiatrique* e naquilo que chamamos psiquiatria dinâmica.

Bleuler teve um interesse transitório pela psicanálise que marcou profundamente sua obra. Em 1896 publicou uma resenha dos *Estudos Sobre Histeria* e oito anos mais tarde iniciou uma correspondência com Freud, que prosseguiu episodicamente até depois de 1925 (Maleval, 2009). Bleuler aplicou à demência precoce de Kraepelin as hipóteses freudianas, sendo que o que ele reteve dos primeiros trabalhos de Freud foi a importância da afetividade na regulação, na direção ou na perturbação da vida psíquica e do pensamento (Bercherie, 1980).

De comportamento “puritano”, apesar de atribuir bastante importância às relações entre auto-erotismo e o infantilismo, tinha repugnância pela palavra libido, a ponto de Jung propor a Freud reservar o termo “sexual” para as manifestações extremas da libido, e suprimi-lo nos outros casos, de modo a não esbarrar nas resistências de Bleuler e assim fazer com que seus ensinamentos psicanalíticos fossem admitidos de forma indireta. A própria noção de autismo, forjada por Bleuler, vem de um encobrimento da palavra auto-erotismo, como explica Jung em uma carta: “Para afastar o perigo do ‘pansexualismo’, bastara amputar o ‘éro(s)’ de ‘auto-erotismo’ chegando assim a ‘autismo’ ” (Roudinesco, 1989 p.127).

O termo autismo triunfaria na história da psiquiatria para designar o principal sintoma da esquizofrenia, qual seja, a polarização da vida mental do sujeito em seu mundo interno, numa perda de contato com a realidade. Surpreende, no entanto, que a aventura dessa contração semântica, com o intuito de excluir o sexual do domínio das psicoses, praticamente não seja mencionada nos manuais de psiquiatria. O saber psiquiátrico manteve o auto-erotismo ao lado do autismo, expelindo os vínculos históricos que uniam os dois termos, segundo Roudinesco (1989 p.127) “Batalha de palavras, guerra de conceitos: esplendida contenda, soberba hipocrisia!”.

Ainda que Bleuler mantivesse muitas reservas quanto a ênfase colocada por Freud na sexualidade ser realmente apropriada (Gay, 2010), Alexander e Selesnick (1980) nos trazem outros pontos que podem ter tido influência determinante no rompimento da relação entre estes dois homens e, conseqüentemente, no futuro das relações entre a psiquiatria e a psicanálise.

De acordo com Jones (1989a), Freud achava que a Sociedade Psicanalítica Internacional deveria ser organizada não como em uma democracia, mas como uma hierarquia. Freud identificava-se completamente com seu trabalho, o destino dele era o

seu, defendia a psicanálise e suas idéias, sendo muito pouco propenso a fazer concessões. De acordo com Gay (2010 p. 207) “Freud, em princípio, poderia até receber bem uma tal postura aberta, verdadeiramente científica, mas sentia-se engajado demais no trabalho para aceitá-la”. A rigidez de Freud foi responsável por parte significativa da controvérsia que envolveu o movimento psicanalítico, da qual a primeira vítima foi Eugene Bleuler (Alexander & Selesnick, 1980).

Bleuler tinha uma “desconfortável impressão de que Freud estava montando uma máquina política estritamente controlada” (Gay, 2010 p.207) e retirou-se da Associação Internacional de Psicanálise em 1910 por motivos relacionados a seu desprazer pela maneira autoritária com que essa entidade vinha sendo dirigida. Um trecho de uma carta de Bleuler a Freud, datada de 19 de outubro de 1910, nos dá uma indicação do motivo pelo qual esse rompimento era inevitável:

“Existe entre nós uma diferença que eu decidi mostrar-lhe, embora tema que isso torne emocionalmente mais difícil para você chegar a um acordo. Para você evidentemente se tornou o objetivo e interesse de toda a sua vida estabelecer firmemente sua teoria e assegurar a aceitação dela. Eu certamente não subestimo seu trabalho. Compara-se ao de Darwin, Copérnico e Semmelweis. Acredito também que para a psicologia suas descobertas são igualmente fundamentais, como as teorias daqueles homens o são para outros ramos da ciência, que se avaliem ou não os progressos na psicologia tão altamente como nas outras ciências. Esta última é uma questão de opinião subjetiva. Para mim, a teoria é apenas uma nova verdade entre outras verdades. Defendo-a (a psicanálise) porque a considero válida e porque creio ser capaz de julgá-la, uma vez que estou trabalhando em campo correlato. Mas para mim não é questão muito importante que a validade dessas opiniões seja reconhecida daqui a alguns anos ou mais tarde. Sou portanto, menos tentado que você a sacrificar toda a minha personalidade pelo progresso da causa (da psicanálise)” (Alexander & Selesnick 1965 p. 5 apud Alexander & Selesnick 1980 p. 283).

Menos de seis meses depois, na ocasião em que o Dr. Maier, um psiquiatra, fora convidado a retirar-se da Sociedade Psicanalítica por motivo de divergência de opinião, Bleuler teve a oportunidade de expor as questões que jaziam no fundo de seu desacordo com Freud e assim ele se pronunciou em uma carta datada de 11 de março de 1911:

“... ‘Quem não está conosco está contra nós’, o princípio de ‘tudo ou nada’ é necessário para seitas religiosas e para partidos políticos. Sou capaz de compreender tal orientação, mas para a ciência considero-a perniciosa. Não há verdade suprema. De um complexo de noções, uma pessoa aceita um detalhe, outra pessoa outro detalhe. As noções parciais, A e B, não determinam necessariamente uma à outra. Não acho que na ciência, se alguém aceita A, deva também necessariamente jurar por B. Não reconheço na ciência portas abertas, nem fechadas, mas nenhuma porta, absolutamente nenhuma barreira. Para mim, a posição de Maier é tão válida ou inválida quanto a de qualquer outro. Você diz que ele queria apenas as vantagens (de ser membro), mas não queria fazer sacrifício. Não posso compreender que espécie de sacrifício ele deveria ter feito, exceto sacrificar parte de suas opiniões. Você não exigiria isso de ninguém. Cada um deve aceitar opiniões até onde elas são suas próprias opiniões; se aceitar mais estará sendo indiscreto; você é naturalmente da mesma opinião.

Não acredito que a Associação seja beneficiada por tal intransigência. Isto não é uma ‘Weltanschauung...’” (Alexander & Selesnick 1965 p. 5 apud Alexander & Selesnick 1980 p. 284).

Freud tentou convencer Bleuler a reingressar à sociedade. Ele percebia a importância do fato de que através de Burghölzli a psicanálise talvez pudesse obter ingresso na comunidade acadêmica e por isso tentou manter o representante da psiquiatria acadêmica como elo de ligação. Bleuler, por sua vez, não estava emocionalmente envolvido no trabalho de Freud e imaginava o desenvolvimento da psicanálise nos termos acadêmicos de outras disciplinas científicas. Reconhecia a necessidade de uma associação, mas concebia-a não como transmissor de um “movimento”, cuja “verdade” precisava ser protegida e propagada, mas como um fórum para discussão e pesquisa (Alexander & Selenisck, 1980).

No que se refere ao movimento psicanalítico e ao papel desempenhado pela psicanálise na história da psiquiatria, é lamentável que esses dois homens de absoluta integridade não pudessem colaborar mutuamente. A defecção de Bleuler do movimento psicanalítico acabou por assinalar o isolamento da psicanálise em relação à psiquiatria acadêmica e anunciou o desenvolvimento de uma organização hierárquica cada vez mais centralizada que trará conseqüências no que tange ao ensino da psicanálise na formação psiquiátrica (Alexander & Selenisck, 1980).

Depois que Bleuler deixou a Associação, Freud mantinha a esperança de que Jung participasse com ele do movimento psicanalítico (Alexander & Selenisck, 1980).

Nascido em 1875, na aldeia suíça de Kesswil, Jung iniciou seus estudos em medicina na Universidade da Basileia em 1895, sendo que, no final de 1900 ele entrou para o sanatório de Burghölzli. Logo depois de sua chegada, Bleuler pediu a Forel, já familiarizado com a obra freudiana, que apresentasse à sua equipe *A Interpretação dos Sonhos*. O livro marcou Jung, que logo incorporou várias idéias de Freud a sua pesquisa, se nomeou partidário ardoroso de Freud, defendeu energicamente as inovações psicanalíticas em congressos e publicações médicas. Seu interesse pela psicanálise intensificou-se ao aplicar, com êxito, a teoria freudiana à esquizofrenia, e, em 1906, no prefácio de sua monografia *Sobre a psicologia da Demência Precoce*, fez várias menções honrosas a Freud (Gay, 2010). O livro de Jung *A Psicologia da Demência Precoce*, publicado em 1907, “fez história na psiquiatria” (Jones, 1989a p.45).

Ambos, Kraepelin e Bleuler admitiam uma causalidade orgânica como base da sintomatologia da demência precoce. O primeiro postulava que a lesão cerebral decorrente de uma autotoxina explicava o caráter irreversível da doença, enquanto o segundo acreditava em uma causa orgânica qualquer, fosse uma toxina, infecção ou “proliferação glial” como sendo o determinante patológico. Jung, por sua vez, admitia razão tanto a Kraepelin quanto a Bleuler, mas propôs a hipótese de que a toxina seria conseqüente a um “complexo de demência precoce”, e não a processos somáticos. Foi dessa forma que Jung, para além de integrar as teorias correntes na época, distinguiu-se por ser o primeiro a oferecer uma proposta de modelo psicossomático para a demência precoce na qual o cérebro se tornava o órgão atingido. Tal proposta trazia um impacto fundamental, já que, permitia que a demência precoce fosse compreendida dentro de uma estrutura psicanalítica (Alexander et al, 1981).

“O complexo, com seu poderoso afeto (Bleuler e Jung), produz uma toxina (a toxina de Kraepelin é somática; a de Jung é uma psicotoxina), que danifica o cérebro, paralisando o funcionamento psíquico, de tal modo que o complexo é liberado do inconsciente e resulta nos sintomas característicos da dementia praecox (o ‘retorno do reprimido’, de Freud)” (Alexander et al, 1981 p.82).

Em seu livro, Jung, falando com a autoridade de um respeitado psiquiatra suíço, chamou atenção, em escala mundial, para as teorias fundamentais de Freud e deplorou que Freud fosse “um investigador ainda muito pouco apreciado” (Alexander et al, 1981 p.82). O próprio Freud mostrou-se grato pelas atenções de Jung, e ainda, “a estonteante perspectiva de um respeitável propagandista no exterior, com acesso a pacientes interessantes e médicos interessados num famoso hospital de doenças mentais, pareceu a Freud quase que além das expectativas razoáveis” (Gay, 2010 p.193).

A amizade entre Freud e Jung começou bem, sendo que em abril de 1906 iniciaram uma correspondência que durou quase sete anos. Durante alguns anos foi uma troca amigável, até mesmo íntima, de pensamentos pessoais e reflexões científicas (Jones, 1989a). Em cartas a amigos íntimos judeus, Freud o elogiava constantemente por fazer um trabalho “esplendido, magnífico”, publicando, teorizando ou investindo contra os inimigos da psicanálise. Cada vez mais ele se convenciu de que Jung era o homem do futuro, a garantia de que a psicanálise sobrevivesse quando seu fundador abandonasse o palco (Gay, 2010).

Freud via em Jung três qualidades que ele considera fundamentais: não era vienense, nem idoso e, principalmente, não era judeu, podendo, dessa forma, funcionar

como uma fachada cristã respeitável, por trás da qual os psicanalistas judeus poderiam realizar sua obra revolucionária (Gay, 2010). Freud atribuía ao fato de ser judeu boa parte das resistências à sua teoria.

“Fique certo, se meu nome fosse Oberhuber, minhas idéias, apesar de tudo, teriam encontrado muito menos resistência” (Gay, 2010 p.198).

“Nossos camaradas arianos, afinal, são absolutamente indispensáveis para nós; de outro modo, a psicanálise cairia vítima do anti-semitismo” (Gay, 2010 p.198).

“Os judeus devem se contentar com o papel modesto de preparar o terreno. É absolutamente essencial que eu forme laços no mundo da ciência em geral” (Gay, 2010 p.210).

Em carta a Abraham, em 1908, Freud escrevera sobre Jung: “Eu quase diria que foi somente seu aparecimento que salvou a psicanálise do perigo de se tornar um assunto nacional judaico” (Gay, 2010 p. 197). Já em 1911, escreveu ele a Ludwig Binswanger: “Quando o reino que fundei estiver órfão, ninguém além de Jung deverá herdá-lo inteiramente. O senhor vê, minha *política* persegue invariavelmente este fim” (GAY, 2010 p.210, grifo nosso).

Durante a primeira década do século XX, Jung sem dúvida contribuiu imensamente para o movimento psicanalítico. Pouco depois de visitar Freud pela primeira vez, fundou a Sociedade de Freud em Zurique e, mais tarde, em 1908, organizou o Primeiro Congresso Psicanalítico Internacional, em Salzburg, onde foi fundado o primeiro periódico dedicado exclusivamente à psicanálise, *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologisch Forschungen*, tendo Bleuler e Freud como diretores e Jung como editor. Freud considerava a Suíça o centro da atividade científica internacional, ao passo que Viena, além de estar à margem dos grandes centros da cultura européia ocidental, era também alvo de fortes preconceitos. Dessa forma, ele era grato ao grupo de Zurique por seus esforços no sentido de obter reconhecimento da psicanálise. A Associação Psicanalítica Internacional foi fundada durante o Congresso de Nuremberg, em 1910, tendo Jung sido eleito o primeiro presidente desta entidade (Alexander et al, 1981).

Durante muitos anos Freud estava certo quanto a solidez de Jung e a importância de seu papel para o futuro da causa psicanalítica. Jung, por sua vez reafirmava isto, tal qual escrevera a Freud em 1907: “O senhor pode ficar certo que nunca abandonarei uma parcela sequer de sua teoria, essencial para mim – estou empenhado demais para tanto” (Gay, 2010 p.198). Não obstante, é curioso que Freud já em duas ocasiões distintas,

tivesse interpretado um sonho e uma atitude de Jung, como indicativos de um desejo inconsciente de destroná-lo para assim poder tomar seu lugar (Alexander et al, 1981).

Só a partir de 1909 que Jung começou a apresentar seus protestos de inquebrantável lealdade. Neste ano, Freud foi convidado por G. Stanley Hall, então reitor da Universidade Clark, nos Estados Unidos, para apresentar uma série de conferências, na ocasião de comemoração do vigésimo aniversário desta universidade. Nessa mesma oportunidade Freud receberia o título de *Doctor of Laws, honoris causa* (Gay, 2010), que foi considerado por ele como o primeiro reconhecimento oficial de seus esforços (Jones, 1989b). Quando Freud ficou sabendo que Jung também recebera o convite comentou: “Isso aumenta a importância de todo o evento” (Jones, 1989b p.67). De imediato, tomaram as providências para irem juntos.

Foi em um episódio ocorrido nessa viagem que Jung remontou as origens de sua ruptura com Freud. Os psicanalistas da primeira geração tinham o hábito de analisarem uns aos outros em situações cotidianas do dia a dia. Nesta ocasião, Jung relata que havia interpretado um dos sonhos de Freud da melhor forma que podia, sem entrar em maiores detalhes sobre a vida privada deste. Freud, por sua vez, se absteve a fornecê-los, observando Jung com desconfiança e objetando que ele pessoalmente não poderia ser analisado, sob pena de colocar sua autoridade em risco.

“Jung lembrava que essa recusa soava o dobre de finados para o poder de Freud sobre ele. Freud, o apóstolo auto-proclamado da honestidade científica, estava colocando a autoridade pessoal acima da verdade” (Gay, 2010 pp. 215-216).

Partindo para o campo teórico, um ponto de grande divergência entre esses dois homens era a ênfase que Freud colocava na sexualidade. Em 1909 Jung escrevera a Freud:

“Seria melhor não empurrar para primeiro plano a teoria da sexualidade. Tenho muitas idéias sobre isso, particularmente sobre os aspectos éticos da questão. Creio que proclamar publicamente certas coisas seria cerrar o ramo sobre o qual repousa a civilização; ficam minadas as tendências à sublimação...” (Roudinesco, 1989 p. 113).

O famoso ensaio de Jung sobre “Símbolos da Libido” foi publicado em duas partes na *Jahrbuch*, sendo a primeira em 1911 e a segunda em 1912. Tendo como título original *Wandlungen und Symbole der Libido*, I e II (Alexander & Selesnick, 1980).

Freud, que ficava sempre muito satisfeito quanto escritores psicanalíticos pesquisavam material mitológico, ficou impressionado com *Wandlungen I*, a ponto de

alguns meses depois de seu aparecimento publicar uma declaração concordando com certas posições de Jung, ali manifestadas.

Foi na mesma edição da *Jahrbuch* em que apareceu *Wandlungen I* que Freud publicou seu famoso estudo sobre os mecanismos da paranóia, examinando o relato auto-biográfico de Daniel Paul Schreber. Neste momento, na falta de uma “teoria dos instintos bem fundada”, Freud considerava duas hipóteses distintas: presumir que a libido sexual coincide com o “interesse geral” ou então que uma perturbação na distribuição da libido sexual exercesse um efeito despedaçador sobre o ego.

Foi em *Wandlungen II* que Jung tornou manifesta sua divergência das teorias de Freud. Ele citou o trecho que sugeria as hipóteses alternativas de Freud quanto ao caso Schreber dando ênfase à hipótese primeira, de que a libido coincidissem com o “interesse geral”, ainda que o pensamento de Freud evidentemente seguisse a linha da segunda hipótese, já que, mais adiante, naquele mesmo artigo, Freud declarara que a libido, após desprender-se do mundo exterior, regressa “ao ego” (Alexander & Selesnick, 1980).

A atitude de Jung tinha como interesse livrar a teoria da libido psicanalítica de suas conotações sexuais. O argumento usado foi o de que o psicótico retira do mundo exterior todos os seus interesses gerais e não apenas os seus interesses sexuais. Jung, que embora defendesse a posição de Freud sobre a sexualidade durante anos, nunca conseguiu aceitar totalmente as teorias sexuais e estava agora assumindo essa posição, ao interpretar a libido de uma maneira que não constava na intenção de Freud. Após *Wandlungen II*, Jung começou a combater cada vez mais as teorias sexuais de Freud, que levou mais de um ano para responder aos argumentos que Jung expunha ali (Alexander & Selesnick, 1980).

A controvérsia sobre a libido exerceu um impacto importante sobre a teoria psicanalítica, de modo que o problema do mecanismo psíquico por baixo da demência precoce, que no início juntou Freud e Jung, foi posteriormente a causa de sérias divergências a respeito da teoria da libido, a ponto de levar ao rompimento de suas colaborações. Outras questões, como o entendimento dos mitos e a interpretação de símbolos e sonhos têm apenas importância secundária diante dessas divergências quanto à teoria da libido. Interligadas a essas controvérsias teóricas estavam várias tensões pessoais, que pressagiavam o rompimento final (Alexander & Selesnick, 1980).

A correspondência entre os dois foi se tornando cada vez mais impessoal e limitada a questões profissionais. O último encontro foi em setembro de 1913, no

Congresso Internacional em Munique, no qual Jung foi reeleito presidente da Associação Psicanalítica Internacional (Alexander & Selesnick, 1980).

Jung renunciou ao cargo de editor do *Jahrbuch* um mês após o Congresso de Munique (Alexander & Selesnick, 1980), e, em abril de 1914 ao de presidente da Associação Psicanalítica Internacional, dando assim a Freud algo que ele já vinha querendo há algum tempo (Gay, 2010). Após o aparecimento de História do Movimento Psicanalítico, em que Freud (1914) demonstrava a incompatibilidade de seus pontos de vista com os de Adler e Jung, todo o grupo de Zurique retirou-se da Associação Internacional (Alexander & Selesnick, 1980).

Depois de se separar de Freud e do movimento psicanalítico Jung manteve uma impressionante atividade literária, produzindo cerca de 100 livros, artigos, resenhas e outras publicações. Em seu trabalho posterior, apesar de reconhecer a importância da abordagem causal de Freud, Jung considerou-a redutiva e sentiu que a vida psíquica poderia ser mais bem compreendida com a ajuda de uma perspectiva teleológica (Alexander et al, 1981). Suas contribuições e conceitos posteriores tornaram-se cada vez mais imprecisos e, ao adotar as mesmas expressões que Freud empregava em psicanálise, deu-lhes significações diferentes, o que serviu para confundir desnecessariamente as coisas. De maneira geral sua “psicologia profunda” encontrou mais adeptos entre filósofos especulativos, poetas e religiosos do que na psiquiatria médica (Alexander e Selesnick, 1980).

A síntese de Alexander e Selesnick (1980, p. 325-326), que transcrevemos abaixo, resume a trajetória de Jung na psicanálise:

“Durante a primeira década do século [XX], Jung prestou muitas e significativas contribuições à psicanálise. Suas experiências de associação de palavras confirmaram a hipótese de repressão de Freud. Por seu lado, Jung aplicou as idéias de Freud à demência precoce e, acentuando a ligação entre os aspectos fisiológicos e psicológicos da doença, foi capaz de construir para ela o primeiro modelo psicossomático. Jung contribuiu também para chamar a atenção do mundo científico para o trabalho de Freud e desempenhou depois importante papel na organização do mundo psicanalítico. De acordo com Jung, foi ele quem sugeriu a Freud que todos os psicanalistas deviam passar por uma análise didática. A aplicação da teoria psicanalítica por Jung para compreensão dos mitos e sua relação com sonhos e neuroses reavivou o interesse de Freud pela antropologia e assim foi fundamentalmente responsável por *Totem e Tabu*. Contudo, a contribuição mais vital de Jung foi mostrar que Freud havia deixado de distinguir entre fenômenos neuróticos e psicóticos no caso Schreber. Diante da necessidade de resolver este problema, Freud foi incentivado a reexaminar sua teoria da libido. O novo entendimento do narcisismo por Freud sugeriu a natureza não libidinal de partes dos instintos do ego e abriu caminho para seu conceito dualístico final do instinto de vida contra o instinto de morte. Assim, Freud posteriormente ampliou o conceito da libido a sua própria moda combinando-o com o instinto de vida.

Pode-se dizer, portanto, que as idéias dos dois homens foram estimuladas pelo trabalho recíproco; todavia, no que se refere ao desenvolvimento de Jung, as teorias de Freud

exerceram seu efeito principal nos anos anteriores a seu conhecimento pessoal. Apesar da atração que sentia pela psicanálise e da temporária defesa que fez de seus princípios fundamentais, Jung nunca se afastou do misticismo implícito mesmo em seus primeiros trabalhos, nos quais são evidentes as sementes do inconsciente coletivo. Depois de 1913 seus trabalhos sobre as teorias que hoje tipificam o pensamento jungiano revelam pouco ou nada da influencia freudiana”.

Um dos momentos mais importantes na história do movimento analítico foi aquele em que a doutrina freudiana encontrou-se com a nosografia psiquiátrica através das histórias dos loucos. O conflito que opôs Freud a Jung pôs em cena esse momento decisivo. Jung foi colocado num sanduíche entre dois mestres (Bleuler e Freud), entre a psiquiatria e a psicanálise (Roudinesco, 1989). A leitura da correspondência entre Freud e Jung, segundo Roudinesco (1989), permite apreender a maneira pela qual a elaboração divergente da abordagem das psicoses, pela psiquiatria dinâmica, pela psicologia analítica e pela psicanálise, iria provocar a ruptura entre esses três homens.

Segundo Roudinesco (1989, p.115), o conflito que opôs Jung a Freud entre 1906 e 1913, “foi revelador de um combate travado mais além dos protagonistas, entre a descoberta freudiana e a medicina psiquiátrica”. Quando Freud conheceu Jung, vislumbrou a psiquiatria como uma terra prometida em que sonhava investir. No fim das contas, a tal terra prometida continuou inatingível, e embora não tenha sido conquistada pela psicanálise, apropriou-se de suas descobertas e seus métodos (Roudinesco, 1989).

1.2 – Psicanálise e psiquiatria e o binômio neurose/psicose

Alonso-Fernández (1976) realça três grandes marcos históricos para a psiquiatria, os quais ele chama de as três revoluções psiquiátricas. A primeira seria a fundação dos hospitais e a supressão parcial da concepção demonológica nos escritos de Weyner e Paracelso; a segunda, as contribuições de Freud e Kraepelin; e a terceira, a psicofarmacologia e a psiquiatria social.

Alonso-Fernández (1976) coloca que, a grande lição de Kraepelin foi a de que devemos observar o doente com uma mirada científica-natural, já a de Freud foi a de que devemos escutar o enfermo e compreendê-lo. Kraepelin priorizava o valor da investigação clínica em detrimento da anatomia patológica e da especulação, e valorizava o estudo do curso total da doença como o dado clínico mais importante. Já o criador da psicanálise, por sua vez, teria tido o grande acerto metodológico de substituir

o modelo científico natural da anamnese pelo registro da biografia da pessoa doente. Desse modo, a história clínica deixava de ser a história de uma doença e passava a ser a história de um doente.

Para Alonso-Fernández (1976, p.11) Kraepelin é o “grande homem” da “psiquiatria pesada” (psicoses e asilos), enquanto Freud é o “grande homem” da “psiquiatria leve” (neuroses e consultórios). Essa divisão trazida por Alonso-Fernández não é aleatória nem fortuita, tendo, pelo contrário, raízes na história da construção e evolução dos conceitos de neurose e psicose.

O termo “neurose” foi proposto pelo médico escocês William Cullen, durante a segunda metade do século XVIII, como uma palavra genérica para designar o conjunto dos problemas da sensibilidade e da motricidade que não apresentavam febre nem relação com qualquer órgão (Roudinesco, 1998).

No decorrer do século XIX, toda uma série de afecções será comumente abarcada sob a rubrica de neurose por terem como características serem consideradas uma afecção do sistema nervoso, com uma sede orgânica bem conhecida (neurose digestiva, cardíaca, etc), mas sem apresentarem nenhuma lesão ou inflamação do órgão em questão (Laplanche e Pontalis, 2001).

O termo neurose atesta a renovação do olhar clínico que havia posto em voga a abertura de cadáveres a fim de proceder a observação *post mortem* dos órgãos que tinham sofrido de diversas patologias. A definição de neurose permitiu construir uma nosografia pela negativa, e assim incluir em seu campo um grande número de doenças para as quais a medicina anatomopatológica não encontrava nenhuma explicação orgânica (Roudinesco, 1998).

“Toda a classe das neuroses foi fundada numa concepção negativa; ela nasceu no dia em que a anatomia patológica, encarregada de explicar a doença pelas afecções dos órgãos, encontrou-se diante de um certo número de estados mórbidos cuja razão de ser lhe escapava” (Axenfeld, 1883 p. 14 apud Laplanche e Pontalis, 2001 p.299 e apud Maleval, 2009 p.261).

O termo *psicose*, por sua vez, foi utilizado pela primeira vez em 1845, pelo barão Ernest von Feuchtersleben, um médico vienense representante da escola chamada dos “psiquistas” alemães. Para ele o termo designa a doença mental, enquanto neurose designa as afecções do sistema nervoso. Desse modo, qualquer psicose é também uma neurose, já que sem intervenção da via nervosa, nenhuma manifestação do psíquico

pode se manifestar, no entanto, o contrário não é verdadeiro, ou seja, nem toda neurose é também uma psicose (Laplanche e Pontalis, 2001).

Maleval (2009) nos conta que inicialmente o termo psicose surge subordinado ao grupo das neuroses e que com a evolução do conhecimento acerca dos transtornos mentais se estabelece uma diferenciação destes, a princípio fundada na etiologia:

“Em resumo, seguindo Cullen, Pinel e Feuchtersleben, até um período bastante avançado do século XIX, as psicoses não apareciam opostas às neuroses, senão subsumidas nestas. Seria portanto, inexato pensar que esses dois conceitos haviam sido desde sua introdução os termos organizadores da reflexão psiquiátrica e precursores dos dois pólos que distinguimos atualmente” (Maleval, 2009 p. 258 tradução livre).

É na psiquiatria alemã que o termo psicose começa a se impor e ganhar força. No mesmo ano em que Feuchtersleben cunhou o termo psicose, W. Griesinger, o principal representante da escola rival, a dos “organicistas”, publicou um manual de psiquiatria que teve bastante repercussão e assegurou a supremacia de sua escola. Dessa forma, o termo psicose se difunde em um contexto histórico em que as concepções organicistas acerca da enfermidade mental se converteram em dominantes. Apesar de uma resistência inicial dos “organicistas” em relação ao termo psicose, seu uso se difundiu para designar o conjunto bastante amplo das enfermidades mentais. No final do século XIX, o tratado de Kraepelin vem atestar que seu emprego tendia a ser mais específico, de modo que as diferentes psicoses aí enumeradas pareciam ter em comum o fato de vincular-se de modo bastante direto com uma etiologia orgânica (infecciosa, de esgotamento, de involução, maníaco depressiva, etc). Uma outra característica importante desse grupo de patologias era a de causarem tamanho prejuízo na vida cotidiana que levavam à segregação dos enfermos no asilo de alienados (Maleval, 2009).

O grupo das neuroses, por sua vez, restringiu-se gradualmente aos casos de afecções consideradas doenças dos nervos – em que determinado órgão era posto em causa, mas, com a ausência de lesão, se acusava um mau funcionamento do sistema nervoso – e aos casos de sinais neurológicos sem lesão detectável e sem febre. Esse grupo de doentes consultava o médico e não era mandado para o asilo. A classificação como neurose também trazia um objetivo etiológico – doenças funcionais dos nervos (Laplanche e Pontalis, 2001).

Nesse processo, “os doentes acometidos pela psicose eram qualificados de loucos ou dementes e dependiam dos alienistas e dos asilos, ao passo que os demais

encontravam refúgio na medicina 'normal'" (Roudinesco, 1989 p.116). A prática do alienismo era bastante diferente antes da psiquiatria incorporar as neuroses. Os psiquiatras dos asilos lidavam apenas com os casos de "loucuras pesadas" e estavam dispensados de se preocuparem com as muitas formas de desvios de comportamento e "incompetências psicológicas" que por vezes lhe apareciam (Berrios, 2008a).

Houve, segundo Berrios (2011), um fascinante processo através do qual as psicoses se tornaram gradualmente orgânicas, enquanto as neuroses cruzaram na direção oposta, para o pólo psicológico. Durante a primeira metade do século XIX "psicose" se referia a estados subjetivos e "neurose" ao processo neurológico de base. Por volta de 1900 os significados foram trocados: psicose era o nome oficial para todos os estados orgânicos, e as neuroses foram "psicologizadas" (Berrios, 2008a).

Um século depois de Pinel as neuroses perderam seu lugar preponderante no seio da psiquiatria, sendo que na sexta edição do tratado de Kraepelin, em 1899, as "neuroses gerais" já não constituíam mais que um dos treze grupos de enfermidades mentais. Essa mudança se deveu principalmente aos avanços da anatomia patológica, a partir da descoberta, feita por Bayle, em 1822, que encontrou o bacilo da sífilis no cérebro de pacientes falecidos com a paralisia geral. Essa descoberta foi seguida de uma sucessão de outras de mesma ordem, tais como as alterações histológicas da psicose de Korsakoff e das demências de Alzheimer e de Pick, que acabaram por levarem seus nomes. Ao final do século XIX, tanto na psiquiatria alemã quanto na francesa, os organicistas lograram impor suas teses, de maneira que com a palavra neurose se designava o oculto da patologia, ou seja, os transtornos que, por não poder encontrar uma localização orgânica precisa, não eram compreendidos (Maleval, 2009).

Quando Freud descobriu a psicanálise, o modelo neurológico prevalecia de tal forma em matéria de enfermidade mental que a neurose tendia a sair do discurso psiquiátrico. No entanto, graças à psicanálise, ao invés da extinção, a neurose iria conhecer um novo desenvolvimento, que a levaria a ocupar um lugar tão importante quanto o da psicose. Maleval (2009, p.261), sublinha que "foi assim que se originou a parede de opostos irreduzíveis que agora atravessa toda a psiquiatria" (tradução nossa).

Graças à psicanálise, a corrente que tendia ao desaparecimento das neuroses no seio das psicoses se inverteu, a tal ponto que Freud chegou a tratar de reconquistar o terreno perdido pelas neuroses introduzindo a noção de "neurose narcísica". A influência das teses freudianas no discurso psiquiátrico é reconhecida a partir de 1906,

quando Kraepelin dividiu pela primeira vez as neuroses gerais em loucura epiléptica e neuroses psicogênicas (Maleval, 2009).

Quanto ao termo psicose, Freud relutou um pouco em trazê-lo para a psicanálise. Essa relutância teve razões políticas, já que a luta pelo reconhecimento da psicanálise era incerta. Após a primeira Guerra Mundial, ainda que a psicanálise continuasse suscitando vivas resistências, sua implantação e difusão passaram a ser um fenômeno irreversível, de maneira que Freud pôde passar a ser menos intransigente em sua vontade de demarcar os conceitos psicanalíticos diferenciando-os dos da psiquiatria. Em 1924, Freud já não estava mais tão preocupado em substituir as denominações vindas da psiquiatria, tais como “demência precoce”, de Kraepelin, e “esquizofrenia” de Bleuer, por parafrenia, e introduziu pela primeira vez o conceito de psicose na teoria analítica. No entanto, desde seu primeiro texto consagrado a este conceito, *Neurose e Psicose* (Freud, 1924), subverteu o modelo organogenético que estava em seu fundamento, ao tentar lançar luz sobre os determinantes psicológicos envolvidos na psicose. Freud modifica completamente os enfoques etiológicos e dinâmicos, mas não se interroga acerca do campo clínico desse conceito (Maleval, 2009).

“Freud renunciou à parafrenia e elaborou uma doutrina psicanalítica das psicoses. Esta, por sua vez, revolucionaria o saber psiquiátrico. A clínica freudiana, de fato, não se atribuiu a tarefa de edificar uma classificação das doenças mentais. Abordou o campo das psicoses a partir de uma concepção do aparelho psíquico baseado no fato inconsciente (...) Assim se estabeleceu uma distinção estrutural, cujo modelo remontava a Kraepelin, entre a neurose, a psicose e a perversão. A loucura, na perspectiva freudiana, escapou ao domínio da doença mental, assim como a histeria escapa ao da doença dos nervos. Recebeu então uma definição não-normativa: a neurose era o resultado de um conflito, a perversão era a negação da castração e a fixação da sexualidade infantil, e a psicose era a reconstrução de uma realidade alucinatória” (Roudinesco, 1989 p.124).

Segundo Roudinesco (1989), Freud arrancou a psicose da psiquiatria do mesmo modo que arrancara a neurose da neurologia, ao desprendê-la de seu ancoradouro hereditário e orgânico. No entanto, parece que a novidade mais importante reside no fato de que, desde 1924, a autoridade de Freud havia dado coerência ao par diferencial neurose-psicose, fazendo desse modo que se evidenciassem tanto sua origem como sua falta de fundamentos clínicos. Em conseqüência, psiquiatria e psicanálise se influenciaram reciprocamente (Maleval, 2009).

1.3 – O interesse de Freud pela medicina e pela psiquiatria³

Não são evidentes as razões pelas quais Freud escolheu a carreira de médico, já que ele nunca se mostrou atraído pela profissão e nunca foi um médico convencional. Segundo Alexander e Selesnick (1980 p.277), “o interesse de Freud pela medicina foi um rodeio. Ele foi principalmente um pensador interessado pela relação do homem com o mundo e a sociedade”. Para Ernest Jones (1989a), Freud escolheu a medicina por um processo de eliminação, já que para um judeu vienense a escolha estava entre indústria e comércio, direito ou medicina. Alguém do tipo de mentalidade intelectual de Freud logo punha as duas primeiras de lado. Entre direito e medicina, esta última ainda era preferida, mesmo que sem entusiasmo. Como Freud disse mais tarde:

“Nem nessa época (quando se iniciou na medicina), nem mesmo em minha vida posterior, senti qualquer predileção particular pela carreira médica. Fui movido, antes, por uma espécie de curiosidade, que se dirigia, porém mais para as questões humanas do que para objetos naturais” (Jones, 1989^a, pp. 40-41)

Mais especificamente quanto a psiquiatria, o que primeiro atraiu Freud foi o lado financeiro. Bastante interessado em se casar, seis semanas depois de noivar com Martha Bernays, ele entrou para o Hospital Geral de Viena onde experimentou várias especialidades, dentre elas a psiquiatria. No início dos anos de 1880, quando se preparava para a clínica particular, os interesses de Freud eram mais profissionais do que teóricos, ainda que os mistérios da mente humana viessem absorvendo cada vez mais sua atenção. Ver Freud como psicanalista em germe nos anos de 1880 seria anacrônico. Ele continuava com suas pesquisas em anatomia, principalmente a cerebral. No entanto, estava começando a se dedicar à psiquiatria, de olho no rendimento financeiro. Mais tarde ele escreveria: “De uma perspectiva prática a anatomia do cérebro certamente não foi nenhum avanço em relação à fisiologia. Levei em conta considerações materiais ao iniciar o estudo das doenças nervosas” (Gay, 2010 pp. 58-59).

O desenvolvimento do saber psiquiátrico à época dos primeiros anos da psicanálise se deu basicamente em um espaço franco-alemão, tendo as escolas francesa e alemã estado em comunicação e em oposição constantes (Bercherie, 1980). O que

³ Nesse item, faremos menção a vários psiquiatras cuja obra teve influencia sobre Freud. Qualquer aprofundamento na obra desses psiquiatras, entretanto, vai além do escopo dessa dissertação.

pode ser visto a partir do excerto abaixo é que Freud, em grande parte, seguia o método francês, ao menos no início de seu trabalho:

“Enquanto a nosografia tem por objeto descrever os quadros clínicos, é tarefa da clínica médica é averiguar até o fim a forma individual que cada caso assume e a combinação de seus sintomas.

Aqui enfatizei os conceitos de *'entité morbide'*, de séries, de *'type'* e de *'formes frustes'*, porque é no emprego desses conceitos que repousa a principal característica do método francês de trabalhar em clínica médica. Essa forma de abordagem é de fato estranha ao método alemão. Para este, o quadro clínico e o tipo não desempenham qualquer papel de relevo, e é explicada pela evolução dos clínicos alemães: uma tendência a fazer uma interpretação fisiológica do estado clínico e da inter-relação dos sintomas. A observação clínica dos franceses, indubitavelmente, ganha em auto-suficiência, no sentido de que relega a plano secundário os critérios relativos à fisiologia. A exclusão destes, no entanto, pode ser a principal explicação para a impressão enigmática que os métodos clínicos franceses causaram ao não-iniciado. Aliás, nisso não há nenhum descaso pela fisiologia, mas uma deliberada exclusão que é considerada vantajosa” (Freud, 1886-1899/1976, p.168-9 tradução nossa).

Apesar desse interesse inicial inconsistente e bastante passageiro pela psiquiatria, Freud teve na psiquiatria referências que para ele representaram modelos conceituais e fontes de inspiração das quais Bercherie (1988) sublinha algumas, curiosamente, em sua maioria, de escolas alemãs.

A primeira se refere às causas morais da loucura e a *Benedikt*. Uma noção que foi prevalente na primeira fase da evolução da psiquiatria clássica, aproximadamente na primeira metade do século XIX, foi a do predomínio das causas morais no desencadeamento das enfermidades mentais. Esse tema, ao qual se vinculam especialmente os nomes de Pinel e Esquirol, se refere ao efeito de uma psicogênese emotiva, no duplo aspecto de choques emocionais intensos e brutais (forma aguda) e estados emocionais prolongados (forma crônica). Acrescenta-se ainda a insistência com a qual se indicava sempre o caráter frequentemente secreto, oculto – particularmente para o meio familiar e para os amigos, mas também para o médico – de muitos desses fatores determinantes das neuroses. Em particular, Guislain impôs a idéia de que a configuração afetiva responsável era sempre de natureza dolorosa, mas também que com muita frequência estava dissimulada. Griesinger iria segui-lo em ambos os pontos, assim como a maior parte dos alienistas ulteriores. Mais tarde, Moritz *Benedikt*, continuará essa tradição. Esse último foi citado por Freud e Breuer nos *Estudos sobre Histeria*, por nele encontrarem os pontos de vista mais semelhantes aos seus a respeito dos efeitos patogênicos que o conflito entre representações irreconciliáveis possui. Nesse ponto Freud e Breuer referendam algumas observações e comentários interessantes formulados por *Benedikt* em seu *Hypnotismus und Suggestion*, de 1894.

A segunda referência psiquiátrica de Freud sublinhada por Bercherie (1988) vem da psiquiatria alemã pré-kraepeliniana. Na época em que Freud iniciou suas investigações no campo das neuroses e da psicopatologia, as concepções clínicas e nosológicas dominantes nos países de língua alemã eram as da escola de Illenau, em particular de Krafft-Ebing. Freud também tomou certas noções essenciais de Griesinger, como a transformação do eu no delírio. Freud possuía um tratado deste autor sublinhado e anotado à lápis, em particular nas páginas em que Griesinger apresenta sua teoria do ego e sua concepção da metamorfose do ego no delírio (Bercherie, 1980).

Tomou de Morel o conceito de um estado neurótico basal que preexiste à eclosão de transtornos mentais constitucionais. A oposição freudiana neuroses atuais-psiconeuroses se inspirava nessa concepção, assim como a utilização do termo “neuropsicose”. Tomou também de Morel a noção de graus de tara degenerativa. O termo paranóia, que Krafft-Ebing tomou de Kahlbaum, constitui uma das chaves essenciais da nosologia alemã da época. Freud utilizará este conceito ao trabalhar o caso Schreber. Por último, na primeira parte de sua obra, Freud se esforçou em pensar as “neuropsicoses” com uma estrutura muito parecida com a qual numerosos autores, entre eles Krafft-Ebing, identificaram a neurose obsessiva com uma forma “abortiva” e “rudimentar” de paranóia, já que também parece consistir em uma invasão da consciência por neoformações patológicas ideativas ou alucinatórias.

A terceira e última referência citada por Bercherie (1988) é a kraepeliniana. Foi do grupo de Zurique que Freud recebeu, não sem reticências, as novas noções clínicas e nosológicas de Kraepelin, das quais três seriam mais essenciais: A concepção da psicose maníaco depressiva e portanto de um vínculo entre a depressão melancólica e os estados maníacos; a separação da histeria e da neurose traumática cujo conceito Kraepelin tomou da tradição alemã (Oppenheim) – até esse momento Freud assimilava as duas síndromes, seguindo Charcot; a oposição demência precoce / paranóia (restringindo-a a um delírio crônico não alucinatório nem dissociativo). Assim adicionou o diagnóstico de *dementia paranoides* ao de paranóia, no caso de Schreber.

Por fim, Bercherie (1988) nos adverte que essas questões de nosologia, tão vacilantes na obra de Freud, são impossíveis de compreender sem levar em conta sua falta de experiência e formação psiquiátrica propriamente dita. O campo das psicoses para Freud sempre foi um domínio de aplicação de concepções adquiridas e consolidadas em outra parte como na neurose, nos sonhos e na psicopatologia cotidiana.

1.4 – As contribuições da psicanálise à psiquiatria

Logo no início de sua carreira, Freud concluiu que para curar doenças mentais é preciso compreender sua natureza e para compreender um fenômeno é preciso observá-lo sistematicamente. Foi isso que o levou ao importante princípio da psicanálise como método válido de investigação, permitindo a ele pela primeira vez explicar o comportamento humano em termos psicológicos. Deste modo, seus princípios foram responsáveis pelo aparecimento da primeira teoria compreensiva da personalidade baseada em observação e não meramente em especulação. Freud, ao substituir especulações filosóficas pelo estudo concreto de pacientes, criou uma espécie de “ciência da psicobiografia”, que reconstrói não apenas a história dos sintomas do paciente, mas também a própria história pessoal, que assim lança luz sobre a origem de seus sintomas mentais. Foi por tornar operacional o que outros antes dele – especialmente Pinel, mais de cem anos antes – postularam em termos gerais e vagos: que a doença mental é resultado de experiências da vida de uma pessoa; que Freud triunfou onde seus predecessores falharam (Alexander & Selesnick, 1980).

A história do abandono da hipnose, tal como nos é contada por Roudinesco (1989), mostra-se paradigmática do modo como Freud rompe com o obscurantismo e coloca seu pensamento dentro dos ditames do pensamento científico de sua época. Esse abandono coincidiu com o uma transformação da prática médica ligada ao deslanchar do capitalismo.

Estudiosos, ao se interrogarem sobre os métodos terapêuticos de seus ancestrais, invocaram a lenda do xamã e do mago, e reatualizaram, de maneira transfigurada, o mito do curandeiro e da feitiçaria. Neste contexto, Charcot e Bernheim foram vistos como herdeiros de uma tribo de demiurgos dotados de visão profética. Esta glorificação assinou a sentença de morte de suas práticas. No final do século XIX e início do século XX, observou-se que a sugestão e a hipnose eram “métodos arcaicos” praticados por bons selvagens ou por bárbaros, passou-se a se afirmar que só curavam os doentes de classes inferiores, os pobres, os hospitalizados e os de muito baixo nível intelectual e educacional. Em contrapartida, impôs-se um novo ideal terapêutico, que se alinhava à trajetória de Freud, um ideal “positivista”, através do qual a psicanálise se empenhou em assumir um lugar ao lado da ciência e que faz parte do próprio pensamento científico. Esse ideal positivista está inscrito no cerne da transformação das sociedades ocidentais e comandou o fenômeno de legalização do ofício do psicanalista. Desse

modo, abandonar a hipnose significou inventar uma terapia que conviesse ao novo homem do mundo moderno. Esse homem, segundo Roudinesco (1989 p.114), é “o homem do século da eletricidade, o homem culto das sociedades livres, o homem que já não acredita no céu de Ptolomeu nem na feitiçaria, mas no humanismo, na antropologia e nas ciências.”.

Freud lançou as únicas bases reais de um verdadeiro abandono da hipnose ao colocar a questão da resolução da transferência no centro da prática do tratamento analítico. Evitou assim o caminho das proclamações virtuosas ou das reneгаções intempestivas, já que, ainda que o resultado não fosse o esperado, o problema da hipnose recebia sua primeira solução teórica. O abandono da hipnose, altamente proclamado, embora precariamente teorizado, concretizou uma importante reorganização da psicologia e da psiquiatria, que eram os dois campos de saber implicados na abordagem do fato psíquico (Roudinesco, 1989).

Jones (1962) lista uma série de influências que a obra de Freud exerceu não só sobre o campo da psiquiatria como sobre o da medicina em geral. Antes de Freud as neuroses eram consideradas pelos médicos como uma coisa fastidiosa, sem explicação. Ou bem se tratavam para eles de queixas “imaginárias”, ou bem se atribuíam a alguma pequena dificuldade física, com a qual deixavam de serem neuroses. É justo dizer que a profissão médica se encontrava impotente diante das neuroses. A obra de Freud trouxe uma grande mudança neste estado de coisas. Ao levar a sério essas afecções que eram tomadas como “não existentes”, Freud demonstrou seriamente, que se tratavam de estruturas bastante complicadas, cuja investigação estava plena de interesse humano. As neuroses não eram enfermidades no sentido ordinário que essa palavra vem representar, mas uma expressão, entre muitas, das dificuldades com que se deparam certas pessoas, a fim de resolver os diversos problemas em suas vidas. Os neuróticos não eram, portanto, uma raça à parte, mas simplesmente pessoas cuja intenção de dar solução a seus impasses tomava a forma de sintomas. Com essa aproximação entre o neurótico e o dito normal, ficava mais fácil compreender que ninguém está inteiramente livre de ter reações neuróticas. O resultado, segundo Jones (1962), foi que os médicos se mostraram mais dispostos a fazerem diagnósticos de neuroses e já não é raro entre os clínicos gerais, aqueles que afirmam que mais da metade dos sintomas de seus pacientes, pelos quais são consultados, são de origem psicológica, o que não deixa de ser uma mudança significativa se comparado com o que ocorria antes de Freud. É digno de nota que as coisas provavelmente não chegariam a tal extremo se Freud, ao solucionar a natureza

das neuroses não tivesse falado ao mesmo tempo de um método que habitualmente alivia e às vezes até cura o paciente.

No campo da medicina psicossomática, os novos progressos em psicopatologia, ao seguir as idéias e os métodos gerais de Freud, dão amplas provas da enorme influência dos fatores psíquicos como causa de transtornos gerais, de modo que hoje se aceita que tais fatores têm um importante papel na etiologia de várias perturbações corporais como a úlcera duodenal, a hipertensão arterial e até a trombose coronariana.

No âmbito da loucura propriamente dita, a maior facilidade com que as pessoas admitem que sofrem de dificuldades psicológicas se estendeu aos mais gravemente afetados, o que produziu sem dúvida uma importante mudança na atitude geral diante dos transtornos mentais. Freud demonstrou que o ininteligível conjunto de sintomas que formam boa parte das manifestações psicóticas não só se fazem compreensíveis ao aplicar seus métodos para a sua elucidação, como também, em última instância, derivam das mesmas fontes que produzem as dificuldades das pessoas neuróticas ou do homem dito normal. Em conseqüência, estar insano já não significa estar isolado do resto da humanidade. Com certas modificações da técnica freudiana é possível inclusive lograr algumas curas em certas formas de loucura. Nas palavras de Jones (1962, p.453-454), “O que não era mais que trevas, horror e desesperança tem sido agora acessível a certos elementos de alegria e esperança em setores onde haviam estado sempre ausentes” (tradução nossa).

Esse reconhecimento mais amplo da natureza da neurose e da psicose significou também que uma grande parte das afecções e traços de conduta passou a ser contemplada por uma outra ótica. As pequenas excentricidades antes diagnosticadas como raridades ou caprichos passaram agora a serem consideradas como neuróticas, sem que obrigatoriamente necessitem de tratamento. O que é ainda mais importante é o reconhecimento das situações sociais que provocam a miséria, por vezes até o ponto em que a vida não vale a pena mais ser vivida, são também desta mesma natureza neurótica. Eis aqui o exemplo dos inúmeros casos de pessoas que fracassam em um matrimônio após o outro, em suas várias relações de amizade, familiares ou de trabalho. Em suma, essa imensa gama de variadas dificuldades diárias para as quais antes nenhuma pessoa jamais pensaria em procurar um psiquiatra (Jones, 1962).

Essa observação de Jones é coerente com o que aponta Shorter (1997), para quem, foi graças à psicanálise que a psiquiatria, pela primeira vez, pôde deixar os limites fixados pelos muros do asilo, onde os psiquiatras exerciam muito menos as

funções clínicas do que as administrativas, e se estabelecer em uma prática privada de consultórios. É digno de nota, no entanto, que dos vários historiadores consultados para essa dissertação, Shorter é o único para quem a psicanálise teve uma participação negativa dentro da história da psiquiatria. Para ele, um autor partidário da psiquiatria biológica, a psicanálise aparece como uma pausa na evolução das abordagens biológicas do cérebro, se referindo à era freudiana dentro da história da psiquiatria como o “hiato psicanalítico”.

1.5 – O DSM-III – A psiquiatria e a psicanálise no final do século XX

O Manual Estatístico para o Uso de Instituições de Insanos foi criado a partir da necessidade de se recolher informações estatísticas. Ele partiu de um impulso inicial para o desenvolvimento de uma classificação de transtornos mentais nos Estados Unidos, da qual a primeira tentativa foi o censo de 1840 que levou em conta a única oposição entre idiotice e insanidade. Quarenta anos mais tarde o censo já distinguia sete categorias: mania, melancolia, monomania, paralisia, demência e alcoolismo (Dunker e Neto, 2011). Em 1917, a Associação Médico-Psicológica Americana, que depois se tornaria a Associação Psiquiátrica Americana, adotou um plano para uniformizar as estatísticas hospitalares de pacientes portadores de doenças mentais. Esse sistema foi revisado em 1934 e incorporado à primeira edição da Nomenclatura Padronizada de Doenças da Associação Médica Americana (Aguiar, 2004). Essa classificação se baseava em doenças crônicas encontradas na população civil, o que fez com que, na década de 1940, ela fosse considerada insuficiente em seu domínio pelos médicos das Forças Armadas, já que não contemplavam os distúrbios agudos, psicossomáticos e transtornos de personalidade encontrados entre os combatentes durante a Segunda Guerra Mundial. Por terem necessidades classificatórias particulares, a Administração de Veteranos e a Marinha desenvolveram seus próprios sistemas (Aguiar, 2004).

A primeira edição da Classificação Internacional de Doenças a apresentar uma sessão para transtornos mentais foi a sexta, conhecida como CID-6 e publicada em 1948. Ainda muito incipiente, essa classificação não incluía síndromes cerebrais crônicas, nem vários transtornos de personalidade e situações reativas de interesse dos americanos. Desse modo a ainda Associação Médico-Psicológica Americana resolveu elaborar uma classificação alternativa a CID-6, para uso nos EUA, publicando então a

primeira versão do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, o DSM-I, em 1952.

A primeira versão do DSM teve como sua principal marca a noção de “reação”, originária da “psicobiologia” do psiquiatra Adolf Meyer (Aguilar, 2004). Esse foi mais um suíço que trouxe grandes contribuições no campo da psiquiatria. Psiquiatra europeu, esclarecido e pragmático, Mayer ficou desencantado com as explicações neurofisiológicas da doença mental. Mudou-se da Europa para os EUA em 1893 e ali observou como o pessoal médico prestava pouca atenção à obtenção de um histórico preciso. Foi então que o valor de uma história biográfica do paciente começou a impressionar este jovem neuropatologista. Ainda antes da influência de Freud ser sentida em sua região, Meyer já estava sustentando que sentimentos sexuais se desenvolvem nas crianças e que isso pode gerar graves problemas psico-sociais (Alexander & Selesnick, 1980).

Meyer foi patologista chefe no Massachusetts Insane Hospital e no Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova York e professor de Psiquiatria no Colégio de Medicina da Universidade de Cornell de 1895 até 1910. Daí até se aposentar em 1941, foi professor de Psiquiatria na Johns Hopkins e diretor da Clínica Psiquiátrica Henry Phipps (Alexander & Selesnick, 1980).

Ele acentuava que, para compreender um paciente mentalmente enfermo, era preciso conhecer o ambiente social deste e encarar seu estado desorganizado como um desajustamento de toda a personalidade e não o resultado de uma patologia cerebral. Casado com Mary Potter Brooks que, absorvida por seu trabalho, passou a visitar as famílias de seus pacientes a fim de saber mais sobre seus antecedentes – e assim se tornar a “primeira assistente social americana” – Mayer declarou sobre o trabalho de sua esposa: “Fomos assim ajudados a ter um conhecimento social mais amplo de nosso problema e alcançar as fontes da doença, a família e a comunidade” (Alexander & Selesnick, 1980 p. 345).

Opunha-se ao dualismo cartesiano que dividia mente e corpo e recusava-se a acreditar que a doença mental fosse resultado apenas de uma desordem cerebral ou de um ambiente perturbador. Acreditava que ambos deviam ser levados em conta e concebia o homem como “um todo psicológico”, o que para ele significava que cada pessoa era uma unidade biológica que experimentava reações únicas a influências sociais e biológicas (Alexander & Selesnick, 1980).

Em 1927, Meyer foi eleito presidente da Associação Psiquiátrica Americana e considerado durante anos o decano dos psiquiatras americanos. Embora nunca tenha aceitado inteiramente os princípios da psicanálise, ajudou a construir a Associação Psicanalítica Americana, já que se preocupava em respeitar “toda classe de fatores” no crescimento da personalidade humana. Com relação ao tratamento, acreditava que: “O paciente vem com seu próprio ponto de vista sobre seu mal; o médico tem outro ponto de vista. Tratamento consiste no esforço conjunto para promover a aproximação dos pontos de vista que forem mais eficazes e mais satisfatórios na situação.” (Alexander & Selesnick, 1980, p.346).

Meyer ensinou a muitas gerações de estudantes que as pessoas adoecem devido a seus padrões falhos de reação e, ainda que não tenha oferecido uma base teórica sólida para o conhecimento da psicodinâmica dos pacientes individuais (Alexander & Selesnick, 1980), sua racionalidade diagnóstica centrada em tipos de reação e no pressuposto sintético da história de vida e das moções determinantes das doenças mentais foi bastante importante nas duas primeiras versões do DSM (Dunker e Neto, 2011) e sua forte influência preparou o terreno para a ampla aceitação que a psicanálise teria na psiquiatria americana do período pós-guerra (Aguiar, 2004). Ao entender que a esquizofrenia e os outros transtornos mentais deveriam ser concebidos não como entidades mórbidas universais, mas sim como reações psicobiológicas a variados estressores vitais, Mayer se opunha ao modelo nosológico Kraepeliniano, do mesmo modo que fazia, ao considerar os eventos da história de vida dos pacientes como os elementos mais importantes na etiologia dos transtornos mentais (Aguiar, 2004).

Nos anos de 1930, com a ascensão do nazismo e a conseqüente perseguição a Freud e seus seguidores judeus, o eixo da produção e difusão da psicanálise deslocou-se da Europa central para os países de língua inglesa (Russo & Venâncio, 2006). O continente norte-americano acabou se transformando no paraíso natural para a maior parte dos psicanalistas europeus exilados pelos nazistas, sendo que no pós-guerra houve um desenvolvimento realmente notável na psicanálise nos Estados Unidos de modo que as primeiras três décadas do século XX presenciaram o aparecimento das idéias e literatura psicanalíticas nos Estados Unidos e os primórdios das organizações profissionais dedicadas ao estudo e aplicação da psicanálise.

A segunda Guerra Mundial foi um divisor de águas na história do tratamento dos doentes mentais nos Estados Unidos. Os resultados obtidos com as técnicas psicanalíticas no tratamento dos soldados durante a guerra impressionaram muitos

psiquiatras que serviram no exército. A publicidade que o vasto número de casos psiquiátricos entre os ex-combatentes ganhou como um importante problema nacional, suscitou interesse pelas novas técnicas no tratamento das neuroses traumáticas (Aguiar, 2004). As três décadas seguintes presenciaram o florescimento do movimento psicanalítico e o enorme alcance de sua influência na medicina, educação, teologia e ciências sociais (Alexander et al, 1981).

Em relação a isso, Shorter (1997, p.171), cita uma observação de Seymour Sarason, um membro do departamento de psicologia de Yale, que observava de perto esses eventos: “Antes da segunda Guerra Mundial a psiquiatria americana era psiquiatria biológica e dentro de poucos anos após a guerra ela era amplamente uma psiquiatria psicanalítica” (tradução nossa).

O pós-guerra assistiu não só ao triunfo da psicanálise anglo-saxã como também à sua total penetração no meio médico psiquiátrico, sendo que nos anos de 1950 e 1960 era absolutamente impossível para um psiquiatra americano fazer carreira sem ter feito uma formação psicanalítica, já que todos os chefes de cátedra eram psicanalistas. Ainda que estejamos falando dos Estados Unidos, é possível perceber movimento semelhante, embora mais tardio, na psiquiatria francesa e na brasileira (Russo & Venâncio, 2006).

A esse respeito, vale a pena abrir parênteses para relatar a experiência de Márcio Vasconcellos Pinheiro (2005), psiquiatra e psicanalista que clinicou durante quarenta e cinco anos no Brasil e nos Estados Unidos. Ele nos conta que ingressou na psiquiatria norte-americana em 1961, época em que, sob a orientação de dois supervisores, tinha de fazer “psicoterapia psicanalítica” com dez pacientes, durante uma hora, três vezes por semana, independente do diagnóstico. No prontuário, após firmar um diagnóstico psiquiátrico, exigia-se a formulação de uma descrição psicodinâmica. O uso da medicação era uma exceção, sendo inclusive desencorajado e considerado como sinal de uma psicoterapia mal feita. Egresso ao Brasil em 1974 e estabelecido na cidade de Belo Horizonte-MG, Pinheiro conta ter encontrado uma psiquiatria biológica, que sofria muito pouca influência da psicanálise. O curioso é que essa mesma psiquiatria biológica e distanciada da psicanálise foi o que ele encontrou ao retornar aos EUA em 1987. Os motivos aos quais ele atribui o novo cenário norte-americano são a necessidade de conter custos, a deshospitalização e o aparecimento dos planos e seguros de saúde, que passaram a ditar as normas para o atendimento psiquiátrico. Nesse novo cenário, os psiquiatras, que já não mais faziam qualquer tipo de psicoterapia, passaram a funcionar como “revisores de medicação” e as sessões que antigamente eram de uma hora

passaram a não durar mais do que quinze minutos. Qual não é a surpresa, quando 14 anos depois, ao retornar ao Brasil, o cenário psiquiátrico encontrado por Pinheiro na cidade de Belo Horizonte é o oposto do que era quando ele havia partido novamente para os EUA em 1987, nas palavras do autor o que encontrou foi: “uma psicanálise muito presente e influente não só na psiquiatria como na sociedade em geral” (Pinheiro, 2005, p.528). Era observado, não obstante, uma cisão entre a psicanálise e a psiquiatria biológica.

Retomando nossa linha de raciocínio, no momento em que há uma dominância do discurso psicanalítico e, em consequência disso, do modo psicanalítico de compreender o ser humano, isso encontra reflexo na nosologia (Russo & Venâncio, 2006). Nessa mesma época, por outro lado, ocorreu uma “revolução” silenciosa no campo da psicofarmacologia, que, se no início conviveu muito bem com o discurso e a ideologia psicanalítica, logo iria mudar a face da psiquiatria (Russo & Venâncio, 2006).

Lief (1969) observa que se em 1948 quase todo residente desejava se tornar psicanalista, em 1960 por volta de um em cada sete se interessava por tal treinamento, enquanto em 1968 apenas um em cada vinte. Os dados trazidos por Lief, são baseados em um trabalho de Harold Kelman, datado de 1968⁴

A influencia da psicanálise no DSM-I é sentida não só pela noção de “reação”, termo que reflete o fato de que a psiquiatria, à época, entendia a doença mental como uma reação aos problemas da vida e situações difíceis enfrentadas pelas pessoas, mas também pelo uso freqüente, ao longo do manual, de expressões como “conflito neurótico”, “mecanismos de defesa” e “neurose” (Aguiar, 2004). Na versão subsequente do manual, o DSM-II, publicado em 1968, o modo psicanalítico de compreender a perturbação mental tornou-se ainda mais evidente. Se por um lado foi abandonado tanto o uso da noção de “reação” quanto a concepção “biopsicossocial” dos transtornos mentais, por outro, passou-se a compreender a doença mental a partir da idéia de “níveis de desorganização psicológica” do indivíduo, de modo que a perturbação mental passa a ser entendida como a expressão visível de uma realidade psicológica oculta a ser interpretada no curso do diagnóstico ou do tratamento (Russo & Venâncio, 2006).

Se a passagem do DSM-I para o II não significou uma ruptura importante em termos das concepções dominantes no campo, é na passagem do DSM II ao III que Russo e Venâncio (2006) localizam a grande transformação em que a psiquiatria

⁴ Kelman, Harold. Is Psychoanalysis on the Wane, The Bulletin of the New York State District Branches, A.P.A., Vol.10, January, 1968.

biológica triunfa sobre a psicanálise, no que concerne à classificação das perturbações mentais. A década de 1980 é considerada por diversos autores como o marco a partir do qual o discurso biológico se tornou hegemônico no campo da psiquiatria (Aguiar, 2004). Com a publicação do DSM-III, em 1980 há uma radical mudança na classificação psiquiátrica. O cenário em que este manual foi produzido caracteriza-se por uma mudança de paradigma, no qual houve um verdadeiro embate pela hegemonia no campo psiquiátrica. Entre os símbolos maiores desse embate estava a discussão sobre a manutenção ou não do termo “neurose” (Russo & Venâncio, 2006).

A publicação do DSM-III representou uma ruptura absoluta com a classificação até então vigente em três níveis: no nível da estrutura conceitual rompeu com o ecletismo presentes nos livros-textos majoritariamente usados na clínica psiquiátrica, ao propor não apenas uma nomenclatura única, como também uma única lógica classificatória; no nível da hegemonia dos campos de saberes concorrentes, representou uma ruptura com a abordagem psicanalítica dominante no âmbito da psiquiatria norte-americana; e, por último e não menos importante, no nível das representações sociais relativas ao indivíduo moderno, forjou novas concepções sobre o normal e patológico e participou do engendramento de grupos identitários (Russo & Venâncio, 2006).

Houve uma confluência de fatores políticos e sociais que levaram ao DSM-III. Pode-se dizer que esses fatores em conjunto colocaram em risco a própria existência da psiquiatria, de modo que essa mudança de paradigma pode ser vista quase que como uma condição para que a psiquiatria continuasse a existir.

A psiquiatria psicodinâmica, tal como era conhecida a psiquiatria de orientação psicanalítica nos EUA, dava pouco valor aos diagnósticos. Sua preocupação maior estava em desvendar o sentido dos sintomas e sua relação com o desenvolvimento da história psicológica dos pacientes. Ao tomar a doença como processo, em vez de uma entidade universal, a psiquiatria se afastava cada vez mais da nosologia, de forma que essa categoria que é típica do modelo médico se tornava cada vez mais irrelevante para a prática clínica. Deste modo, a psiquiatria dinâmica trazia uma forte tendência à “desmedicalização” do campo psiquiátrico, que incidia tanto sobre o campo teórico como sobre as técnicas de investigação e tratamento dos transtornos mentais. Esse afastamento do modelo médico em breve colocaria a profissão em risco (Aguiar, 2004).

A indefinição de fronteiras entre o que constituía saúde e doença mental trouxe importantes conseqüências práticas. A ampla definição dos transtornos mentais ampliou também o campo de intervenção da psiquiatria, que passou a abranger uma grande

variedade de práticas sociais, desde os cuidados dos pais na educação das crianças até o gerenciamento de empresas e indústrias. O vocabulário psicanalítico ganhava ampla abrangência cultural, sofrendo uma vulgarização de suas noções e levando a práticas de todos os tipos. Para Sabshin (apud Aguiar, 2004 p.35) “A Psicopatologia da Vida Cotidiana, de Freud, no contexto de seus exemplos clínicos brilhantemente escritos, levou à assunção de uma quase universalidade da psicopatologia”.

Uma série de outras terapias de qualidade duvidosa aproveitou-se do caminho aberto pela psicanálise para ganhar terreno na sociedade americana. O alargamento do campo de ação da psiquiatria e a indefinição de suas fronteiras contribuía para a disseminação crítica introduzida pelo movimento da antipsiquiatria, que se notabilizou nos EUA nos anos sessenta, fazendo críticas contundentes que evidenciavam as fragilidades que o modelo psicanalítico expunha para a psiquiatria. O diagnóstico psiquiátrico poderia facilmente ser criticado como arbitrário, na medida em que as fronteiras entre a saúde e a doença mental eram fluidas e imprecisas.

Se desde a década de cinquenta as instituições asilares já sofriam ataques devido às suas péssimas condições e a seus efeitos iatrogênicos, a psiquiatria se via agora diante de um impasse ainda maior. Agora era sua própria legitimidade que estava sendo contestada. O que define conceitualmente a doença mental? Em que base os julgamentos diagnósticos podem ser feitos?

O embaraço dos psiquiatras perante a sociedade aumentou diante de alguns acontecimentos ocorridos na década de setenta. Foi o caso da controvérsia gerada em torno da noção da homossexualidade enquanto doença mental. Presente no DSM-II como uma categoria diagnóstica, a homossexualidade foi excluída deste manual em 1973, após organizações de direitos dos homossexuais pressionarem a Associação Psiquiátrica Americana. Esse acontecimento, revestido de grande publicidade, explicitava que os diagnósticos psiquiátricos mantinham forte correlação com a construção social de figuras desviantes (Aguiar, 2004).

Somou-se a isso outro acontecimento desconcertante para a psiquiatria. Trata-se do estudo de Rosenhan, publicado no mesmo ano de 1973, na revista *Science*, com o título de “Being sane in insane places”. O estudo consistiu em dezenove homens saudáveis se apresentarem em hospitais psiquiátricos afirmando estarem ouvindo vozes e pedirem para serem internados. Todos os dezenove homens foram internados e receberam alta com o diagnóstico de “esquizofrenia em remissão”. Rosenhan interpretou esse resultado como consequência da falta de confiabilidade nos

diagnósticos psiquiátricos e chamou atenção para os perigos de erro que eles encerram (Aguiar, 2004).

Essas críticas vinham ganhando terreno na sociedade americana, e era cada vez mais urgente que a psiquiatria respondesse com um sistema de classificação capaz de fornecer uma delimitação mais precisa da fronteira entre normalidade e doença mental.

O advento dos medicamentos psicotrópicos, a partir da década de cinquenta, era outro fator importante para uma reorganização do campo psiquiátrico em direção a uma delimitação maior dos diagnósticos. Na medida em que os medicamentos tinham efeito síndrome-específico, ou seja, atuavam apenas em determinados grupos de sintomas, impunha-se a necessidade de critérios diagnósticos mais bem definidos. De um ponto de vista teórico, a experiência clínica com os psicofármacos parecia confirmar a tese Kraepeliniana de que os transtornos mentais eram entidades biologicamente distintas umas das outras (Aguiar, 2004).

Para chegarem ao mercado, as medicações precisavam ser analisadas e aprovadas por um órgão regulatório – que no caso dos EUA trata-se da Food and Drugs Administration (FDA) – que tem suas estritas regras de controle sobre a comercialização de medicamentos. Para serem liberados, os remédios precisam se submeter a testes que provem sua eficácia e segurança, nos quais instrumentos de avaliação estatística e diagnóstica padronizados se fazem imprescindíveis.

Apesar disso tudo, é só na década de setenta que vem o golpe de misericórdia, que torna inadiável a criação de um dispositivo aos moldes do que seria o DSM-III. A psiquiatria era chamada a prestar conta de suas práticas, sob pena de sofrer restrição financeira imposta aos centros de pesquisa e ao reembolso dos tratamentos psiquiátricos. Os fundos de pesquisa do NIMH (National Institute of Mental Health) decresceram 5% ao ano de 1965 até 1972, sendo o principal motivo atribuído para isso era que a inexistência de dados epidemiológicos adequados criava um problema central para o investimento nas pesquisas em saúde mental. As grandes seguradoras de saúde, por sua vez, também impuseram fortes restrições financeiras à cobertura dos procedimentos psiquiátricos nesse período. Robert J. Laur, vice-presidente de uma seguradora americana, assim resumiu a visão de muitos à época de 1975:

“Comparados com outros tipos de serviços [médicos], há menos clareza e uniformidade na terminologia que concerne aos diagnósticos mentais, modalidades de tratamentos, e tipos de acomodações onde prover cuidados. (...) Uma dimensão desse problema emerge da natureza oculta ou privada de muitos serviços; só o paciente e o terapeuta têm conhecimento direto de que serviços foram realizados e por quê” (Wilson, 1993 p.403).

Pode-se perceber pelo exposto que, a partir da década de sessenta, uma série de fatores veio à tona, o que colocou a psiquiatria americana em uma situação de vulnerabilidade. A “desmedicalização”, a ausência de uma fronteira clara de atuação da psiquiatria e as disputas ideológicas dentro do campo fazia com que os políticos e os financiadores do sistema tivessem dúvida sobre a capacidade dos psiquiatras diagnosticarem e tratarem seus pacientes. Mudanças no pagamento de todos os serviços médicos não demoraram a ter impacto na psiquiatria, que era vista como “um poço sem fundo”, que consumia recursos ilimitados. Com a restrição econômica, a regulação dos serviços médicos começa a se impor, produzindo uma demanda por serviços que sejam custo-efetivos, baseados em dados objetivos. O modelo psicossocial, ao não permitir a delimitação de categorias diagnósticas específicas, deixava a psiquiatria despreparada para lidar com essa nova realidade (Aguiar, 2004).

Ao padronizar os diagnósticos psiquiátricos, com dados objetivos e facilmente observáveis, o DSM-III possibilitou que a psiquiatria se adequasse aos métodos regulamentares que se faziam necessários para a sobrevivência da profissão naquele momento. Ele surge como efeito da presença cada vez maior de grandes corporações privadas no campo da psiquiatria, a saber: a indústria farmacêutica e as grandes seguradoras de saúde (Aguiar, 2004).

1.6 – Psiquiatria e psicanálise para além da política

Ao resgatar as relações entre a psiquiatria e a psicanálise ao longo do século XX foi possível perceber que as conjunções políticas e sociais de cada tempo exerceram influência mais decisiva do que qualquer divergência teórica isolada. Desse modo, mais importante do que tentar encontrar uma verdade fundamental, originária, que possa legitimar, seja a psicanálise, seja a psiquiatria – como portadora da última palavra acerca do adoecimento psíquico – é tentar entender a relação de forças que atuam em cada período histórico fazendo emergir determinadas práticas e saberes e produzindo novos modelos de verdade e novas práticas sociais.

Nesse sentido, não se trata de perceber a psiquiatria atual – que se encontra cada vez mais distante do discurso psicanalítico e mais próxima da neurobiologia – como resultado da evolução de um processo científico, que viria finalmente superar antigas concepções ultrapassadas sobre o que é o adoecimento mental. Tampouco é o caso de

adotarmos um sentimento nostálgico de um tempo em que a psiquiatria, tendo a psicanálise como sua ciência de base, era mais humanizada e abordava com mais profundidade as questões da existência.

Tanto uma quanto a outra posição seriam infrutíferas, visto que não há nada que defina o que é a verdadeira natureza da psiquiatria, ou seja, nem a psiquiatria psicodinâmica, nem a psiquiatria biológica podem encerrar a questão sobre o que é afinal a (melhor) psiquiatria. Desse modo, na impossibilidade de analisar a psiquiatria perguntando sobre o que ela é (sua verdade oculta), mais vale investigar como ela funciona. Que relações de forças a fazem emergir? Com que dispositivos ela se conecta? Que novas realidades subjetivas ela engendra? Que realidade a criou e que novas realidades ela fabrica?

É claro que a resposta a cada uma dessas questões vai variar de acordo com a conjuntura do contexto político-social em questão, de quais determinantes fez emergir que tipo de psiquiatria e quais os efeitos essa psiquiatria engendrou. É nessa relação de forças que estamos interessados.

Junto com a intensa difusão da psicanálise nos países centrais do ocidente no pós-guerra, difundiu-se também todo um modo de conceber o ser humano, as relações familiares e amorosas. A psicanálise, mais do que tratar pessoas doentes, lida com mal-estares implicados no viver. O abandono da categoria “neurose” em favor da “síndrome do pânico”, por exemplo, ultrapassa a mera querela classificatória entre diferentes concepções dentro do campo da psiquiatria, tendo a ver com um outro modo de enfrentar os diversos problemas e desconfortos da existência. Transformar as “neuroses” em doenças discerníveis, delimitadas e palpáveis implica em abandonar toda uma empresa de autoconhecimento e trabalho sobre si implicados na psicanálise, em favor da indústria da medicalização do psíquico. (Russo & Venâncio, 2006)

No XXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em 2007, na cidade de Porto Alegre-RS, o psiquiatra German Berrios, importante epistemólogo da psiquiatria, durante suas duas conferências comentou as bases conceituais da psiquiatria deixando bastante claro que, em sua opinião, a psiquiatria é uma espécie de híbrido conceitual. Ele nos diz que a psiquiatria é o nome de um conjunto de práticas frouxamente conectadas, que são relativas ao entendimento e manejo de aflições humanas. Dentro dessa definição bastante ampla e abrangente, Berrios chama atenção para o fato de que todas essas práticas, todas essas formas de psiquiatria – com suas metas e propósitos – não deixam de pressupor um conceito de homem. Identificar qual é esse conceito de

homem implícito, tácito, que dirige a prática clínica e a pesquisa na psiquiatria, torna-se dessa forma imprescindível. (Banzato, 2010)

Nesse sentido, faz toda a diferença para a clínica se concebemos o homem como determinado por uma maquinaria química na qual o cérebro vem a funcionar como “o órgão da mente”, ou como um sujeito que é determinado pelo inconsciente freudiano. É o entendimento do que é o sujeito determinado pelo inconsciente e quais são as conseqüências dessa concepção de homem para a clínica psiquiátrica que pretendemos abordar nos capítulos seguintes nesse trabalho.

CAPÍTULO 2 – A psiquiatria e a psicanálise dentro do campo da medicina

No capítulo anterior abordamos as relações entre psicanálise e psiquiatria privilegiando dois momentos históricos, a saber: a relação de Freud com os médicos suíços Bleuler e Jung no início do século XX e a criação do DSM-III ao final deste mesmo século. Vimos que o relacionamento entre psicanálise e psiquiatria se iniciou efetivamente a partir do encontro de Freud com estes dois grandes médicos de Zurique. Foi a partir daí que a psicanálise passou a ter um papel importante no conhecimento psiquiátrico, exercendo influência crescente no entre-guerras e especialmente nos anos que se seguiram à Segunda Guerra Mundial. Não obstante, uma série de acontecimentos levou a uma adequação cada vez maior da psiquiatria ao discurso médico e parte do preço a ser pago foi a destituição do saber psicanalítico. O grande marco histórico do processo que tem caminhado para um distanciamento cada vez maior entre a psiquiatria e a psicanálise foi a criação do DSM-III.

Se o projeto do DSM-III foi incorporar a psiquiatria ao *modus operandi* da medicina em um empreendimento no qual a psicanálise se viu em vias de exclusão, é importante um melhor entendimento das condições de emergência discursiva destes saberes.

Trabalharemos aqui a medicina, a psiquiatria e a psicanálise como discursos de acordo com a concepção do termo presente no projeto arqueológico de Foucault. De saída é preciso frisar que essa noção de discurso não coincide com o que Lacan nos traz em sua teoria dos quatro discursos, que também apresentamos aqui a propósito das relações entre a psicanálise e os movimentos antipsiquiátricos. Portanto, iniciaremos este segundo capítulo com uma introdução ao pensamento de Foucault e suas relações com os saberes envolvidos em nossa contenda.

Ressaltamos o campo do discurso como o fio condutor que nos levará de uma abordagem histórica das relações entre psiquiatria e psicanálise a uma abordagem no terreno da ética. Está também incluída aqui uma discussão sobre a posição da psiquiatria e da psicanálise diante da ciência.

2.1 – Psicanálise, medicina e psiquiatria em Michel Foucault

A compreensão da psicanálise dentro do pensamento foucaultiano, bem como da psiquiatria e também da medicina só é possível a partir do projeto arqueológico de

Foucault, no qual a história caracteriza-se pela tentativa de demarcar as condições de existência dos discursos, dos objetos que eles constituem, dos sujeitos que os enunciam. Em especial daqueles discursos que tomam o homem como seu objeto e que habilitam determinados tipos de sujeitos para conhecê-los (Chaves, 1988). Ao contrário da análise política do discurso feita nos termos dualistas da oposição entre um discurso dominante e um discurso dominado, o empreendimento de Foucault é no sentido de mostrar o discurso como um campo estratégico no qual os elementos, as táticas, as armas não cessam de passar de um campo ao outro, de permutar-se entre os adversários e voltar-se contra os que os utilizam.

É a posição ocupada por cada um dos envolvidos (ex.: médico/paciente, psiquiatra/doente mental, psicanalista/analista) que faz a diferença e caracteriza a batalha entre os discursos. Para tanto, o discurso não pode ser compreendido apenas como o conjunto de coisas que se diz, nem como a maneira de dizê-las. O discurso está igualmente no que não se diz, ou ainda no que é marcado por gestos, atitudes, maneiras de ser, esquemas de comportamentos, manejos espaciais, enfim: “o discurso é o conjunto das significações constrangidas e constrangedoras que passam através das relações sociais” (Foucault, 1976/2011c p.220).

Foucault (1976/2011c) se preocupa em fazer aparecer no discurso funções que não são simplesmente as da expressão de uma relação de forças já constituídas e estabilizadas, ou da reprodução de um sistema social preexistente. Se o simples fato de falar, empregar palavras, utilizar as palavras dos outros com o risco de retorná-las – palavras que os outros compreendem e aceitam e, eventualmente, as retornam – é em si mesmo uma força; o discurso é para a relação das forças muito mais um operador do que uma superfície de inscrição.

A análise da medicina, da psicanálise, da psiquiatria e dos movimentos antipsiquiátricos dentro das malhas que percorrem as relações entre a produção de saberes – portanto de verdades – e as práticas sociais que essas saberes/verdade engendram, não é, ou pelo menos não deveria ser, sem interesse para as pessoas neles envolvidas.

No que tange as relações entre Foucault e a psicanálise, a palavra que melhor as define é *ambigüidade*, haja vista que nos escritos de Foucault a psicanálise é alvo simultâneo de elogio e crítica. Diferente do que fez com a psiquiatria, Foucault sempre salvaguardou a psicanálise de uma crítica exclusivamente negativa (Chaves, 1988).

Ainda que abordada de forma distinta da psicanálise, a problemática do sujeito é também questão central das pesquisas de Michel Foucault (Winter, 2006). Se para a psicanálise o sujeito é constituído na linguagem, como um ato de resposta suscitada no corpo de um bebê a uma ordem significante, através da qual marcas materiais e simbólicas chegam a ele introduzidas pelo Outro materno (Elia, 2010); para Foucault, o poder não é apenas repressivo, mas constitutivo de uma subjetividade que também é fruto da incidência de uma certa linguagem sobre o corpo. É justamente por ter uma eficácia produtiva que o poder tem como alvo o corpo humano, não para supliciá-lo e mutilá-lo, mas para aprimorá-lo, adestrá-lo (Machado, 2007). Desta forma, tanto para a psicanálise quanto para Foucault, o sujeito não é um dado *a priori*, mas produto de uma “constituição”, termo que vem justamente em oposição a outros como “nascimento” ou “desenvolvimento”.

Perez (2006) localiza a psicanálise em três momentos metodológicos distintos na obra de Foucault: a arqueologia do saber, a genealogia do poder e a hermenêutica do sujeito. Em cada um desses momentos a psicanálise está inscrita dentro de uma lógica distinta. Na arqueologia do saber, a psicanálise é um saber de ruptura com relação às ciências humanas que têm o intuito de reduzir o homem a um objeto. Na genealogia do poder, o estudo das relações saber-poder coloca a psicanálise como uma continuidade das técnicas de confissão – juntamente com a medicina, a psiquiatria e a sexologia – no registro dos saberes disciplinares. Em seu terceiro momento metodológico, o da hermenêutica do sujeito, Foucault reivindica a psicanálise e até o próprio Lacan como sendo, ao lado de Heidegger, um dos poucos que tentou pensar seriamente a relação sujeito/verdade.

No pensamento de Foucault a psicanálise não é vista linearmente nem em um sentido unívoco. Ela pode ser entendida como um saber que é um poder sobre o corpo dos outros quando entendida na história das disciplinas médico-hospitalares ou confessionais; ou compreendida como um saber que é um poder sobre si mesmo quando analisamos os modos de subjetivação de si (Perez, 2006).

Birman (2000) percebe múltiplas figurações e presenças da psicanálise no pensamento de Foucault, que se definem diferencialmente pelos contextos e dispositivos na qual ela se inscreve. Desta forma, inscrita no dispositivo psiquiátrico e tendo que dar conta da experiência da loucura enquanto alienação mental, a psicanálise se materializa de maneira diversa do que quando inscrita no dispositivo terapêutico da medicina no qual é chamada diante das vicissitudes da relação médico-paciente e da presença

antecipada da morte em vida. Mas, teria uma outra inscrição quando o dispositivo em questão são os destinos modernos oferecidos para o erotismo no campo da falácia dos saberes sobre o sexual. E ainda, se tomarmos como ponto de referência as problemáticas da morte do Homem e da morte de Deus, o discurso psicanalítico teria proposto historicamente um lugar inédito para o inconsciente na subjetividade e teria assim enunciado uma modalidade de hermenêutica capaz de ter permeado a totalidade do campo das ciências humanas. Apesar das diferenças, de um modo ou de outro, a psicanálise sempre seria uma formação discursiva que teria materialmente uma incidência sobre o real.

A metáfora utilizada por Perez (2006), que coloca o acontecimento como um prisma e a psicanálise em perspectiva, ilustra bem a forma como a psicanálise atravessa a obra de Michel Foucault:

“O ensino de Foucault nos mostra que a psicanálise, como um acontecimento discursivo e um dispositivo de poder, do mesmo modo que acontece com um prisma de cristal quando é atravessado por um raio de luz, não teria apenas uma única consequência necessária. Seus desdobramentos não são aleatórios, porém, também não são unidirecionais. (...) A perspicácia implacável de Foucault, longe de marginalizar a psicanálise, coloca-a no centro da discussão e nos dá o que pensar” (Perez, 2006 p. 15-16)

Dentro da lógica contida no primeiro momento metodológico, o da arqueologia do saber, Foucault (1976/2011a) toma a psicanálise como a primeira forma de antipsiquiatria na medida em que, ao final do século XIX, ela constituiu-se como projeto de desmedicalização de diferentes fenômenos que eram considerados como doenças pela grande sintomatologia psiquiátrica daquele século. A atividade psicanalítica que Foucault se refere como uma antipsiquiatria é aquela que tem como objeto o conjunto da conduta cotidiana, e não apenas a psicanálise da histeria e da neurose. Mas, ao mesmo tempo em que reconhece esse papel libertador da psicanálise, a crítica foucaultiana não deixa de lado o fato de que, ainda que se oponha à psicanálise, uma antipsiquiatria ou uma antipsicanálise, a psicanálise não escapa de ser um discurso de tipo médico, mais ou menos elaborado em uma perspectiva médica ou baseado em um saber médico. Sendo todos os esforços empregados nesse sentido remetidos a um saber médico, não se chega a sair da medicalização.

Para Foucault (1976/2011b), sem a psicanálise não teria sido possível a crítica da psiquiatria tal como foi conduzida, mesmo de um ponto de vista histórico. Ao mesmo tempo, a psicanálise, não só nos Estados Unidos, mas também na França, funciona de

maneira maciça tal qual uma prática médica. Mesmo não sendo praticada sempre por médicos, é como uma terapêutica e como uma intervenção de tipo médico que ela funciona, fazendo parte então da rede de “controle” médico em vias de se estabelecer por toda a parte. Instala-se assim, o paradoxo a partir do qual, ainda que a psicanálise tenha desempenhado um papel crítico em outro nível, ela atua em consonância com a psiquiatria. Foucault faz aqui referência à obra de Robert Castel (1978), *O Psicanalismo*, cuja leitura é para ele imprescindível, pela maneira como o autor demonstra a rede psiquiátrico-psicanalítica.

A crítica levantada por Foucault, acerca do que é amplamente demonstrado por Castel, talvez seja o ponto mais sensível da elaboração a respeito do lugar da psicanálise em relação à psiquiatria. É apenas ao reconhecer alguma verdade possível nestas críticas, que podemos nos deparar diante da encruzilhada que tem como caminhos possíveis a psicanálise, enquanto uma continuidade travestida do discurso psiquiátrico, ou enquanto uma prática capaz de provocar uma *torção discursiva*, no sentido mesmo do *quarto de giro* no discurso, que ao se esquivar das malhas do poder é capaz de dar lugar ao advento do sujeito do inconsciente, como nos ensina Lacan (1969-1970/1992) em seu décimo sétimo seminário.

No segundo momento metodológico, o da genealogia do poder, Foucault toma a psicanálise como uma prática profissional. Ao assumir essa crítica, Winter (2006) responde a ela reconstruindo os pontos – nos textos de Freud e Lacan – em que a temática da sexualidade e do lugar do analista são reelaboradas para concluir que a posição do analista na vertente não profissional é a do objeto *a*, e não a de um mestre, a de um amigo ou a do olhar médico.

Foucault situa a psicanálise na linhagem profissional na medida em que ela constitui um sujeito sujeitado ao saber de outro que é o analisa, que o interpreta, lhe mostra a verdade. Neste sentido, ela não se diferencia da psiquiatria enquanto uma relação de saber-poder. A veracidade disto não é descartável de saída na medida em que o percurso freudiano pode ser pensado diferencialmente a partir de rupturas que formalizaram sua perspectiva clínica (Winter, 2006).

Freud postula que há um ponto não subjetivável e um desarranjo estrutural universal entre o sujeito e o seu sexo, de modo que a sexualidade no homem é traumática por razões que vão muito além do fato da repressão moral. A descoberta freudiana de que o homem tem com o seu sexo um desajuste estrutural é justamente o que retira a psicanálise do rol de dispositivos disciplinadores e normalizadores do saber-

poder. A psicanálise adentra o terreno do não-subjetivado e o paciente é incitado, na direção da cura, ao encontro com o que causa o desejo, com o objeto, com o Real. Essa perspectiva da clínica psicanalítica que aponta não para um sentido, mas para o Real como impossível de suportar, é o caminho que Winter (2006) buscou para indicar as diferenças relativas à psicanálise no tocante à confissão e à sexualidade.

A análise, como uma proposta de que o sujeito circunscreva essa incompletude radical que é o seu desarranjo estrutural em relação ao seu sexo não é sem conseqüências. A resposta que Winter (2006) dá à crítica foucaultiana é apontar que a relação confessional depende da posição em que o analista se coloca no dispositivo analítico, sendo que, na posição de objeto causa de desejo, ele permite que o analisante conquiste “uma verdade incurável” (Winter, 2006 p.162). No entanto, isso só é possível a partir da compreensão da análise como uma *práxis*, logo, como uma ética.

A compreensão da psicanálise como uma ética é correlata ao terceiro momento foucaultiano, o da hermenêutica do sujeito, no qual Foucault se ocupará da relação do sujeito com a verdade, do falar verdadeiro. Se para Foucault, todo interesse e a força das análises de Lacan é precisamente pelo fato dele ter sido o primeiro, desde Freud, a querer recentrar a questão da psicanálise no problema das relações entre o sujeito e a verdade; para Rajchman (1993), toda a dificuldade do ensino de Lacan foi a dificuldade daquilo em que consiste falar verdadeiramente de si mesmo, foi, portanto, o desafio de uma ética. Eis o que Foucault diz sobre Lacan:

“Ele queria apenas ser ‘psicanalista’. Isso supunha, aos seus olhos, uma ruptura violenta com tudo o que tendia a fazer depender a psicanálise da psiquiatria, ou a fazer dela um capítulo sofisticado da psicologia. Ele queria subtrair a psicanálise da proximidade da medicina e das instituições médicas, que considerava perigosa. Ele buscava na psicanálise não um processo de normalização dos comportamentos, mas uma teoria do sujeito. Por isso é que apesar de uma aparência de discurso extremamente especulativo, seu pensamento não é estranho a todos os esforços que foram feitos para recolocar em questão as práticas da medicina mental” (Foucault, 1981/2006 p.329)

2.2 – A medicina enquanto um discurso

Na década de 70, Ivan Illich chamou a atenção para um processo social ao qual ele deu o nome de “Expropriação da Saúde”. Ao tomar os cuidados de saúde como objetos de consumo, Illich (1975) faz uma crítica sociológica à medicina, que nesta perspectiva, passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano. Illich trabalha a noção de

“Iatrogênese” em três vertentes: clínica, social e cultural. A iatrogênese clínica seria causada pelos próprios cuidados de saúde, um efeito danoso causado pela falta de segurança e pelo abuso de drogas e de tecnologias médicas mais avançadas. A iatrogênese social se refere à crescente dependência da população para com as drogas, os comportamentos e as medidas prescritas pela medicina, é, ao fim e ao cabo, sinônimo da medicalização social ao anular o sentido da saúde enquanto responsabilidade de cada um. A iatrogênese cultural consiste na destruição do potencial cultural das pessoas e das comunidades para lidar de forma autônoma com a enfermidade, a dor e a morte. O que caracteriza o dano aqui é a perda de tudo aquilo que as tradições criaram ao longo dos séculos enquanto expedientes culturais eficazes para enfrentar a vulnerabilidade humana diante de tais contingências da vida (Nogueira, 2003).

O que é interessante destacar do trabalho de Illich, é que a medicina não exerce seus efeitos apenas em um nível individual, ou seja, não é só sobre aquele que se submete a um ato médico que a medicina incide. A medicina causa efeitos no social e na cultura, e isto só é possível porque, muito antes de ser uma prática, a medicina é um discurso.

Com o estatuto de “ciência”, a medicina adquire uma importância crucial na sociedade e assume, na atualidade, o poder de regular o modo de viver dos indivíduos, ditando as regras a serem seguidas a fim de alcançarmos o “bem viver” (Serra, 2009). É porque a medicina invoca a ciência, e a ciência tornou-se sinônimo de verdade que o próprio totalitarismo da medicina é suportado como um mal do qual é preciso esperar um bem (Clavreul, 1983). Inscrita no discurso científico, a medicina também funciona, ela própria como um discurso. Para Clavreul (1983 p.48), “Impõem-se a necessidade de falar da medicina como sendo um discurso. E, primeiramente, para extrair o fato de que se participa do discurso médico mesmo que não se possua seu saber e sua prática”. Para este autor, falar da medicina como um discurso nos permite não depender tanto da idéia de cientificidade que ela faz de si mesma.

Foucault dedica boa parte de sua obra a tentar entender como se constroem e funcionam as formações discursivas. Em, *A Ordem do Discurso*, ele analisa alguns procedimentos de controle internos ao discurso, que se referem ao controle que os discursos exercem sobre outros discursos (Castro, 2009). Trata-se das noções de comentário, autor e disciplina. Destaquemos a disciplina: ela determina as condições que uma proposição deve cumprir para poder pertencer a um domínio determinado do saber, para poder ser considerada verdadeira ou falsa (Foucault, 1971/2009). Uma

disciplina não é a soma de tudo o que pode ser dito de verdadeiro sobre alguma coisa; não é nem mesmo o conjunto de tudo o que pode ser aceito, a propósito de um mesmo dado, em virtude de um princípio de coerência ou de sistematicidade. Desta forma, a medicina não é constituída de tudo o que se diz de verdadeiro sobre a doença. Uma proposição, para que pertença à medicina é preciso que ela responda a condições mais estritas e mais complexas do que a pura e simples verdade: ela precisa dirigir-se a um plano de objetos determinados. Para pertencer a uma disciplina uma proposição deve poder inscrever-se em um certo horizonte teórico.

A partir do século XIX a ciência médica se caracterizava mais por um estilo do que por seus objetos ou conceitos. O que se podia identificar era um caráter constante da enunciação. Pela primeira vez, a medicina se constituía de um corpus de conhecimento que supunha uma mesma visão das coisas, um mesmo esquadrinhamento do campo perceptivo, uma mesma análise do fato patológico segundo o espaço visível do corpo, um mesmo sistema de transcrição do que se percebe no que se diz. Ela deixava de ser um conjunto de tradições, de observações, de receitas heterogêneas para se organizar como uma série de enunciados descritivos (Foucault, 1969/2010).

No interior de seus limites, cada disciplina reconhece proposições verdadeiras e falsas; mas ela repele, para fora de suas margens, toda uma teratologia do saber. Uma proposição deve preencher exigências complexas e pesadas para poder pertencer ao conjunto de uma disciplina; antes de poder ser declarada verdadeira ou falsa deve encontrar-se “no verdadeiro” (Foucault, 1971/2009), ou seja, deve obedecer a certas leis, que o próprio discurso cria a fim de diferenciar o verdadeiro do falso.

Quando hoje se fala da medicina como uma disciplina, é para indicar que aqueles que a invocam aceitaram fazer para si uma regra da observância de suas leis (Clavreul, 1983). O discurso médico demonstra certos fatos, permitindo dar-lhes uma articulação em sua própria lógica. Ele é uma disciplina de avaliação dos fatos e impõe uma disciplina para aquele que mantém esse discurso. O que ele faz é privilegiar alguns fatos ao impor um tipo de olhar no campo que ele constitui. Limitando-se o campo de visão, ele impõe uma visada, e o que o médico observa é o que pode ser inscrito num determinado campo de saber, com exclusão de qualquer outra coisa. É só negando a existência de todo um resto que se pode constituir uma teoria que tenha coerência (Clavreul, 1983).

Neste momento é importante abrir parênteses para uma colocação feita por Nathan Hale (1995). Ao estudar os determinantes históricos que levaram à ascensão e

queda da popularidade da psicanálise nos EUA ele destaca dois períodos em que houve crescente notoriedade da psicanálise neste país. São eles, o entre guerras e as quase duas décadas que seguiram a Segunda Guerra Mundial. A respeito do primeiro período ele observa que a concepção americana de ciência dentro da medicina, que mudaria radicalmente ao longo dos anos, naquela ocasião era muito próxima a Freud. Assim como o pai da psicanálise, os médicos daquela época ainda valorizavam o julgamento clínico com base em observações colhidas em um caso individual. A ciência de laboratório e experimental era compatível com esse tipo de abordagem. Epidemiologia e estatística médica, que sugeririam outros modelos de ciência, estavam apenas começando a ganhar algum espaço e o laboratório acadêmico de psicologia ainda era muito irrelevante para o tratamento. Estando, por assim dizer, a “cientificidade da psicanálise” em consonância com a “cientificidade médica”, não é de se estranhar a psicanálise ter angariado tamanho prestígio no meio médico daquela época.

Outro procedimento que permite certo controle dos discursos é a “rarefação dos sujeitos que os falam”. Ao se impor ao discurso determinadas condições de funcionamento, impõem-se aos indivíduos que os pronunciam certo número de regras e assim não se permite que todo mundo tenha acesso ao discurso. “Ninguém entrará na ordem do discurso se não satisfizer algumas exigências ou se não for, de início, qualificado para fazê-lo” (Foucault, 1971/2009 p.37). Tomar a medicina como um discurso e tentar entender como se constitui um discurso nos mostra que o discurso médico, ao se pronunciar não faz senão rejeitar o discurso do próprio doente.

“A dor de cabeça de que sofre Carmidas não é apreendida por Sócrates como um fato, isto é, de início, situada no vocabulário especificamente médico, com a possibilidade de nomeá-la ‘cefaléia’ ou ‘enxaqueca’, a fim de assim marcar bem que a dor já não mais pertence a Carmidas, mas sim ao médico. A apreensão da dor no discurso médico necessita que sejam encontrados outros elementos de linguagem desse discurso com os quais articular o sintoma(...) A cefaléia é, de saída, apreendida num sistema epistêmico que pode dar conta dela(...) O ato de dominação em que consiste o ato médico consiste em afirmar que a linguagem médica dará conta dela(...) A situação que assim se instaura situa o saber do lado do médico...” (Clavreul, 1983 p. 105)

Que expliquem a alguém que sua doença não lhe pertence especificamente, mas sim ao discurso médico, não é o bastante para fazê-lo esquecer que ele é o lugar dela, e quando se trata dos transtornos psiquiátricos o problema torna-se ainda maior, pois ele não é somente o lugar, mas também o sujeito da doença. A aplicação de um conceito perfeitamente utilizável em outros lugares torna-se então um ato de força contra ele

mesmo, uma violência discursiva, tendo inicialmente por função fazer-lhe objetivar como outro o que lhe cabe particularmente. Seus sintomas, sua angústia, seu delírio, retornam a ele com uma etiquetagem médica, como entidades que lhe são estranhas (Clavreul, 1983). Um rapaz certa vez me dizia não entender porque seu médico insistia para que ele tomasse medicamentos contra “as vozes da esquizofrenia” sendo que ele não escutava “vozes da esquizofrenia”. O que ele ouvia era a voz de uma mulher que não o deixava em paz e insistia em roubar suas músicas e entregá-las aos artistas famosos.

Todo este movimento ao final do qual uma pessoa se encontra expropriada de algo que lhe é particular em favor do discurso médico, na maioria das vezes acontece sem que o médico nem o paciente tenham consciência do que está se operando, e ambos atuam como se tivessem firmado um acordo tácito, ou seja, não ocorre também sem o consentimento do paciente que, via de regra, nada quer saber disto. Isto porque o saber médico funciona no desconhecimento do discurso que o constitui. É então da relação de cada médico com o saber médico que se trata. Cada médico particular é apenas um dos representantes do saber médico, ele é seu funcionário (Clavreul, 1983). A questão que se impõe é a de como então pode-se fazer frente a este desconhecimento.

2.3 – Sobre o nascimento da clínica

Embora seja uma prática social multimilenar, a medicina se introduziu no método científico somente a partir do século XVIII (Barreto, 2010a). Phillipe Pinel, personagem de grande importância para história da psiquiatria e da medicina em geral, publicou em 1798 o trabalho *Nosographie Philosophique*, no qual afirmava que a enfermidade não era outra coisa senão uma alteração de tecidos ou de órgãos e que a maneira de se chegar ao conhecimento correto destas alterações é o estudo da estrutura dos tecidos e das funções dos órgãos (Serra, 2009).

Serra (2009) nos conta que Bichat, seguindo o caminho de Pinel defendeu que a enfermidade deveria ser buscada não no órgão como um todo, mas em cada um dos tecidos que o constituem, sustentando assim que as doenças atacavam os tecidos ao invés do órgão como um todo. Para Foucault as descobertas de Bichat, considerado pai da histologia e da patologia, foram decisivas para a construção de um novo saber e para a constituição da medicina como uma ciência “positiva”.

Já no século XIX, o trabalho do fisiologista Claude Bernard deu início ao experimentalismo na medicina. Bernard defendia a idéia de que para a medicina evoluir, era necessário que as hipóteses formuladas pudessem ser testadas a partir de experimentos para que fossem refutadas ou confirmadas. Ou seja, não bastava observar um acontecimento, era preciso olhá-lo sob condições controladas para assim chegar a alguma conclusão. O avanço da sociedade industrial, com o conseqüente desenvolvimento das técnicas instrumentais permitiram que Bernard atribuísse grande importância às pesquisas laboratoriais. Para ele o laboratório funcionava como o *verdadeiro santuário* da ciência médica (Serra, 2009). Sobre este aspecto, Roudinesco (1998) cita Canguilhem para dizer que entre a experimentação fisiológica do século XVIII e a do século XIX, a diferença radical está na utilização sistemática a partir do século XIX, de todos os instrumentos e aparelhos que as ciências físico-químicas em pleno desenvolvimento lhe permitiram adotar e construir, tanto para a detecção quanto para a mensuração dos fenômenos. É assim que Barreto (2010a) resume este processo histórico da constituição da medicina científica:

“Pinel foi o principal artífice do método clínico, que Bichat enraizou na anatomia patológica, estabelecendo o método anatomo-clínico. Mas, foi preciso esperar o século XX para falar de uma prática médica com bases científicas. O divisor de águas foram os trabalhos de Claude Bernard sobre as constantes do meio interno e de Cannon sobre *homeostasia*, que permitiram estabelecer em termos biológicos, ou mais precisamente fisiológicos, aquilo que a clínica havia definido como normal e patológico” (Barreto, 2010a p.168).

Deste modo, o nascimento da medicina moderna pode ser datado entre o final do século XVIII e o início do século XIX. Ela corresponde a uma composição de práticas, discursos e dispositivos bem heterogêneos. O que é interessante notar é que a clínica se formou menos em torno de um objeto comum, que é o corpo e suas afecções, do que em resposta a demandas múltiplas cuja raiz de legitimação social deriva dos sistemas jurídico, moral e religioso; dos saberes empíricos, institucionais e teóricos da medicina e do campo das práticas de cura, tratamento e terapia. A clínica é resultado da fusão do hospital com a universidade e do encontro de três personagens: o cirurgião (barbeiro errante, parteiro e curandeiro), do médico (servidor de famílias abastadas, administrador hospitalar) e o professor-pesquisador (estudioso da anatomia, teórico do funcionamento do corpo) (Dunker, 2011).

Antes da época contemporânea, prevalecia na medicina a rejeição do dogma da autoridade (Clavreul, 1983). A medicina antiga assimilava ao processo da cura o saber

que o sujeito tinha sobre sua doença e o médico, ao modo de um tradutor, conversava com a doença. Posteriormente, o paciente deixou de ser alguém portador de um saber para ocupar o lugar de um informante que descreve o que sente, mas não conjectura ou nada deve saber sobre seu mal-estar (Dunker, 2011).

Com o advento das ciências na era moderna a medicina deixa de ser uma doutrina e entra em sua fase científicista. Sob esta base não se rege mais por uma singularidade, mas por um universal, próprio da linguagem científica. O paradigma científico foi de fato um fator determinante na construção do modelo biomédico que é o alicerce consensual da medicina científica.

A experiência médica que se funda no final do século XVIII modificou menos seus materiais do que sua forma de sistematização. A clínica não é somente um novo recorte das coisas, mas também o princípio de sua articulação em uma forma de linguagem que, de acordo com nosso hábito, reconhecemos como a linguagem de uma “ciência positiva”. A nova estrutura do saber médico pode ser ilustrada na substituição da pergunta, “O que é que você tem?” que, no século XVIII, dava início ao diálogo entre o médico e o doente, por esta outra, na qual se pode reconhecer o jogo da clínica e a lógica de todo o seu discurso: “Onde lhe dói?”. A partir daí, toda a relação do significante com o significado se redistribui em todos os níveis da experiência médica: entre os sintomas que significam e a doença que é significada, entre a descrição e o que é descrito, entre o acontecimento e o que ele prognostica, entre a lesão e o mal que ela assinala (Foucault, 1980/2008).

Com esta nova racionalidade, a clínica aparece para a experiência do médico como um novo ajustamento do perceptível e do enunciável: nova distribuição dos elementos discretos do espaço corporal (ex.: isolamento do tecido, região funcional de duas dimensões, que se opõe à massa, em funcionamento, do órgão), reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico (uma gramática dos signos substitui uma botânica dos sintomas), definição das séries lineares de acontecimentos mórbidos (em oposição ao emaranhado das espécies nosológicas), articulação da doença com o organismo (desaparecimento das entidades mórbidas gerais que agrupavam os sintomas em uma figura lógica, em proveito de um estatuto local que situa o ser da doença, com suas causas e seus efeitos, em um espaço tridimensional). Não é senão com o sistema dessas reorganizações que o aparecimento da clínica como um fato histórico deve ser identificado (Foucault, 1980/2008).

Nesse novo dispositivo o olhar ocupa posição central, o olho torna-se o

depositário e a fonte da clareza. Olhar purificado, regulado e administrado por uma série de operações nas quais ele funciona como um espelho dotado de memória. A personalidade, tanto do médico quanto do doente, que antes era considerada matriz diagnóstica importante agora é vista como um obstáculo. Há a exigência de que, na clínica médica, a relação entre signos e seus referentes seja estável. Os signos só o são de fato quando se apresentam como imediatamente legíveis na relação entre o olhar do clínico e o corpo do doente. Tudo o que depender da fala ou da lembrança do paciente, do relato de familiares e amigos ou da simples impressão do avaliador passa a ter valor não apenas secundário como suspeito (Dunker, 2011). É nesse sentido que o signo na clínica médica procura excluir o sujeito, já que todo esforço deste novo dispositivo parece estar destinado a se livrar dos embaraços da linguagem.

“O olhar não é mais redutor, mas fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível. E, assim, torna-se possível organizar em torno dele uma linguagem racional. O *objeto* do discurso também pode ser um *sujeito*, sem que as figuras da objetividade sejam por isso alteradas. Foi essa reorganização *formal* e *em profundidade*, mais do que o abandono das teorias e dos velhos sistemas, que criou a possibilidade de uma *experiência clínica*: ela levantou a velha proibição aristotélica: poder-se-á, finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica” (Foucault, 1980/2008 p.XI).

À essência nosológica, que deve ser extraída em toda sua pureza pelo olhar também purificado do médico, o doente acrescenta, como perturbações, suas disposições, sua idade, seu modo de vida e toda uma série de acontecimentos que figuram como acidentes em relação ao núcleo essencial. Deste modo é imprescindível que, para conhecer a verdade do fato patológico, o médico abstraia o doente. Instala-se então um paradoxo no qual o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre e a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses (Foucault, 1980/2008).

Esse novo espírito médico fundado na capacidade de olhar, muito cedo foi vinculado pelos historiadores à descoberta da anatomia patológica que parecia defini-lo no essencial, formando não apenas sua mais viva expressão quanto sua mais profunda racionalidade. Os métodos de análise, o exame clínico e até a organização das escolas e dos hospitais pareciam extrair daí sua significação na medida em que a medicina poderia enfim alcançar os princípios de sua positividade (Foucault, 1980/2008).

No que concerne à psiquiatria, Foucault (1973-1974/2006) nos conta que a partir de 1825 a prática da autópsia passou a ocorrer com certa freqüência em muitos hospitais e tinha essencialmente o sentido de dizer que, se há uma verdade da loucura, ela

certamente não está no que dizem os loucos, mas nos nervos e nos cérebros deles. A anatomia patológica foi o recurso através do qual pôde-se rejeitar de vez tanto a palavra do louco quanto o acesso de loucura, momento de crise no qual a loucura poderia revelar sua verdade. Agora pode-se amarrar o louco em uma cadeira e perfeitamente não ouvir o que ele diz porque é à anatomia patológica que será perguntado qual a verdade da loucura quando o louco já estiver morto.

Ocorre que, diferentemente do que aconteceu em outras áreas da medicina, o romance entre a psiquiatria e a anatomia patológica durou pouco. Enquanto a medicina conseguiu ancorar sua clínica na anatomia patológica e estabelecer em bases fisiológicas o normal e o patológico, com a psiquiatria não aconteceu nem uma coisa nem outra. Esta foi introduzida no método anátomo-patológico por Bayle em 1822, com a paralisia geral progressiva. No entanto, ficou restrita aos casos de demência, de deficiência mental e às psicoses orgânicas e sintomáticas, sendo que na grande maioria dos casos prevaleceu o método clínico. No que concerne às bases fisiológicas para o normal e o patológico, ainda que com os avanços das neurociências, tal possibilidade sequer desponta no horizonte. Nem mesmo a mais grave das doenças mentais, a esquizofrenia, pode ser caracterizada em termos biológicos (Barreto, 2010a).

Com respeito ao fracasso da psiquiatria em conseguir se estabelecer em bases fisiológicas e anátomo-patológicas, Foucault (1973-1974/2006) observa um curioso processo que ocorreu nos tribunais a partir dos anos 1820-1825. Nessa época, sem que tivessem recebido qualquer pedido do ministério público, do presidente do tribunal e nem mesmo de advogados, médicos davam sua opinião sobre um crime, e procuravam de certa forma reivindicar para a doença mental o próprio crime. Não importava o crime que fosse os psiquiatras lançavam a pergunta: será que não é um sinal de doença? A interpretação que Foucault dá ao se perguntar o porquê desse interesse dos psiquiatras pelo crime, por reivindicar tão fortemente e tão violentamente o fato do crime pertencer à doença mental tem certa relação com o fracasso do casamento entre a psiquiatria e a anatomia patológica. A vinculação da loucura a todo crime era o meio de fundar o poder psiquiátrico não em termos de verdade, mas em termos de perigo e assim ancorar a prática psiquiátrica em termos de defesa social. Deste modo, se a anatomia patológica dá legitimidade à medicina ao fundar sua prática em verdade, o regime da ordem e da disciplina legitima a prática psiquiátrica. É neste sentido que Foucault (1976/2011b) nos alerta *que* não podemos tratar do mesmo modo a medicina e a psiquiatria, já que, enquanto a primeira pode exercer seus efeitos de poder a partir de seu relacionamento

com o saber científico, a segunda funciona sem se relacionar ao saber científico, a não ser imaginariamente.

2.4 – A psicanálise, a psiquiatria e a ciência.

Barreto (2010b) recorre a uma fábula de Esopo para metaforizar a prática psiquiátrica. As aves declararam guerra às feras e estavam vencendo a batalha. O morcego então aliou-se a elas, mas a partir do momento em que as feras passaram a vencer o morcego mudou de lado. Percebendo o jogo de oportunismo, aves e feras castigaram o morcego. Com tal metáfora Barreto (2010b) pretende alcançar a transdisciplinaridade em que se encontra a psiquiatria. Para este autor a psiquiatria é o campo em que se estuda a consciência alterada, tendo em vista uma pré-condição que é o cérebro, e um mais além que é o inconsciente. Complexo objeto de estudo, a psiquiatria se insere em uma tríplice determinação: biopsicossocial. Ela é médica, leva em consideração uma determinação psicológica e exerce uma função política (segregadora, adaptativa, questionadora, democrática). Ele conclui dizendo que a psiquiatria, estritamente falando, não é uma disciplina nem médica nem “humana”, todavia perpassa por ambas; e melhor seria se ela abandonasse o oportunismo e assumisse sua condição de morcego.

Com relação à filiação da psiquiatria a ciência pouco temos a dizer neste momento, haja vista ser a psiquiatria um campo de estudo epistemológico bastante complexo. Prova disto é o que acabamos de mostrar com a metáfora utilizada para tentar definir sua *práxis*. Portanto, para nossos objetivos mais imediatos, nos limitaremos a ressaltar o que tentamos explicitar no item anterior, ou seja, se a psiquiatria pode de alguma forma estar referida à ciência, com certeza não é da mesma forma, nem no mesmo nível em que está o restante da medicina. De qualquer modo, é abusivo pensar que a medicina pode estar completamente referida à ciência, tal como pretende a idéia da “medicina baseada em evidências”.

Quanto à psicanálise, é pouco dizer que ela se relaciona com a ciência de modo distinto da medicina. De fato, a relação da psicanálise com a ciência possui um estatuto único, isso porque a posição da psicanálise diante da ciência é antes de tudo uma subversão.

A introdução na medicina do método experimental pelo fisiologista Claude Bernard pode ser considerado o grande corte epistemológico a partir do qual a medicina

entra de vez nos cânones da ciência. Isto porque, nada é mais importante para a ciência moderna do que a possibilidade de testar suas hipóteses em meios controlados para assim confirmá-las ou refutá-las.

É com a física de Galileu que a ciência alcança sua vertente moderna. A partir de Galileu, a experimentação na ciência passa a se diferenciar da experiência comum, da simples observação. O método experimental da ciência moderna envolve uma interferência planejada na natureza, orientado por uma teoria, diferente da experiência sensível em acordo com a tradição medieval, que equivale à apreensão dos fenômenos pelos sentidos, a mera contemplação da natureza.

Se a física moderna, empírica e matematizada de Galileu foi aquilo que se produziu como fundação da ciência no sentido moderno do termo, é em Descartes que encontraremos a elaboração filosófica correspondente, que consiste em retirar as conseqüências desse ato em relação à subjetividade (Elia, 2000). Descartes almejava comunicar suas descobertas por meio de uma escrita formalizada, puramente matemática e atribuir o estatuto científico apenas às coisas susceptíveis de expressão segundo os parâmetros da ordem e da medida. Com seu *Discurso do Método* pretendia neutralizar a interferência da subjetividade na busca da verdade científica tentando afastar-se do conhecimento imediato, aquele definido pelos sentidos e pela intuição. O método cartesiano é então concebido como uma forma de eliminar as idéias pré-concebidas, o uso da imaginação e a visão mágica do mundo (Serra, 2009).

Milner (1996) considera que Descartes de fato proporcionou, pelo ordenamento de sua obra, o que o nascimento da ciência moderna requer do pensamento. Se a física matematizada elimina todas as qualidades dos existentes, uma teoria do sujeito que pretenda responder a tal física deverá também despojar o sujeito de toda qualidade. Este sujeito, constituído segundo a determinação característica da ciência é então o sujeito da ciência. Nas palavras de Milner (1996, p.33): “Correlato sem qualidades suposto num pensamento sem qualidades, vemos em quem esse existente – chamado de sujeito por Lacan, não por Descartes – responde ao gesto da ciência moderna.” É nesse sentido que se pode dizer que o gesto inaugural da ciência enquanto moderna é a exclusão da subjetividade e, por conseguinte, do sujeito.

Entre o sujeito e o método científico a alternativa parece ser cristalina: ou confiamos no método, de acordo com sua acepção moderna, e transformamos o sujeito em objeto de conhecimento como qualquer outro, ou optamos pelo sujeito, mas assim estamos em um saber e um discurso que não pode mais se reivindicar como científico. É

a esta escolha forçada que o ponto de partida cartesiano nos leva. A ciência moderna se define pela confiança no método e este, por sua vez, tem por condição sua adequação ao objeto. Não é possível, entretanto, reduzir as complexas relações entre psicanálise e ciência a essa alternativa simples. À bem da verdade, a psicanálise situa-se exatamente no lugar em que esta alternativa mostra-se problemática e até mesmo paradoxal (Dunker, 2011).

A antinomia existente entre a psicanálise e o método experimental não é sem conseqüências para a psicanálise. Não é raro que psicanalistas recebam críticas do meio acadêmico no que tange a apresentação empírica dos resultados de seu trabalho. Os psicanalistas, por sua vez, de forma alguma devem ficar alheios à pertinência e fundamentação dessas críticas. Embora a excelência dos trabalhos psicanalíticos seja constada entre os pares, essa excelência intramuros não avança para além de suas fronteiras de modo a alcançar o meio científico e acadêmico fora da psicanálise, com algumas poucas exceções. Se os psicanalistas e os pacientes sabem que a psicanálise funciona, fica então a questão sobre quais sistemas de validação poderiam comprovar seus resultados? (Freire & Pereira, 2011)

Elia (2000) vem nos dizer que há em psicanálise um “campo de pesquisa” que é o inconsciente e que este campo inclui o sujeito. Sendo a clínica psicanalítica a forma de acesso a este sujeito do inconsciente, toda e qualquer pesquisa em psicanálise seria, por assim dizer, uma pesquisa clínica. Neste sentido, o modo pelo qual o saber em questão será produzido obedecerá à lógica do saber inconsciente, que implica a transferência e será elaborado a partir da instalação do dispositivo analítico. Há assim um interdito de que uma hipótese conceitual prévia a escuta venha a ser colocada a prova experimental. Se o cenário da pesquisa em psicanálise é a clínica, isto faz com que as exigências metodológicas do dispositivo analítico se imponham e o analista-pesquisador dirija sua escuta, sua intenção de pesquisa ao que visa saber sem partir de um saber previamente estabelecido, a ser verificado ou refutado. Em psicanálise, em decorrência das exigências estruturais do dispositivo através do qual a clínica opera, o contexto da descoberta coincide com o contexto da verificação.

Estando o modelo de pesquisa experimental sob interdição para a clínica psicanalítica pelos motivos que acabamos expor, isto seria o mesmo que dizer que ele não se aplica para o problema da validação de resultados em psicanálise ou mesmo para outras questões que não propriamente clínicas ou relativas ao inconsciente? Será que o modelo experimental não teria outras funções para a psicanálise que não tivessem que

estar necessariamente ligados a clínica? A fim de introduzirmos novos elementos ao debate sobre a validação de resultados e a comprovação da eficácia da psicanálise nos moldes impostos pelo método experimental, apresentamos a seguir alguns trabalhos trazidos por Freire e Pereira (2011).

Na Universidade de Giessen, na Alemanha, os pesquisadores Leichsenring e Rabung (2008), ao constatarem as controvérsias no meio psiquiátrico mundial a respeito da Psicoterapia Psicanalítica de longa duração, realizaram uma grande pesquisa na literatura psicanalítica, publicada entre 1960 e maio de 2008, que envolveu 1053 pacientes portadores de diversos tipos de transtornos mentais. Os resultados que revelaram a eficácia do tratamento psicanalítico puderam ser publicados numa respeitada revista americana de medicina.

O impacto do artigo mereceu um editorial na mesma revista, no qual Glass (2008) relembra um trabalho da década de 1980, publicado no *American Journal of Psychiatry*, no qual Parloff (1982) questiona a efetividade e a eficácia das diversas modalidades de psicoterapias por constatar o quanto os resultados de eficácia de várias delas estavam aquém daqueles apontados pelo desenvolvimento da terapêutica medicamentosa com resultados padronizados e passíveis de serem reproduzidos para comprovação de eficácia.

Este autor não poupou críticas à falta de critérios de comprovação das diversas modalidades de psicoterapia, o que, além de trazer prejuízos para os pacientes, traria também prejuízos econômicos para a política governamental de saúde mental em nível mundial, tendo em vista que gastos com técnicas psicoterápicas sem comprovação de eficácia acabariam por se tornar enormes sorvedouros do investimento público.

Desse modo, Parloff (1982) recomenda aos médicos que enquanto as psicoterapias não comprovem sua eficácia empírica, as Terapias Cognitivo-Comportamentais estariam mais aptas a serem aceitas e terem suas práticas reconhecidas pelos comitês de pesquisas de renomadas revistas internacionais. Isso ocorreria justamente devido a suas pesquisas mais rigorosas, com especificações claras de metas e intervenções terapêuticas junto aos portadores de transtornos mentais, tendo projetos lógicos que diminuam a ambigüidade dos resultados (Freire & Pereira, 2011). Se no título de seu artigo Parloff questiona se Bambi sobreviverá a Godzilla, com os resultados apresentados por Leichsenring e Rabung (2008), Glass (2008, p.1589 *tradução nossa*) pôde em seu editorial dizer: “Por hora, a questão é: essa nova metanálise significa que a psicoterapia psicanalítica de longo prazo sobreviveu ao

Godzilla da exigência de demonstração empírica de sua eficácia? A resposta é um sonoro sim.”

Freire e Pereira (2011) percebem um fenômeno que, embora ainda muito incipiente, tem sua importância para a psicanálise. Trata-se dos primeiros indícios no meio científico não-psicanalítico de uma postura de abertura para algumas pesquisas de outros recortes teóricos e clínicos diversos da terapia cognitivo comportamental, incluindo a psicanálise, que trazem a evidência de eficácia em seus resultados. Com o rigor e a pretensa imparcialidade da ciência de resultados, os revisores extramuros à psicanálise e a outras correntes psicopatológicas têm aceitado artigos de psicanálise em revistas não-psicanalíticas, sendo algumas delas pertencente ao mais seletivo grupo da psiquiatria norte-americana.

As meticulosas revisões a respeito dos resultados da Psicoterapia Psicodinâmica, bem como o esforço e empenho em delinear uma base de evidência para a psicanálise têm feito com que as pesquisas sobre a eficácia da psicanálise dirigidas pelo pesquisador Falk Leichsenring sejam cada vez mais reconhecidas no meio científico fora das fronteiras psicanalíticas.

No Brasil, em 2007, a Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul publicou uma pesquisa sobre avaliação de resultados em psicanálise. Esta pesquisa empregou entrevistas semiestruturadas com pacientes e um questionário de efetividade e escala de avaliação global do funcionamento aplicado por *experts* independentes, externos à pesquisa (Jung et al, 2007). Os resultados da pesquisa se mostraram favoráveis à psicanálise e, ressaltamos juntamente com Freire e Pereira (2011), que a relevância de pesquisas como esta se encontra não propriamente na clínica psicanalítica, mas sobretudo, em ter sido publicada em uma revista de psiquiatria de importância no território nacional.

O relato das circunstâncias em que ocorreu a mesa redonda, *Psicanálise e Medicina*, em 1966, também tem sua importância no debate sobre a validação de resultados em psicanálise. A fala de Lacan (1966) nesta ocasião foi uma experiência cujo final desastroso expõe justamente isto que a medicina e todo meio acadêmico extramuros à psicanálise solicita-lhe para que possa iniciar um diálogo. Ao mesmo tempo, colocamos a questão do que pode haver aí que é causa de tanta resistência para os psicanalistas.

Tal é a cena que nos é descrita por Vieira (2002). Jenny Aubry, pessoa de influência ainda que figura relativamente apagada na história do movimento

psicanalítico, sendo há três anos diretora de uma enfermaria infantil no pavilhão pediátrico da Pitié-Salpêtrière – cargo que ocupava parte como psicanalista, parte como médica pediatra que era – resolveu promover uma mesa redonda para contribuir com uma reflexão sobre o que era causa dos maiores problemas à sua equipe: a relação com os médicos das outras enfermarias. Tendo passado a promover a abordagem psicanalítica dos problemas psicológicos infantis em sua enfermaria, surgiu algum desentendimento entre sua equipe e os médicos de outras enfermarias, que se queixavam de não saber “quem” ou “como” encaminhar à enfermaria de Jenny Aubry. Por parte da equipe da enfermaria, o ressentimento era devido às inúmeras demandas excessivamente técnicas do tipo psicodiagnóstico e de uma utilização do endereçamento à “ala psi” como forma de livrar-se de pacientes difíceis. Aubry convida então para este encontro dois médicos, Royer e Klotz, e os descreve como aqueles com quem havia podido estabelecer uma verdadeira relação de trabalho.

Neste momento, nos interessa apenas Royer. Pediatra que valoriza a bioquímica, ele é antes de tudo um cientista que afirma não saber o que é a psicanálise e não ter nenhum interesse em sabê-lo. Sua aproximação de Jenny Aubry é por um motivo bem concreto. Passou a endereçar pacientes ao serviço de psicanálise uma vez que verificou que, ainda que sua equipe trabalhasse de forma competente, valorizando a técnica em um trabalho objetivo e isto lhe causasse estima, suas intervenções se acompanhavam de muito sofrimento. Aubry então decide enviar uma psicóloga para trabalhar com esta equipe e Royer constata efeitos benéficos indiscutíveis da presença desta profissional, mas não sabe dizer exatamente como isso se deu. Sua questão então é justamente a da necessidade de que a natureza deste efeito possa ser investigada. Em seu pensamento de cientista, se a experiência está dando certo é preciso saber como organizá-la para que possa ser transmitida, para que possa ser reproduzida em contextos diversos. Vieira (2002, p.117) resume a colocação de Royer de forma lapidar: “Não quero saber de psicanálise, não sei o que é, só sei que funciona e se funciona deve ser trazida para o campo da ciência”. A pergunta de fato que ele endereça a Lacan é a seguinte: “É possível que a psicanálise seja objeto de estudos científicos que comprovem a sua eficácia e que a partir daí possamos expandir seu raio de ação?”.

A princípio não havia motivos para este encontro acabar mal, mas acabou. Graças a Jenny Aubry, havia ali uma transferência positiva para com Lacan e ele ocupava uma posição em que um psicanalista raramente se encontra em hospital, sobretudo com relação ao corpo médico, a de sujeito suposto saber.

No mesmo hospital em que Freud havia estado setenta anos antes, Lacan então toma a palavra por quarenta e cinco minutos – quando se esperava uma resposta de quinze minutos – e opera uma catástrofe cuja extensão do estrago pode ser avaliada pelas palavras de Royer, que considerou seu discurso “chocante para os médicos da assembléia”.

Royer considerou ter caído em numa “arapuca”, que só ouviu “banalidades” e acrescenta não ter sido sensível de maneira alguma aos argumentos desenvolvidos, uma vez que tinham coisas mais sérias para fazer, sendo então isso quase uma desonestidade. Em sua visão, Lacan emitira julgamentos inaceitáveis sobre os médicos e demonstrara desconhecer completamente o que é a medicina. As palavras de Klotz, o outro médico ali presente, não foram menos impactantes, ele diz que não ficou chocado porque respeita um homem apaixonado, mas acredita só ter ouvido sandices. Klotz concorda com Lacan em relação ao fato do paciente querer algo a mais que simplesmente a cura e confessa que não sabe o que fazer com esse “a mais”, mas entende que Lacan está no mínimo tão perdido quanto a ele.

Não pretendemos de forma alguma entender ou interpretar a atitude de Lacan nesta conferência, por outro lado, não podemos deixar de notar que ele apresentou aí uma performance caricatural, o que nos obriga a tomar o cuidado de não descartar a profundidade do que ele diz, movidos pelo que pode causar em nós o “personagem Lacan”, tal como parece ter feito Royer e Klotz.

Se Lacan – que inicia sua fala dizendo que irá se restringir às respostas a Jeanne Aubry – deixa Royer sem resposta para sua questão sobre a possibilidade da psicanálise ser objeto de estudos científicos que comprovem a sua eficácia e que a partir daí seja possível expandir seu raio de ação, esperamos que os trabalhos de Leichsenring, Rabung e de outros que citamos aqui lhe sirvam de resposta.

2.5 – A psicanálise e os movimentos antipsiquiátricos

O termo antipsiquiatria foi inventado por David Cooper, para quem a psiquiatria, para mostrar alguma eficácia, precisaria de uma transformação tão radical a ponto de lhe valer o nome de antipsiquiatria (Barreto, 1999). Ele serviu para designar um movimento político de contestação do saber psiquiátrico que ocorreu entre 1955 e 1975 na maioria dos países em que se haviam implantado a psiquiatria e a psicanálise (Roudinesco & Plon, 1998). Mais precisamente, “os movimentos antipsiquiátricos têm como ponto de

ancoragem países em que a psicanálise médica e ortodoxa tornou-se a norma aceita e onde a psiquiatria dinâmica evoluiu de maneira ainda mais solidificada.” (Roudinesco, 1988 p.525).

O movimento antipsiquiátrico compreendeu um diversificado grupo de críticas ideológicas e políticas. Elementos comuns da crítica antipsiquiátrica podem ser resumidos da seguinte maneira: se a fronteira entre o normal e o anormal é fluida, como sugere o modelo psicossocial, então os diagnósticos psiquiátricos são arbitrários e; uma vez que nenhuma base fisiopatológica pode explicar a doença mental, esses distúrbios não podem ser chamados doenças, no sentido médico convencional do termo. Assim, as principais correntes da antipsiquiatria empreenderam uma visão fortemente conservadora a respeito do modelo médico e sua relação com os transtornos mentais. A ênfase do modelo psicossocial no papel da família, da pobreza e da discriminação racial na patogênese ao lado da igual importância colocada no papel dos tratamentos de base comunitária para a doença mental deixaram as portas abertas para o tipo de crítica lançado pelos antipsiquiatras. A lógica aqui exposta é a de que, se o modelo psicossocial postula as relações interpessoais e sociais como as causas fundamentais da psicopatologia, a relação entre psiquiatria e medicina é, na melhor das hipóteses, indireta (Wilson, 1993).

Tal movimento nunca possuiu uma verdadeira unidade e, embora Cooper tenha sido seu principal personagem, os itinerários de cada um de seus protagonistas devem ser estudados em separado (Roudinesco, 1998). David Cooper no Reino Unido, Franco Basaglia na Itália, Thomas Szasz nos Estados Unidos – e muitos outros – realizavam separadamente por volta dos anos 60 experiências comparáveis. Os dois primeiros eram psiquiatras de hospital e o terceiro professor de psiquiatria na Universidade de Nova York. Se por um lado, esses movimentos nascidos de forma independente uns dos outros e em diferentes países têm bases doutrinárias bastante diversas, por outro, possuem uma grande convergência em suas aplicações, o que lhes dá uma identidade comum. Dentre as diversas bases doutrinárias nas quais se apóiam os diferentes movimentos antipsiquiátricos podemos citar as concepções “comunicacionais” do grupo de Palo Alto, com Grefory Bateson; as concepções sartrianas com Ronald Laing e David Cooper; o retorno à psicanálise freudiana com Thomas Szasz e à psicanálise lacaniana com Maud Mannoni (Mannoni, 1992).

No extremo da crítica antipsiquiátrica, Thomaz Szasz tomou a doença mental como um “mito”, considerando os “rótulos” psiquiátricos como designações arbitrárias

que, longe de prestarem algum serviço aos pacientes, servem às necessidades dos profissionais e da sociedade dominante. Dentro deste mesmo ponto de vista, “teóricos da rotulagem” como Thomas Scheff e Erving Goffman, salientaram a função de controle social do diagnóstico psiquiátrico. Este último, após se internar em um hospital psiquiátrico, a fim de revelar a dinâmica destas instituições a partir da perspectiva do internado, ou seja, daquele que ali está após ter sido rotulado como doente mental, reconhece o papel da medicina ali não como algo natural, mas como exercendo uma função. Para ele, a presença da perspectiva médica dentro do manicômio dá uma forma de ver as pessoas além das perspectivas sociais padronizadas e assim funciona como um meio de ficar um pouco cego para gostos e aversões comuns. A moratória da vida em família, quando colocada a partir de fundamentos médicos, torna-se muito útil para alguns pacientes uma vez que está aliada à noção médica geral de “possibilidade de cura” da “perturbação mental”, depois da aplicação de “tratamento” (aspas colocadas pelo próprio Goffman, [1961/2008]). Isto faria com que se tornasse mais fácil para alguns pacientes e suas famílias, a reintegração na comunidade livre; a idéia de que a pessoa está passando por um tratamento de determinada duração e que será útil para o resto de sua vida poderia dar a alguns um sentido aceitável para o tempo em que passam exilados no hospital e, de forma geral, sob o rótulo diagnóstico psiquiátrico. Ao colocar o papel médico como uma função e não como algo necessário, Goffman mantém a idéia de que a relação entre medicina/psiquiatria e loucura é apenas indireta. Por fim, ele conclui sua experiência da seguinte maneira:

“Os doentes mentais podem descobrir-se numa ‘atadura’ muito especial. Para sair do hospital, ou melhorar sua vida dentro dele, precisam demonstrar que aceitam o lugar que lhes foi atribuído, e o lugar que lhes foi atribuído consiste em apoiar o papel profissional dos que parecem impor essa condição. Essa servidão moral auto-alienadora, que talvez ajude a explicar por que alguns internados se tornam mentalmente confusos, é obtida em nome da grande tradição da relação de serviço especializado, principalmente em sua versão médica. Os doentes mentais podem ser esmagados pelo peso de um ideal de serviço que torna a vida mais fácil para nós.” (Goffman, 1961/2008 p.312)

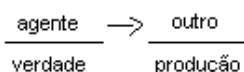
O ideal antiautoritário dos anos de 1960 deu às críticas antipsiquiátricas uma certa legitimidade e um apelo romântico (Wilson, 1993). Por defender direitos previstos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, publicada em 1948, e a garantia de mais liberdade, sua ideologia propagou-se por áreas afins de modo a encontrar muitos adeptos nos movimentos de contestação dos anos de 1960 e 1970. Marcados por um grande desejo de mudança, o pensamento que ficou conhecido como contracultura

encontrou adeptos entre aqueles que por algum motivo reivindicavam seus direitos à cidadania e à diferença. Neste sentido, a contracultura teve grande repercussão entre as chamadas minorias – negros, homossexuais, mulheres etc. Sua direção era sempre a da constante busca da igualdade de direitos, a negação dos valores tidos como normais e a contestação dos modelos vigentes. Se no Brasil este movimento foi declarado durante a ditadura militar, na Europa, sua presença foi de grande peso na famosa revolta estudantil de maio de 1968 (Oliveira, 2011).

Ainda que não seja considerada parte do movimento antipsiquiátrico, foi neste mesmo contexto sociocultural que Jacques Lacan elaborou sua teoria dos quatro discursos que compõem o Laço Social, tal como nos é apresentada em seu décimo sétimo seminário, intitulado o *Avesso da Psicanálise* e cuja capa mostra o líder estudantil Daniel Cohn-Bendit desafiando com seu olhar irônico um policial (Jorge, 2002).

Lacan abordou quatro formas de laços sociais, a partir das três profissões dadas por Freud (1937/1976) como impossíveis – governar, educar e psicanalisar – acrescidas da posição histórica de fazer desejar; e os chamou de *discursos*⁵, em razão dos laços sociais serem tecidos e estruturados pela linguagem (Quinet, 2001).

Os discursos de Lacan correspondem às estruturas mínimas de qualquer laço social, sempre concebido como fundado exclusivamente na linguagem. Mais essencialmente, eles levam às últimas conseqüências a tese lacaniana de que o inconsciente é um saber (Jorge, 2002). Os matemas dos discursos consistem na disposição ordenada das letras – S1 (significante mestre), S2 (saber), \$ (sujeito dividido), e *a* (objeto *a*) – em lugares fixos: verdade, agente, outro e produção, estabelecidos por Lacan por meio de dois binômios interligados por uma seta. Podemos ainda ir além dizendo que o binômio agente/verdade representa o campo do sujeito, e o binômio outro/produção, o campo do Outro (Jorge, 2002).



⁵ O termo discurso, tal como é usado por Lacan para teorizar os laços sociais enquanto forma inserção na linguagem, não tem o mesmo significado que é dado a ele por Foucault ao falar de discursos de verdade. Em Foucault, as regras que determinam uma formação discursiva apresentam-se como um sistema de relações entre objetos, tipos enunciativos, conceitos e estratégias (GRANJEIRO, 2005). Na obra de Foucault discurso está intimamente relacionado à produção de verdade. O que interessa a ele é analisar as condições e regras específicas que existem para a formação do saber às quais o discurso encontra-se submetido nas diferentes épocas históricas. (MOTTA, 2006)

Em *O Seminário Livro 17*, são trabalhados por Lacan (1969-1970/1992) os discursos do psicanalista, do mestre, do universitário e da histórica. Uma explicação mais detalhada sobre a teoria dos quatro discursos vai além do escopo desta dissertação. Nos limitaremos aqui aos discursos do mestre e do psicanalista, e apenas a alguns pontos-chaves que servirão de baliza para nossa elaboração teórica neste momento.

O discurso do psicanalista se estrutura de forma avessa ao discurso do mestre – aspecto central, e que dá título ao décimo sétimo seminário de Lacan – e é o único capaz de fazer emergir o sujeito com sua verdade. Assim, o discurso do psicanalista é o único em que o outro é tratado como sujeito, e não como objeto. Segundo Jorge (2002), o psicanalista se dirige ao outro de uma forma radicalmente nova na cultura, toma-o como sujeito falante, capaz de produzir os significantes primordiais fundadores de sua história.

A partir da teoria dos quatro discursos de Lacan, poderíamos aproximar o discurso psiquiátrico ao discurso do mestre se entendêssemos que nele o psiquiatra ocupa o lugar de mestre que, com seu olhar e sua palavra, poderia restabelecer o poder da razão. O produto deste discurso seria a constituição de um objeto, que é a “doença mental” (Rinaldi, 2002).

Quando tratamos da relação médico-paciente, esta, segundo Quinet (2001), pode estar nas quatro modalidades de laço social. Tomemos exemplos caricaturais apenas do que nos interessa neste momento. Quando o médico manda e o paciente obedece, como na prescrição de um remédio, estamos diante do discurso do mestre. Quando o médico se cala, ocupando o lugar de objeto causa de desejo, faz o paciente segredar aquilo que nem mesmo ele sabia que sabia, emerge o discurso do analista (Quinet, 2001).

O mesmo, no entanto, vale para relação entre o psicanalista e o sujeito em análise, que pode estar nas quatro modalidades de laço social. É justamente isso que faz com que a crítica foucaultiana em relação à psicanálise poder funcionar como uma extensão de procedimentos de submissão próprios de discursos mais identificados com as posições de mestria, como é o caso da medicina e da psiquiatria, desperte tanto nosso interesse. É apenas ao assumir isto que podemos aprofundar no questionamento sobre as relações entre psiquiatria e psicanálise sem cair na ingenuidade de achar que tanto uma como outra ocupam posições estanques e garantidas no laço social. Nada nos permite fazer a correlação unívoca, inequívoca e imutável que coloca de um lado,

psiquiatria/medicina e discurso do mestre e, de outro, psicanálise e discurso do analista. Muito pelo contrário, como podemos ver nas palavras do próprio Lacan:

“Vamos avançar. E, para evitar, quem sabe, um mal-entendido, entre outros, gostaria de dar-lhes esta regra como primeira aproximação – a referência de um discurso é aquilo que ele confessa querer dominar, querer amestrar. Isto basta para catalogá-lo em parentesco com o discurso do mestre. É exatamente esta a dificuldade daquele que tento aproximar tanto quanto posso do discurso do analista – ele deve se encontrar no pólo oposto a toda vontade, pelo menos confessada, de dominar. Disse pelo menos confessada não porque tenha que dissimulá-la, mas porque, afinal, é sempre fácil voltar a escorregar para o discurso da dominação, da mestria” (Lacan, 1969-70/1992 p.72).

É justamente o fato de que para Lacan os discursos “giram” e para Foucault, o discurso é um campo estratégico no qual os elementos não cessam de passar de um lado ao outro, que nos permite avançar no questionamento a que se destina este trabalho.

A posição do seminário de Lacan em relação ao cenário cultural dos movimentos estudantis, tal como foi brevemente exposto aqui, talvez nos ajude a entender a colocação de Roudinesco (1998) que afirma que na França não houve nenhuma verdadeira corrente antipsiquiátrica, uma vez que, de um lado, a esquerda lacaniana ocupou parcialmente o terreno da revolta contra a ordem psiquiátrica, através da corrente da psicoterapia institucional, e de outro, em função de Michel Foucault e Gilles Deleuze, cujos trabalhos cristalizaram a contestação antipsiquiátrica a uma dupla ortodoxia, freudiana e lacaniana.

Se a corrente lacaniana é a única dentre todas as da psicanálise francesa a se mostrar receptiva à mensagem dos antipsiquiatras sem, no entanto, partilhar de suas convicções, é justamente porque o lacanismo ocupa nesse país um lugar contestador que faz dele um equivalente ideológico da antipsiquiatria. Paradoxalmente, a escola lacaniana serve ao mesmo tempo de filtro e barreira à antipsiquiatria, uma vez que não abandona a “ordem estrutural” da psiquiatria dinâmica, em favor do existencialismo sartriano de Cooper e Laing (Roudinesco, 1988). Como nos diz Roudinesco (1988 p.531), “as teses estruturais e as concepções existenciais se cruzam sem se unir; dizem a mesma coisa por vias diferentes”.

Para Mannoni (1992), não foram as reflexões filosóficas e nem mesmo a contestação dos intelectuais que puderam fazer com que as tendências da antipsiquiatria suscitasse tamanha espécie de militância e provocassem realizações experimentais frequentemente tão audaciosas e originais. Para ele, tudo isso só foi possível devido a uma crise da própria psiquiatria, que se tornava incapaz de transformar-se por razões de

diferentes ordens, tais como o peso das medidas político-administrativas, das necessidades econômicas, dos cursos universitários e das carreiras hospitalares, a longa tutela ideológica dos neurologistas, etc. No início do movimento antipsiquiátrico havia acima de tudo sentimentos de insatisfação profissional por parte dos psiquiatras, que tinham como base aspectos éticos, sociais e políticos ilustrados pelo autor da seguinte forma:

“Os argumentos de bom senso, que ainda recentemente eram utilizados, perderam sua credibilidade. A polícia poderá dizer ainda: ‘os loucos existem, é um fato, portanto é necessário ocupar-se deles’, mas os psiquiatras sabem que as verdadeiras interrogações são: o que é um louco? O que significa ocupar-se deles? Também sabem que os loucos lhes são designados (por quem e como) antes que eles os tenham “diagnosticado”. E pede-se-lhes que os diagnostiquem como “perigosos”, ou que o deixem subentendido, de sorte que o termo “diagnóstico”, tomado da medicina, não é verdadeiramente aplicável. Aliás, a Organização Mundial de Saúde banuiu do seu vocabulário o termo “doença mental”, mas ele ainda não está apagado da ideologia médica. A loucura acabou por funcionar como as “doenças diplomáticas”. Uma vez que não se sabe o que fazer com os “loucos”, nem o que dizer sobre eles, supor-se-á que são “doentes” e assim se terá conseguido uma solução administrativa. O psiquiatra de plantão fornecerá o atestado administrativamente necessário. Não está em questão aqui a possibilidade de ocorrerem abusos ou irregularidades. Mas no que consiste a administração da loucura quando funciona regularmente. Os psiquiatras descobriram que eram vítimas como os outros. Não aprovam esse estado de coisas. Mas este subsiste. Eles o suportam. É contra esse sistema abstrato, no fundo, que a antipsiquiatria investe” (Mannoni, 1992 p. 174).

Tal como ocorrera com Freud na descoberta da histeria, ou com Lacan a propósito da paranóia, a antipsiquiatria também reivindicou a aventura de uma mulher, a quem coube o papel que teria sido o de Anna O. para a psicanálise freudiana e o de Aimée para o lacanismo (Roudinesco, 1988). Trata-se de Mary Barnes, que tinha passado sua vida nos hospitais como enfermeira chefe e agora encontrava-se gravemente psicótica. Foi em *Kingsley Hall*, um local de acolhida para “pacientes”, localizado em Londres e vinculado à *Philadelpia Association Limited*, fundação dirigida por David Cooper e Ronald Laing, cujas atividades se iniciaram no ano de 1965, que Mary Barnes pôde abandonar pela primeira vez suas defesas de enfermeira rígida. Em *Kingsley Hall* pôs-se a lambuzar as paredes com seus próprios excrementos e ainda que os outros residentes procurassem reduzir-lhe a zona de atividade, não o faziam em nome da razão nem do conformismo, como provavelmente teria feito um psiquiatra: era simplesmente por causa do constrangimento olfativo provocado. Laing, por sua vez, limitou-se a dizer que “faltava cor àquilo” e foi a partir dessas palavras que ela se pôs a procurar pincéis, a fim de pintar verdadeiros afrescos, se tornando então uma célebre

pintora que expõe suas telas em Londres e Nova York. Mais tarde ela publicou suas memórias (Barnes & Berke, 1983).

Foi muito discutido o modo como Mary não podia conceber a amizade senão fazendo dela o suporte de uma idéia de morte ou de homicídio. Somente quando a interrogação acerca da razão pela qual se fazia necessário uma vítima sacrificial pôde ser formulada, que Mary Barnes acabou por falar sobre seu irmão, o “verdadeiro esquizofrênico”. O que tinha sido introduzido aí como repetição – à maneira de uma análise, mas sem que nenhum analista se intrometesse – foi a revelação de uma família de psicóticos, que era a dela. Foi só ao poder ter a sua “loucura recebida” em *Kingsley Hall*, que Mary Barnes pôde fazer desta um ato de criação, como conclui Mannoni (1992).

Contado desta forma, e por um psicanalista como Octave Mannoni, não fica difícil de identificar certa proximidade do movimento antipsiquiátrico com a psicanálise. De fato, Mannoni (1992) nos aponta que se analisarmos as idéias que possibilitaram o movimento é preciso registrar o que ele deve à influência freudiana, ainda que expor corretamente no que consista essa influência seja tarefa árdua, já que uma importante parcela dos antipsiquiatras é nitidamente hostil à psicanálise. Talvez possamos arriscar que o principal ponto de convergência entre a antipsiquiatria e a psicanálise esteja na questão da linguagem, já que tanto para Szasz como para Cooper, o ponto principal da “esquizofrenia” é que ali está em jogo uma outra forma de comunicação, ou seja, uma outra maneira de se colocar na linguagem. Acrescenta-se a isso o que já foi dito anteriormente sobre existencialismo e o estruturalismo.

Digno de nota é a posição de Cooper com relação aos medicamentos. Não os tendo rejeitado (empregava-os em dose muito fracas), dizia aos seus pacientes: “Eu lhe dou esta coisa para que possamos falar dos assuntos que importam”, em vez de dizer: “Eis um medicamento que vai curá-lo” ou, o que é pior: “Para que fique tranqüilo”. Mannoni (1992) nos chama atenção para o fato de que não se trata de uma nuance na forma de apresentação de um remédio: a “apresentação do medicamento” seria apenas um blá-blá-blá acessório na medida em que o que conta é apenas o efeito farmacodinâmico, que não depende de ninguém. No entanto, o que é importante frisar é que na fórmula de Cooper o que conta exclusivamente é a fala, já que o remédio é dado juntamente com um forte convite à fala, sendo então o “medicamento” apenas uma facilitação.

No intercruzamento entre a psicanálise lacaniana e a antipsiquiatria, é fundamental darmos destaque a Maud Mannoni. Ela é autora do primeiro livro que esboçou a linha antipsiquiátrica na França, *L'Enfant arriéré et sa mère*, que foi a ocasião de um congresso em Paris no outono de 1967. Impedido de comparecer, Winnicott enviou Laing (que chegou a ser supervisionado por Winnicott) e Cooper para representá-lo. Esta primeira manifestação da antipsiquiatria militante na França provocou um choque tanto nos psiquiatras como nos psicanalistas de modo a ter sido necessário a autoridade de Lacan para que Laing e Cooper fossem tolerados. Lacan aproveitou esta oportunidade para lembrar a problemática da relação da liberdade do homem com sua loucura (Mannoni, 1992).

Em 1970, Maud Mannoni publica na França, na coleção do “Campo Freudiano”, o livro de David Cooper, *Psiquiatria e Antipsiquiatria*, sendo este, o único livro da corrente antipsiquiátrica a ser publicado numa coleção de psicanálise. Ela também é a única na França a montar uma instituição de caráter antipsiquiátrico inspirada no modelo inglês da *Kingsley Hall*, a qual havia visitado. Dá ao local o nome de *Escola Experimental de Bonneuil-sur-Marne*. Maud Mannoni recebe aí o apoio de grandes nomes como Françoise Dolto e Pierre Fédida. Um ponto importante que Roudinesco (1988) destaca é que a escola de Maud não se apóia nas referências existenciais apregoadas pelos anglo-saxões, ou seja, ela se vale da experiência antipsiquiátrica, mas não de suas teses. Ao contrário, acrescenta a essa experiência o ensino de Lacan e, ao invés de privilegiar a relação imaginária com o outro, ou seja, a situação contra a estrutura, Maud Mannoni leva em conta a ordem simbólica, que possibilita encarnar a lei, bem como a noção de crise trazida por Winnicott, que permite ao pessoal de atendimento e aos pensionistas anunciarem seu mal-estar (Roudinesco, 1988).

Nos Estados Unidos, Shorter (1997) faz um vínculo entre o movimento antipsiquiátrico e a introdução dos psicofármacos na cena psiquiátrica. Para ele, o advento de medicações para serem usadas nos casos de psicoses e neuroses pode ter induzido os médicos a uma certa despreocupação com a necessidade que os pacientes têm de se sentirem cuidados. Há uma diferença muito grande entre a longa e persuasiva expressão de cuidado que a psiquiatria de orientação psicoterápica tende a oferecer e uma curta entrevista voltada para checar efeitos colaterais das medicações. Nesse sentido, psiquiatras muito voltados para a ciência eram tidos como aqueles que teriam perdido sua capacidade de cuidar. Um grande número de intelectuais se identificou com o movimento antipsiquiátrico norte americano e a força de suas idéias fabricou uma

massa de hostilidade para com os avanços do pensamento biológico dentro da psiquiatria.

Vários livros foram publicados quase que simultaneamente nos Estados Unidos, tendo um impacto importante na cena psiquiátrica da época. Destacam-se aí *Madness and Civilization*, publicado em 1961, que é o nosso *História da Loucura na Idade Clássica*, de Michel Foucault e, *Asylums*, que é o já citado *Manicômios, Prisões e Conventos* de Erving Goffman, também de 1961. Soma-se a eles *O Mito da Doença Mental*, de Thomas Szasz, lançado um ano antes. Esses trabalhos cultivaram uma ira contra os hospitais psiquiátricos e o papel do empreendimento psiquiátrico. Neste cenário, a obra que mais inflamou o imaginário popular contra a psiquiatria foi o romance de Ken Kesey-Kesey, *One Flew Over the Cuckoo's Nest*, que deu origem ao filme estrelado por Jack Nicholson, *Um Estranho no Ninho*, na versão brasileira. Este romance que tentava passar a mensagem de que pacientes psiquiátricos não são doentes mas apenas desviantes, formou a imagem da psiquiatria para uma geração inteira de estudantes universitários, e o filme feito a partir dele varreu a Academia do Oscar vencendo nas cinco principais categorias (Shorter, 1997).

2.6 – O médico/psiquiatra e a medicina/psiquiatria científica

Se por um lado a psiquiatria se adequou à proposta geral da medicina na modernidade bem como a seus pressupostos mecanicistas e objetivistas na intenção de aproximar-se do ideal científico, por outro, há que se extrair as conseqüências de uma medicina e, principalmente, de uma psiquiatria científica.

Dentro do campo científico o médico passa a ser provido de um instrumental de controle quantitativo das constantes biológicas e de tecnologias que visam a capacidade de proporcionar a melhor regulação possível destas constantes. Ele é então parte importante da busca incessante de um ideal de saúde, ideal este a ser atingido através do que o mundo industrial é capaz de lhe oferecer para que coloque a prova em sua prática.

Como veremos no próximo capítulo, a partir da segunda guerra mundial, a saúde entra progressivamente na economia de mercado e passa a ser desejada, consumida. Neste cenário, o médico nada mais é que um intermediário entre o campo industrial e o doente, que agora passa a funcionar como um consumidor como outro qualquer. O médico se vê então diante de uma dupla demanda, que o conduz na direção de se tornar um operador de uma saúde produzida em laboratório. Longe de dispensar o que o

avanço de novas tecnologias de diagnóstico e tratamento pode proporcionar, o que nos interessa são os efeitos que isto gera nas práticas sociais engendradas por essa medicina/psiquiatria. Nossa hipótese é que é neste ponto que pode estar a principal contribuição que a psicanálise pode dar à psiquiatria e à medicina.

Partiremos agora para o campo da ética, no qual pretendemos localizar o modo através do qual, amparado pela psicanálise, o médico/psiquiatra encontrará condições de se posicionar para além da alienação que lhe é imposta pela tentativa de objetivação e “cientificização” de sua prática, sem que para isso precise abrir mão do que o desenvolvimento tecnológico e científico em seu campo podem lhe proporcionar.

CAPÍTULO 3 – Psiquiatria e psicanálise: uma contribuição no campo da ética

Falar do lugar da psicanálise na psiquiatria hoje é antes de tudo falar do lugar da psicanálise na medicina, uma vez que a psiquiatria, embora não se relacione com a medicina da mesma forma que a cardiologia, a nefrologia, a oncologia etc, por razões diferentes determinadas pelas circunstâncias sociais, econômicas e políticas de cada época e lugar, nunca deixou de lutar por seu lugar na ordem médica. Não se trata de forma alguma de questionar essa “luta”, tendo em vista que se formulássemos a questão acerca das condições de existência da psiquiatria fora do campo da medicina, muito provavelmente chegaríamos à conclusão de que essas condições são inexistentes. Por outro lado, se existe um lugar para a psiquiatria dentro da medicina, este é com certeza marginal, pelo simples fato de que não o sendo, ela também perde completamente suas condições de existência por se confundir completamente com a neurologia.

Neste terceiro capítulo tomaremos como eixo central de nosso desenvolvimento a conferência de Jacques Lacan (1966) a qual já fizemos referência no capítulo anterior: *O lugar da psicanálise na medicina*. Na ocasião, Lacan (op.cit) aborda o assunto de forma visceral trazendo para o centro da discussão a função propriamente médica a partir do momento em que a medicina entra em sua fase científica e este desenvolvimento inaugura e põe cada vez mais em primeiro plano um novo direito do homem à saúde, que chega inclusive a se motivar em uma organização mundial. Uma vez objeto de uma organização mundial, trata-se logo de saber em que medida a saúde é produtiva, o que exige que o médico se oponha aos imperativos que fariam dele empregado de uma empresa universal da produtividade.

É no registro da resposta à demanda, ou às novas demandas que são feitas ao médico, que Lacan aponta para uma saída possível deste dilema. Ele localiza aí o lugar da psicanálise na medicina e, é o caminho da ética que ele aponta como aquele através do qual o médico poderia se opor a estes imperativos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), que é o órgão a que Lacan se refere, tem como finalidade de sua existência alcançar para todos os povos o grau mais alto possível de saúde que ela define logo nas primeiras linhas de sua constituição que citamos aqui textualmente:

“Os estados partes desta Constituição declaram, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, que os seguintes princípios são básicos para a felicidade, as relações harmoniosas e a seguridade de todos os povos:

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções e enfermidades.

O gozo do grau máximo de saúde que se puder lograr é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social.” (OMS, 1946/2009 p.1)

Essa definição que a OMS dá a saúde data de 1946, ocasião de fundação desta organização. Kloetzel (1999) observa de forma bastante perspicaz que ao se manifestar sobre o que afinal é a saúde, a OMS nada pronuncia sobre a doença. Ressalta que não há dúvidas de que houve aí boa intenção na medida em que, à época, declarar que a saúde está intimamente relacionada às condições físicas, ao ambiente e às variáveis psicossociais representava uma pequena revolução. Mas, se é verdade que houve nessa definição de saúde, *humana e ambiciosa*, o mérito de alertar aqueles que ainda não haviam se dado conta que a doença é uma variável multifatorial, seus efeitos sobre os médicos, principalmente os mais jovens, não foi inteiramente benéfico. Para alguns, a medicina se tornou motivo de desencanto, dada a sua impotência diante da enormidade de problemas que tinha que resolver. Outros, partindo para o extremo oposto, o da onipotência, se viram subitamente defrontados com horizontes amplos, entendendo que o alcance de seus remédios e demais bagagens (dentre as quais se incluiu o saber) era ilimitado, solução inclusive para a fome e a infelicidade.

Após a pontuação destes determinantes históricos que transformaram a saúde em objeto de ação estatal, dentro da perspectiva de uma nova moral do corpo que a introduz no plano da macroeconomia, passaremos à já citada conferência de Lacan aos médicos. Analisaremos ainda alguns aspectos do funcionamento na prática da intervenção do capital sobre a medicina e em seguida abordaremos questões sobre a ética da psicanálise para então analisarmos alguns casos clínicos através dos quais pudemos identificar como a referência da psicanálise pôde ser determinante para a abordagem e a boa evolução destes.

Nos perguntamos se tais intervenções com referência na psicanálise não guardariam relação com o que Lacan quis dizer ao final de sua conferência sobre *O lugar da psicanálise na medicina*: “Se o médico deve continuar a ser alguma coisa que não a herança de sua função antiga, que era uma função sagrada, é a meu ver, prosseguir e manter em sua própria vida a descoberta de Freud.” (Lacan, 1966 p.14).

3.1 – A medicina no serviço dos bens – a saúde enquanto objeto de consumo

Enquanto os juristas dos séculos XVII e XVIII inventaram um sistema social que deveria ser dirigido por um sistema de leis codificadas, não seria de toda absurda a afirmação de que os médicos, desde o século XX, estão inventando uma sociedade não da lei, mas da norma. O que rege essa sociedade não são códigos, mas a distinção incessante entre o normal e o anormal, a perpétua empreitada de restituir o sistema da normalidade. Hoje, a medicina é portadora de um poder autoritário relativo às funções normalizadoras que vai muito além da existência dos doentes e de suas demandas (Foucault, 1976/2011a).

A partir do século XX a medicina começou a funcionar fora de seu campo tradicional delimitado pela demanda do doente, sua dor, seus sintomas etc. Passa a responder a outro motivo além da demanda do doente. Ela se impõe ao indivíduo, doente ou não, como um ato de autoridade. Seu campo de ação passa a se estender desde a sexualidade com seus comportamentos, desvios e anomalias, passa pela educação e criação dos filhos e vai até tudo o que supostamente poderia garantir a saúde do indivíduo, como o saneamento da água, as condições de vida ou o regime urbano. Em sua aguda crítica à medicina, Illich (1975, p.123) observa este fenômeno:

“A instituição médica é uma empresa profissional, tem para matriz a idéia que o bem-estar exige a eliminação da dor, a correção de todas as anomalias, o desaparecimento das doenças e a luta contra a morte. Reforça os aspectos terapêuticos das outras instituições do sistema industrial e atribui funções higiênicas subsidiárias à escola, à polícia, à publicidade e mesmo à política. O mito alienador da civilização médica cosmopolita chega assim a se impor bem além do círculo em que a intervenção do médico pode se manifestar.”

Essa característica da medicina de se ocupar de domínios distintos das doenças e das demandas de seus pacientes é fruto de um desbloqueio epistemológico do final do século XVIII que se deu, seguindo Foucault (1976/2011a), a partir de quatro grandes processos: 1) aparecimento de uma autoridade médica social, que toma decisões relativas a uma cidade, um bairro, uma instituição ou a um regulamento, em lugar de uma autoridade médica que é simplesmente a autoridade do saber, ou do erudito que sabe referir-se aos bons autores; 2) aparecimento de um campo de intervenção da medicina que não o da doença: o ar, a água, as construções, os terrenos, os esgotos etc, tornam-se objetos da medicina ao longo do século XVIII; 3) introdução de um aparelho de medicalização coletiva, o hospital, que antes do século XVIII não era uma instituição

de medicalização, mas de assistência aos pobres à espera da morte; 4) introdução de mecanismos de administração médica, a saber: registros de dados, estabelecimento e comparação de estatísticas etc.

Em sua análise do fenômeno através do qual a medicina amplia ao infinito seu horizonte de ação, Foucault (1976/2011a) privilegia os anos 1940-1945, mais precisamente 1942, quando foi elaborado na Grã-Bretanha, o Plano Beveridge. Este plano serviu, ali e em outros países, de modelo para a organização da saúde no dia seguinte à Segunda Guerra Mundial.

O Plano Beveridge se baseou em um relatório organizado pelo economista liberal e funcionário público inglês, William Beveridge. Tendo como mote principal a questão da seguridade social, o relatório ainda previa que o governo deveria não só assegurar serviços de saúde com qualidade e gratuidade, como também fornecer meios para reabilitação profissional e promover a manutenção no emprego. Havia ainda preocupações com a taxa de natalidade e mortalidade, amparo à infância, proteção à maternidade, reforma do sistema previdenciário, preocupação com doenças e incapacidades, além de despesas especiais com aluguel, nascimento, casamento, viuvez e morte. Dentro de toda essa abrangência, Beveridge elegeu a doença, a ignorância, a miséria, a imundície e a desocupação como os maiores problemas que a sociedade inglesa deveria enfrentar, e os chamou de os “cinco gigantes” (Cardoso, 2010).

Consolidou-se assim não o direito à vida, mas um direito mais importante e complexo: o direito à saúde. A época de elaboração do Plano Beveridge não deixa de ser bastante simbólica, na medida em que, no coração de uma guerra que matou 40 milhões de pessoas e que causava grandes destruições, uma sociedade se encarregava da tarefa explícita de garantir aos seus membros, para além de uma vida, uma vida com a boa saúde.

O Plano Beveridge dava ao Estado a incumbência de encarregar-se da saúde, mas isso já o era desde o século XVIII. O que caracteriza a novidade é que se até a metade do século XX a garantia da saúde significava para o Estado essencialmente a preservação da força física nacional, da força de trabalho, da capacidade de produção e da potência militar, com o Plano Beveridge a saúde se transformou em um objeto de preocupação para o Estado no que concerne aos indivíduos e assim, o direito do homem a manter o seu corpo em boa saúde passou a ser objeto de uma ação estatal.

Na época da solidificação do Império Romano, a alma tornou-se um objeto de intervenção estatal na medida em que o Estado tomava para si o encargo de cuidar das

almas. O Estado cristão não deveria apenas realizar as funções tradicionais do Império como também permitir às almas obter sua salvação inclusive obrigando-as a isso caso se fizesse necessário. Existia assim um modelo de governo fundado em uma teocracia para o qual a salvação das almas constituía um dos principais objetivos. Em lugar de uma teocracia, o que pode ser visto em nosso tempo, e que já vinha sendo preparado desde o século XVIII, é uma “somatocracia”. No regime em que vivemos uma das finalidades da intervenção estatal é o cuidado do corpo, a saúde corporal, a relação entre doença e saúde (Foucault, 1976/2011a).

Para Foucault (1976/2011a), muito mais que uma inversão do direito, o que entra em jogo é uma moral do corpo. No século XIX apareceu em todos os países do mundo uma importante literatura sobre a saúde e sobre a obrigação dos indivíduos em garantir não apenas a sua saúde quanto a de sua família. O conceito de limpeza e higiene passou então a ocupar lugar central enquanto requisito indispensável para uma boa saúde uma vez que permite trabalhar visando à sobrevivência das crianças e garantir o trabalho social e a produção. A partir da segunda metade do século XX, surgiu um outro conceito. Não se falava mais da obrigação da limpeza e da higiene para se usufruir de uma boa saúde, mas do direito a ficar doente quando se quiser e quando for preciso. Começou-se a tomar corpo o direito de interromper o trabalho, que se torna mais importante que a antiga obrigação de limpeza, que caracterizava a relação moral dos indivíduos com seu corpo.

Com o Plano Beveridge a saúde entra então no campo da macroeconomia. Por intermédio da saúde, das doenças e da maneira de garantir as necessidades de saúde faz-se uma certa redistribuição econômica na medida em que uma das funções da política orçamentária da maioria dos países desde o início do século XX foi assegurar, valendo-se do sistema de impostos, certa igualização das rendas, quando não dos bens. Essa redistribuição, por sua vez, não dependia do imposto, mas do sistema de regulação e da cobertura econômica da saúde e das doenças. Ao garantir para todos as mesmas possibilidades de receber um tratamento e curar-se quiseram corrigir parcialmente a desigualdade dos rendimentos. A saúde, a doença e o corpo começam assim a ter suas bases de socialização.

A partir de então, a saúde se torna um objeto de verdadeira luta política. Após a Segunda Guerra Mundial não havia um partido político ou campanha eleitoral nos países desenvolvidos, não importava o país, que não apresentasse o problema da saúde e da possibilidade de o Estado garantir e financiar suas despesas.

Foucault (1976/2011a) conclui que, inscritos desta forma dentro da macroeconomia, o corpo humano e a saúde passam também a estar inseridos no sistema de consumo e no mercado. Tornada um objeto de consumo, a saúde passa a ser um desejo para uns e um luxo para outros. Ela pode ser produzida por laboratórios farmacêuticos, distribuída pelos médicos e consumida por doentes possíveis e reais. Desta forma, o corpo humano entra no mercado pelo simples fato de ser suscetível de saúde ou doença, de bem-estar ou de mal-estar, de alegria ou de dor, além de objeto de sensação e de desejo.

3.2 – Medicina, médicos e a psicanálise

No capítulo anterior expusemos as circunstâncias em que Lacan tomou a palavra em um colóquio organizado por Jeanne Aubry acerca do lugar na psicanálise na medicina. Agora, voltemos nossa atenção para o conteúdo desta fala de Lacan, uma vez que temos aí pontos centrais de nossa investigação.

Já de início, o lugar da psicanálise na medicina é definido como marginal e extra-territorial. A marginalidade se refere ao fato da medicina tomá-la apenas como uma espécie de ajuda exterior tal como considera outras diversas formas de assistentes terapêuticos: fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia etc. Quanto a extra-territorialidade, Lacan (1966) a coloca como do lado dos psicanalistas, que tem suas razões para querer conservá-la, ainda que estas razões não sejam as suas. Não diz, no entanto, nada mais sobre isto, deixando margem para as mais diversas interpretações sobre as quais não vamos nos debruçar aqui.

A fala de Lacan (1966) centra-se basicamente na forma que assume hoje a inserção da medicina dentro da ciência. A prática médica nunca ocorreu sem que tenha sido acompanhada por doutrinas. Se anteriormente estas doutrinas tenham se proclamado científicas, isso nunca as tornara mais científicas. A invocação da ciência a partir da retomada, com considerável atraso de tempo, de uma ou outra aquisição científica, funcionava apenas como um recurso para mascarar o que de fato era a medicina: uma prática filosófica.

É neste panorama que Lacan (1966) observa um deslocamento importante e rápido, que vem ocorrendo naquilo que ele chama de função do médico, assim como em seu personagem, que é um elemento importante na dita função. Ao considerar a história do médico através das eras, o grande médico, o médico padrão, era um homem de

autoridade e prestígio, sendo que, o que Balint formalizara com seu célebre aforismo: “o médico, ao receitar, receita-se a si mesmo”, sempre ocorreu.

O que Lacan localiza como entrada da medicina em sua fase científica tem relação com uma concepção de mundo diferente daquela em que a invocação da ciência pela medicina servia apenas como mascaramento de uma prática filosófica. Ele diz do nascimento de um novo mundo, que exige os condicionamentos necessários na vida de cada um à medida da parte que cada um desempenha na ciência, cujos efeitos estão presentes na vida de todos os cidadãos. Se as funções do organismo humano sempre foram objeto de uma experimentação segundo o contexto social, é no ponto em que as exigências sociais são condicionadas pelo aparecimento de um homem que sirva às condições de um mundo científico que, provido de poderes de investigação e pesquisa, o médico se encontra face a novos problemas.

O contexto descrito por Lacan (1966) não é outro senão o que se delinea a partir do momento em que a relação da medicina com a ciência cruza com a entrada da saúde e do corpo na economia de mercado. Neste novo cenário, o médico nada tem mais de privilegiado. Ele é apenas mais um na organização da equipe de peritos diversamente especializados nas diferentes áreas científicas, e é do exterior de sua função, principalmente da organização industrial, que lhe são fornecidos os meios e as questões para introduzir as medidas de controle quantitativo, os gráficos, as escalas e os dados estatísticos através dos quais se estabelecem as constantes biológicas. Sua colaboração será considerada bem-vinda para programar as operações necessárias ao bom funcionamento fisiológico.

Requerido em sua função de cientista fisiologista, o médico está submetido ainda a outros chamados do mundo científico, que deposita em suas mãos tudo aquilo que é capaz de produzir em termos de tecnologias de investigação e tratamento. Ao colocar todos estes dispositivos à disposição do público, o mundo científico pede ao médico, assim como se pede a um distribuidor, que os coloque à prova. É diante deste cenário que Lacan (1966) traz a questão acerca de onde está o limite em que o médico deve agir e à que ele deve responder. A algo que se chama demanda? Pergunta ele.

O desenvolvimento científico põe cada vez mais em primeiro plano o direito do homem à saúde. Isto por sua vez gera uma modificação da relação médica com a saúde, na medida em que o poder da ciência dá a todos possibilidade de virem pedir ao médico seu *ticket* de benefício preciso e imediato. Assim, delinea-se a dimensão do que Lacan (1966) denomina demanda. Ele nos orienta quanto à importância clínica do modo de

resposta à demanda e alerta para a estrutura da falha que existe entre a demanda e o desejo. No momento em que alguém nos demanda algo, isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que se deseja.

Lacan (1966) prossegue introduzindo o termo “falha epistemo-somática” para assinalar o efeito que teria o progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo. Para Vieira (2002), esta expressão parece indicar o lugar do gozo como conceito que visa tornar esta falha instrumento da operação do analista. O gozo para Lacan (1966) está completamente excluído da relação epistemo-somática, e é justamente o que o corpo em seu registro purificado vai propor à medicina.

Lacan (1966) afirma que o corpo é feito para gozar e que o corpo goza, retomando assim a pulsão de morte em seu rigor e renovando o desconforto que este conceito freudiano deveria gerar para o terapeuta preocupado com o bem de seu paciente (Vieira, 2002), neste caso, o médico. O conceito freudiano de pulsão de morte se refere à tendência de todo ser vivente de retornar ao estado inanimado, livre de qualquer excesso de excitação (Freud, 1920/1976). O termo gozo para Lacan não é exatamente prazer, mas sim feito de prazer e dor. Assim, a afirmação de que o corpo goza indica que algo ali está em ruptura com um corpo harmonioso concebido para a vida (Vieira, 2002).

Mais a frente, Lacan (1966) entra em um ponto fundamental para nossa proposta de estudo, que é a posição do médico em relação aos tranqüilizantes, ou seja, os psicofármacos. Para ele, do ponto de vista do gozo, o uso ordenado do que chamamos mais ou menos de tóxicos seria repreensível a não ser que o médico entre em uma dimensão ética, que se estende em relação ao gozo e onde confluem duas balizas: a demanda do doente e o gozo do corpo.

Alguns pontos nesta conferência merecem destaque especial: 1) O médico é demandado não só pelo doente, mas também pelo Outro da ciência e do capital que o colocam como seu funcionário; 2) O Bem que a ciência promete e solicita ao médico que entregue aos pacientes está em desacordo com as tendências pulsionais a que o corpo, substância que goza, está submetido; 3) Se enquanto funcionário, o médico está alienado no Outro, Lacan aponta uma saída possível, que passa pela via freudiana, ou seja, pela psicanálise.

Entende-se então que a mensagem principal que Lacan pretende passar aos médicos diz respeito ao fato da psicanálise ser capaz de responder à subversão da posição do médico pela ascensão da ciência. Se entendemos que a posição de

funcionário em que o médico é colocado diante da ciência guarda relação com a posição de Alienação, não há outro papel que a psicanálise pode desempenhar aí que não criar as condições de possibilidades para uma operação de separação, que necessariamente aponta para a relação com o saber.

É justamente na direção do problema que diz respeito ao sujeito em sua dupla relação com o saber que Lacan (1966) conduz seu pronunciamento. Em sua posição original, a de prestígio e autoridade, o médico, diferente de responder a demanda provinda dos imperativos da indústria, é chamado a responder a uma demanda de saber, na qual a função da relação com o sujeito suposto saber, revela a dimensão da transferência. Se é na medicina em que mais do que nunca a ciência está com a palavra, é aí também que mais do que em qualquer outro lugar, suporta-se este mito do sujeito suposto saber.

A dupla posição a que Lacan (1966) se refere parece ser esta em que o médico, em sua posição de sujeito-suposto-saber, por um lado lida com um investimento energético do qual ele não suspeita o poder se isto não lhe é explicado pela psicanálise; e por outro lado, precisa colocar esse investimento entre parênteses em razão dos poderes dos quais dispõe e que deve distribuir enquanto funcionário do dispositivo científico.

Para Lacan (1966), o médico prosseguir e manter em sua própria vida a descoberta freudiana seria a maneira possível de opor aos imperativos que fazem dele empregado desta empresa universal da produtividade – que agora abarca a saúde e o corpo – e assim resgatar sua função antiga, que era uma função sagrada.

3.3 – As relações entre o capital e a medicina

Se em 1966, Lacan já enxergava a ação do capitalismo sobre a medicina e, sobretudo, sobre a figura do médico, ele dificilmente tinha a exata noção do que realmente acontecia ou viria a acontecer. Reportaremos aqui alguns trabalhos, dois deles publicados nas mais respeitadas revistas de medicina do mundo, como forma de tentar dimensionar não só o papel que o capitalismo exerce na formação do “saber” médico, como também esclarecer porque é tão importante uma direção ética para a clínica psiquiátrica.

Em 2007, Campbell *et al* publicaram no *Journal of the American Medical Association*, o JAMA, uma extensa avaliação das relações acadêmicas com a indústria

farmacêutica. O propósito dos autores foi descrever a natureza, a extensão e as conseqüências das relações entre a academia e a indústria farmacêutica, a partir de uma pesquisa conduzida em âmbito nacional, envolvendo cadeiras de departamentos de escolas médicas. Esses departamentos foram alocados em 140 diferentes instituições, sendo os 15 maiores hospitais de ensino independentes dos EUA e 125 escolas médicas deste mesmo país. Em cada uma destas instituições foram selecionadas quatro amostras de departamentos clínicos, sendo sempre dois randomicamente selecionados, um de medicina e um de psiquiatria. Os autores explicam que propositalmente selecionaram departamentos de medicina e psiquiatria por estes serem frequentemente grandes e prováveis de receberem fundos da indústria farmacêutica como suporte para suas atividades educacionais. Não deixa de ser digno de nota, e por isso colocamos aqui em destaque, o fato de a psiquiatria ter recebido um lugar especial em uma pesquisa como esta.

O estudo foi feito por meio de um questionário respondido por 459 departamentos. As respostas revelaram que 60% dos chefes de departamentos e 67% dos departamentos enquanto instituições tinham alguma relação financeira com a indústria farmacêutica. Os chefes de departamento eram desde consultores da indústria até proprietários de ações destas empresas. Outros tipos de relações incluíam participação em comitês científicos, palestras pagas e fundação ou participação no conselho das empresas. As empresas, por sua vez, pagavam honorários por artigos, encontros, conferências, patentes, presentes, ingressos e despesas de viagem. Os departamentos recebiam fundos para atividades acadêmicas como seminários, cursos, programas de residência, assinatura de revistas, programas de computador e equipamentos clínicos e de pesquisa.

Dos entrevistados, 72% consideraram que as relações com a indústria tinham um impacto negativo na capacidade do departamento conduzir pesquisas independentes e isentas. No entanto, este número se refere à questão sobre a relação pessoal do chefe do departamento com a indústria. Os autores, por sua vez, ficaram espantados com o fato de mais da metade dos chefes de departamento perceber que o fato de seu departamento, enquanto instituição, ter relações com a indústria farmacêutica não exerce nenhuma influência nas finanças do departamento, em sua habilidade de recrutar ou reter professores ou de garantir recursos de suas instituições.

Um segundo estudo, este agora mais diretamente ligado à psiquiatria, foi publicado na revista *Psychotherapy and Psychosomatics* em 2006. Neste, Cosgrove *et*

al (2006), analisaram os laços financeiros entre os membros dos comitês que elaboraram a quarta edição do DSM e a indústria farmacêutica. O que foi encontrado é que dos 170 membros do comitê, 56% tinham uma ou mais ligações financeiras com a indústria, sendo que 100% dos membros que integravam os comitês responsáveis pelos “transtornos de humor” e “esquizofrenia e outros transtornos psicóticos” tinham laços com a indústria de medicamentos e esses laços sempre eram superiores a 80% nos comitês que trabalharam com transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, transtornos induzidos por medicação e transtornos pré-menstruais.

Nesta mesma revista, no ano de 2009, foi publicado um outro estudo, tão ou mais preocupante que o que acabamos de citar. Agora, Cosgrove *et al* (2009) analisam os conflitos de interesse existentes na elaboração das diretrizes para tratamento dos transtornos mentais publicadas pela *American Psychiatry Association* (APA). Essas diretrizes são desenvolvidas, disseminadas e endossadas pela APA como condutas padrão de prescrição psiquiátrica para o tema específico que abordam. Os autores investigaram as relações financeiras com a indústria farmacêutica de 20 membros do grupo de trabalho que desenvolveu as diretrizes de tratamento da esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão maior. O resultado encontrado foi que 90% dos autores possuíam ao menos um laço financeiro com a indústria e nenhum desses laços foi relatado nas diretrizes.

Por fim, citamos um artigo publicado em 2008 no *New England Journal of Medicine* (NEJM), uma das revistas médicas mais conceituadas no mundo, senão a mais conceituada. Neste, Turner *et al* (2008) tratam da publicação seletiva de estudos sobre anti-depressivos. Nos EUA, o *Food and Drugs Administration* (FDA), órgão equivalente à nossa Anvisa, exige registro prévio de toda pesquisa que será realizada com qualquer medicamento. Foram analisados 74 estudos feitos com 12 antidepressivos envolvendo um total de 12500 pacientes. Destes estudos, apenas 69% foram publicados, sendo que 22 dos 23 não publicados apresentavam resultados negativos enquanto, dos estudos publicados, 37 apresentavam resultados positivos e 11 tinham, segundo o FDA, um resultado negativo, porém foram publicados com as conclusões distorcidas e interpretando o efeito dos antidepressivos como positivos.

Ao considerar os dados efetivamente publicados na literatura médica tinha-se a impressão que 94% dos estudos eram favoráveis aos antidepressivos. Ao incluir na avaliação os dados não publicados, a eficácia caía para 51%, número bastante próximo ao obtido com os placebos.

Não podemos deixar de mencionar aqui o trabalho de Marcia Angell, que foi por muitos anos editora chefe do NEJM, revista que acabamos de citar. Engajada há vários anos no tema da influência que o capital da indústria farmacêutica tem sobre a prática da medicina, publicou em 2004 um livro intitulado “A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos”, que ganhou uma tradução brasileira em 2007 (Angell, 2007). Neste livro, a influência do capital farmacêutico dentro da medicina é discutida a fundo. O caso específico da psiquiatria é tratado por ela em artigo publicado na edição 59 da revista Piauí, em agosto de 2011, e é bastante preocupante. Angell (2011) nos conta que quando os estados de Minnesota e Vermont implantaram “leis de transparência” exigindo que os laboratórios informem todos os pagamentos a médicos, descobriu-se que os psiquiatras recebiam mais dinheiro do que os médicos de qualquer outra especialidade. Citando as palavras de um psiquiatra, Angell (2011) sugere uma hipótese para explicar o motivo dos psiquiatras estarem à frente de outros especialistas quando se trata de receber dinheiro dos laboratórios e se refere ao fato dos diagnósticos serem subjetivos e expansíveis, e os psiquiatras terem poucas razões racionais para a escolha de um tratamento em relação a outro. De fato, em psiquiatria, ao contrário das enfermidades tratadas pela maioria dos outros ramos da medicina, não há sinais ou exames objetivos para as doenças mentais e as fronteiras entre o normal e o anormal são muitas vezes bastante imprecisas. Se isto torna possível expandir as fronteiras do diagnóstico ou até mesmo criar novos diagnósticos, não é de se estranhar que a indústria farmacêutica tenha todo interesse nisso, já que não há outra razão para a indústria farmacêutica existir que não seja a venda de cada vez mais produtos. Como este ideal não é, ou pelo menos não deve ser também o da psiquiatria, nem tampouco o da medicina, faz-se necessário um controle ético, o que não existe quando estamos imersos inteiramente no jogo capitalista.

Malpica (2012) nos alerta que a psiquiatria é um saber de fronteiras imprecisas, mas com alguns núcleos firmes. Para ele, não definindo seus limites a psiquiatria corre o risco do extravio, chegando até a onipotência e, ao ir mais além do que pode, pisa nos terrenos do charlatanismo. Não possuindo qualquer ancoramento anatomopatológico definitivo, nem mesmo tendo encontrado invariantes biológicas ou sociais estáveis, a delimitação do campo psiquiátrico está intimamente ligado às classificações psiquiátricas. Berrios (2008b) concebe a tarefa classificatória, o ofício de forjar classificações, como um jogo de xadrez onde tudo irá ocorrer dentro de limites estritos e de acordo com regras ora explícitas, ora implícitas, sendo que nem todos os movimentos

possíveis devem ser feitos: alguns simplesmente por serem proibidos, outros porque são claramente suicidas e ainda outros por não estarem na moda. Para este autor, a tarefa classificatória exige a definição de um sistema conceitual e cita a CID-10 e o DSM-IV como exemplos de classificações em que o patrocínio de uma teoria dos “conceitos” não foi mencionado explicitamente – ambas clamam a si mesmas como classificações “ateóricas”. Justamente por não ter trabalhado a teoria dos conceitos a qual se subscrevem, o classificador logo se deparará com o problema de não se poder compreender facilmente alguns aspectos de sua classificação como, por exemplo: seu “critério de verdade”, estrutura interna, alcance e capacidade preditiva.

Diante de tudo isto, não é difícil compreender a necessidade em medicina, e principalmente em psiquiatria, de uma ética que possa não apenas exercer uma função de regulação sobre avanço do capital sobre seu campo como também servir como um instrumento que permita, especialmente ao psiquiatra, se portar em face da imprecisão de seu saber. Discutiremos mais adiante alguns aspectos da teoria e da ética da psicanálise tendo em mente a hipótese de que ela pode contribuir com esta tarefa tão necessária na clínica atual.

3.4 – A introdução do *Nome-do-Pai* no discurso psiquiátrico

Em seu livro *A Ordem Médica – Poder e Impotência do Discurso Médico*, Jean Clavreul (1983) compara a entrada do doente no discurso médico à entrada da criança no discurso de sua mãe. Ambas se dão a partir de uma demanda dirigida a um Outro e, do mesmo modo que o doente não pode ele próprio assegurar sua cura, a criança, em sua prematuração, não pode satisfazer por ela própria os imperativos de suas necessidades. Um e outro imputam à pessoa a quem apelam um discurso no qual se pode interpretar seu apelo, e tal como o discurso da mãe para a criança, o discurso médico é totalizante.

Entendemos com Lacan que a ciência se sustenta por não querer saber nada da verdade como causa. Pode-se reconhecer aí o que Lacan formaliza como a forclusão, sendo que “a psicanálise é essencialmente o que reintroduz na consideração científica o Nome-do-Pai” (Lacan, 1965/1998 p.889). Portanto, propomos equivaler o discurso médico ao discurso científico. Para tal, retomaremos o quinto Seminário de Lacan (1957-58/1999) para tentar entender como se estrutura a entrada da criança no discurso

da mãe e qual a importância que desempenha aí a palavra do pai em fazer frente à totalidade deste discurso.

Nosso objetivo é colocar em primeiro plano em que sentido é possível dizer que há uma ausência do Nome-do-Pai no discurso psiquiátrico. Se a ética da psicanálise pode cumprir a função de dar ao discurso médico psiquiátrico uma regulação que equivalia a introdução do Nome-do-Pai, isto já é algo que vale por si só.

A primeira relação de realidade desenha-se entre a mãe e o filho, e é onde a criança experimenta as primeiras realidades de seu contato com o meio vivo. Lacan (1957-58/1999) nos mostra como que, na relação da criança com a mãe, a criança depende do desejo da mãe, da primeira simbolização da mãe como tal. A partir dessa simbolização a criança desvincula sua dependência efetiva do desejo materno da pura e simples vivência dessa dependência e alguma coisa se institui, sendo subjetivada num nível primário ou primitivo. Essa subjetivação consiste em instaurar a mãe como um ser que pode estar ou não presente. O que a criança deseja então não é simplesmente a apetência das atenções, do contato ou da presença da mãe, mas a apetência de seu desejo.

As primeiras simbolizações são constituídas pelo par significante do Fort-Da, e é a partir delas que a criança constitui a mãe como sujeito. Ao constituir a mãe como um sujeito, a criança vê-se inteiramente submetida à sua lei. O fato da mãe ser um ser falante basta para que se possa falar em uma lei da mãe.

Lacan (1957-1958/1999) nos coloca que esta lei da mãe em um primeiro momento é uma lei não controlada, reside simplesmente, ao menos para a criança, no fato de que alguma coisa em seu desejo é completamente dependente de alguma outra coisa, e que é da ordem da lei, só que essa lei está, toda ela no sujeito que a sustenta, ou seja, no bem querer ou mal querer da mãe. Neste sentido, a criança se experimenta como um assujeito, na medida em que a princípio, ela se sente como profundamente assujeitada ao capricho daquele de quem depende, mesmo que seja um capricho articulado. É neste sentido que se pode então falar que o discurso da mãe é totalizante.

É no fato deste Outro – que é a mãe portadora de uma lei de caprichos – ter uma relação com o pai, que Lacan vê a possibilidade da criança escapar a este assujeitamento em que se encontra. O que Lacan (1957-1958/1999) assinala aqui de fundamental é que trata-se menos das relações pessoais entre o pai e a mãe do que das relações da mãe com a palavra do pai – com o pai na medida em que o que ele diz não é, de modo algum, igual a zero. O importante é que a mãe funde o pai como mediador daquilo que está para

além da lei dela e de seu capricho. Trata-se então do pai como Nome-do-Pai, estritamente ligado a enunciação da lei. E é nisso que ele é ou não é aceito pela criança como aquele que priva ou não priva a mãe do objeto de seu desejo. Desta forma, para compreender o complexo de Édipo devemos considerar três tempos.

No primeiro tempo, o que a criança busca, como desejo de desejo, é poder satisfazer o desejo da mãe, o que significa ser ou não ser seu objeto de desejo. Neste momento a criança se identifica, ou seja, procura ser este objeto satisfatório para a mãe. Como nos diz Lacan (1957-1958/1999), a partir do momento em que alguma coisa começa a se remexer no baixo-ventre da criança, ela começa a mostrá-la à mãe, no intuito de saber se ela (a criança) é mesmo capaz de alguma coisa. Ela a procura e a encontra na medida em que a mãe é interrogada pela demanda da criança. No primeiro tempo trata-se, portanto, de o sujeito se identificar especularmente com aquilo que é o objeto de desejo de sua mãe. Esta é uma etapa fálica primitiva na qual a metáfora paterna age por si só, mas a criança só pesca o resultado e, para agradar a mãe, é suficiente a ela ser o falo.

No segundo tempo, o pai aparece como aquele que priva, mas não mais de uma maneira velada. No plano imaginário, o pai intervém efetivamente como privador da mãe, o que significa que a demanda endereçada ao Outro será encaminhada a um “tribunal superior”. Aquilo sobre o qual o sujeito interroga o Outro, sempre encontra dentro dele o Outro do Outro, ou seja, sua própria lei. É nesse nível que se produz o que faz com que aquilo que retorna à criança seja a lei do pai. Esse é um estágio nodal e negativo, pelo qual aquilo que desvincula o sujeito de sua identificação, liga-o ao mesmo tempo, ao primeiro aparecimento da lei, no sentido de que a mãe é dependente de um objeto, que já não é simplesmente o objeto de seu desejo, mas um objeto que o Outro tem ou não tem.

A estreita ligação desse remeter a mãe a uma lei que não é a dela, mas a de um Outro, com o fato de o objeto de seu desejo ser soberanamente possuído, na realidade por esse mesmo Outro a cuja lei ela remete, fornece a chave da relação do Édipo. O que constitui seu caráter decisivo deve ser isolado como relação, não com o pai, mas com a palavra do pai.

No terceiro tempo, do qual depende a saída do Édipo, o pai atestou dar o falo em sua condição, e apenas em sua condição de portador ou de suporte da lei. É dele que depende a posse ou não desse falo pelo sujeito materno. O pai pode dar ou recusar, posto que o tem, mas ele terá que dar provas do fato de que tem o falo. É por intervir no

terceiro tempo como aquele que tem o falo e não que o é, que se pode produzir a balança que reinstaura a instância do falo como objeto desejado da mãe, e não apenas como objeto do qual o pai pode privar. No terceiro tempo o pai pode dar à mãe o que ela deseja, e pode dar porque o possui. É por intervir como aquele que tem o falo que o pai é internalizado no sujeito como Ideal do eu e, a partir daí, o Complexo de Édipo declina. Operação possível no sentido que o pai é, no Outro, o significante que representa a existência do lugar da cadeia significante como lei. O pai acha-se numa posição metafórica, na medida em que a mãe faz dele aquele que sanciona, por sua presença, a existência como tal do lugar da lei.

O que Lacan (1957-1958/1999) nos mostra é como que, a partir da entrada do Nome-do-Pai, a lei da mãe deixa de ser uma lei de caprichos, uma lei sem lei, para ser uma lei articulada, submetida a uma outra lei. Atravessar estes três tempos do Édipo significa para a criança passar da posição de assujeito – assujeitada à lei totalizante da mãe – à posição de sujeito.

O que poderíamos transpor disto para a clínica, pensando juntamente com Clavreul (1983), que nos diz que, diante do discurso médico, o doente não pode fazer outra coisa senão se assujeitar? Começaremos por tentar mostrar uma certa arbitrariedade dos critérios utilizados pela psiquiatria em sua vertente estritamente biológica, o que a aproxima da lei de caprichos da mãe, antes que se intervenha aí o Nome-do-Pai.

A psiquiatria em sua vertente biológica pretende correlacionar determinados padrões de comportamentos com determinados padrões biológicos e advoga ser científica por afirmar usar métodos científicos para estabelecer esta correlação. Colocando a questão nestes termos, esquiva-se de responder à questão sobre qual o critério utilizado para determinar os referidos padrões comportamentais (Barreto, 1996).

A Classificação Internacional das Doenças em sua 10ª revisão pela OMS (CID-10) é quem detém a atual nosologia psiquiátrica e que serve de parâmetro para os tão caros métodos de medidas que fundamentam a medicina baseada em evidência, exceto nos EUA, onde é usado o DSM. Além de se dizer atóxico, apolítico e neutro, estes manuais classificatórios dão ao sofrimento psíquico o estatuto de *transtorno*, termo empregado “para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível, associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais. Desvio ou conflito social sozinho, sem disfunção pessoal, não deve ser incluído em transtorno mental, como aqui incluído” (CID-10, p.5).

Ao atentarmos para alguns aspectos desta definição, teremos pelos termos aí usados – sofrimento e disfunção pessoal, desvio e conflito social – um delineamento do objeto de estudo da psiquiatria. Apesar de definir transtorno com base na norma social, postula-se para esse transtorno uma outra base – a neurobiológica – e o trata como se assim o fosse. Nesta operação, ignora-se inteiramente a diferença entre causa e correlação (Barreto, 2010b).

A partir do exposto, podemos afirmar que, agindo desta forma a psiquiatria biológica assemelha bastante seu discurso à lei da mãe, uma vez que ela pretende dizer do *pathos* psíquico sem se referir a nenhuma outra lei que não a instituída por ela própria. Prova maior disto é o fato dos manuais não somente pretenderem ser ateóricos, apolíticos e neutros, mas também poder funcionar em diversos contextos clínicos e nas mais variadas culturas, como está exposto na introdução do DSM-IV. Nisto tudo, podemos identificar uma psiquiatria que tenta, de todas as formas possíveis, se esquivar de qualquer coisa que ponha limites a seu saber, afinal, como seria possível contestar algo que não esteja inscrito em uma cultura ou em uma teoria, ou ainda que seja neutro? Conclui-se que diante de um saber constituído desta maneira não resta ao outro qualquer opção que não seja o assujeitamento.

Ao interrogar as relações do sujeito com a verdade a psicanálise pode fazer barra a qualquer tipo de saber que se pretenda totalizante. Ao dar ao médico psiquiatra os instrumentos através do qual ele pode colocar em questão seu saber quando este está tomado pelos imperativos da ciência, a psicanálise não faz outra coisa que não reintroduzir na consideração científica o Nome-do-Pai, tal qual nos diz Lacan (1965/1998).

Podemos então dizer que é somente a partir de uma destituição de saber por parte do médico que será possível ao paciente passar da posição de assujeitado à posição de sujeito. No tópico sobre análise de casos clínicos, apresentaremos desdobramentos desta operação no campo da prática médica.

3.5 – Sobre a ética da psicanálise.

De acordo com Clavreul (1983), ao se constituir, o discurso médico introduziu um corte que é o fundamento de sua ética. Neste momento, deixa de existir o doente como tal e é ao homem presumivelmente são, pelo menos em seu passado e seu futuro, que se dirige a medicina. Deste modo, o discurso médico separa o homem de sua

doença. Pelo tratamento, pela prevenção e até mesmo por estudos genéticos, a medicina tenta constituir o homem tão “normal” quanto possível e, ainda que o conceito de normalidade seja vago, a medicina não deixa de ser normativa. Coloca-se assim ao lado do homem normal e são o Bem, a imagem a qual se pode e se deve identificar. Ao lado da doença está o que se deve eliminar por todos os meios possíveis, o Mal.

A ética concerne às ações do indivíduo, é a arte de dirigir a conduta. Toda ética apresenta um ponto do qual é possível admitir-se um juízo de apreciação – ponto de visada que constitui seu objetivo final, a partir do qual serão traçados os meios para alcançá-lo (Quinet, 1995). Acreditamos com Maurano (2003) que é impossível abordar rigorosamente o caráter utilitário da psicanálise, ou mesmo apreendê-lo, se não se explicita e inclui aí, qual é sua direção ética.

A ética médica se pauta pelos princípios da benevolência e da não-maleficência. Ela tem como fundamentos, dentre outros, o alvo de toda ação médica ser a saúde do ser humano e o uso do melhor do progresso científico em benefício do paciente. Ao invocar a ciência a medicina se alia ao seu ideal. Esse ideal, como nos traz Lacan (1959-1960/1988), é, antes de mais nada, totalizante:

“Assim como na arte em que há uma *Verdrängung*, um recalque da Coisa – como na religião talvez haja uma *Verschiebung* – é propriamente falando, de *Verwerfung*, que se trata no discurso da ciência. O discurso da ciência rejeita a presença da Coisa, uma vez que em sua perspectiva se delinea o ideal do saber absoluto, isto é, de algo que estabelece, no entanto, a Coisa, não a levando ao mesmo tempo em conta.” (Lacan, J. 1959-1960/1988 p.164).

Mais adiante, ele complementa:

“Nem a ciência nem a religião são aptas para salvar a Coisa, nem a nos dá-la, uma vez que o círculo encantado que dela nos separa é estabelecido por nossa relação com o significante. Como lhes disse, a Coisa é o que do real padece dessa relação fundamental, inicial, que induz o homem nas vias do significante, pelo fato mesmo de ele ser submetido ao que Freud chama de princípio do prazer.” (Lacan, J. 1959-1960/1988 p.168).

A psicanálise, em contraposição a este ideal absoluto do saber científico – que não admite qualquer forma de verdade que não obedeça às suas regras para distinguir o verdadeiro do falso, o fato do mito, o respeitável do charlatanismo –, ao admitir a incidência do significante na construção da realidade psíquica, é capaz de acolher outros tipos de saberes, justamente por reconhecer que qualquer tipo de saber é, antes de tudo, uma construção:

“Aquilo em que crêem, seja crêem crer ou não crêem – nada é mais ambíguo do que a crença – uma coisa é certa, é que eles crêem sabê-lo. É um saber como os outros, e, como tal, cai no campo do exame que devemos conceder a qualquer saber, na própria medida em que, enquanto analistas, pensamos que não há saber algum que não se erga sobre um fundo de ignorância. É isso que nos permite admitir como tais muitos outros saberes além do saber cientificamente fundado.” (Lacan, J. 1959-1960/1988 p.210)

Foi justamente no limite da medicina, onde, malgrado seus melhores esforços, este campo do saber não consegue responder ao sintoma que faz sofrer o sujeito, sintoma histérico por excelência, que frutificará a pesquisa de Freud (Maurano, 1999). A ética da psicanálise orienta a conduta a partir do entendimento da constituição do sujeito tendo por base uma falta estrutural, falta esta que permite o surgimento do desejo; é como uma ética do desejo que Lacan trabalha a ética da psicanálise. Ao levar em consideração a dimensão trágica da existência humana, a psicanálise, é capaz de abordar tanto a dimensão do gozo, como a falha que há entre a demanda e o desejo.

De fato, a perspectiva ética trazida pela psicanálise, ao privilegiar o sujeito do desejo, contrasta com a psiquiatria determinista, que faz do sujeito um objeto. Ao considerar a dimensão trágica da existência humana, a psicanálise se contrapõe à cultura da medicalização do descontentamento, que parece enquadrar a medicina dentro dos “serviços dos bens”, de que fala Lacan (1959-1960/1988) em seu seminário sobre a ética da psicanálise.

Para Lacan (1959-1960/1988), o Bem, juntamente com o Belo, são as duas últimas barreiras que nos anteparam diante do Real. Esse bem traz alguns impasses na clínica, tal qual Lacan anuncia ao dizer da importância que há em sabermos, a cada instante, qual deve ser nossa relação efetiva com o desejo de curar, ou seja, de fazer o bem. A preocupação de Lacan é tanta que ele chega a dizer que temos que considerar esse desejo como algo susceptível de nos desencaminhar quiçá instantaneamente, e vai além ao designar o desejo do analista como um não-desejo de curar. Seu objetivo não é outro senão alertar contra as vias vulgares do Bem, tal como se oferecem a nós tão facilmente em seu pendor, contra a falcatura benéfica de querer-o-bem-do-sujeito.

Em contraposição a este querer-o-bem-do-sujeito, o desejo de curar do psicanalista se refere a possibilitar que o sujeito se liberte das ilusões que o retêm na via de seu desejo. Isso não deixa de levantar várias questões de ordem ética, como por exemplo, de que forma os bens se posicionam em relação ao desejo. Ao mesmo tempo em que todas as espécies de bens tentadores se oferecem ao sujeito, seria de grande imprudência o analista deixar-se colocar “na postura de ser para ele a promessa de todos

os bens como acessíveis” (1959-1960/1988, p.267), tal qual parece ser a promessa de felicidade feita pela psiquiatria biológica imersa no discurso farmacológico, sustentado com os vultuosos investimentos da indústria farmacêutica, e da própria medicina quando ela cai na armadilha de estender ao infinito seu raio de ação, sustentando a ilusão de ter algo a dizer sobre todos os fatos da existência.

É bastante tentador eludir a questão do bem atrás de qualquer implicação de um bem natural, de uma harmonia a ser encontrada no caminho da elucidação do desejo. O que, contudo, vemos se repetir diariamente na clínica, sob o nome de defesas do sujeito, é que as vias da busca do bem se apresentam constantemente sob a forma de algum *álibi* do sujeito (Lacan, J. 1959-1960/1988). É importante notarmos como um psicofármaco, ou mesmo um diagnóstico médico, pode funcionar nessa perspectiva. A mesma substância que pode ser capaz de apaziguar uma angústia imobilizadora, dando à pessoa a capacidade, que antes não tinha, de modificar algo a fim de tratar seu *pathos*, também pode funcionar em um outro sentido, o desse *álibi* que o mantém, enquanto sujeito, preso nas vias de seu desejo. Do mesmo modo, assim como um diagnóstico, ao cumprir sua função de nomeação, pode dar sentido e organizar uma miríade de experiências que até então emergiam no campo subjetivo de uma pessoa, gerando imensa angústia diante do desconhecido, pode também exercer um efeito a partir do qual o sujeito se vê em uma posição de inércia diante do que é acometido. Essas situações podem ser comparadas a um sono embriagante no qual o sujeito encontra-se cedido em um automatismo de repetições que o arrastam em alienações paralisantes.

Trazemos aqui o atendimento de um jovem enfermeiro viciado em opióides. Após ter injetado opióides na veia, foi encontrado desmaiado ao lado do carrinho de emergências durante um plantão noturno. Teve então suas funções deslocadas para serviços burocráticos, nos quais não teria acesso a drogas. Com isso seus vencimentos foram gravemente afetados, uma vez que não recebia mais os adicionais noturno e de emergência. Foi obrigado a migrar seu tratamento da clínica privada para o SUS, bem como utilizar as medicações que eram fornecidas pela secretaria de saúde, já que não podia mais arcar com as despesas de farmácia. Ao nos procurar no CAPS-AD após uma recaída, decidimos pelo uso da clomipramina no lugar da sertralina que usava anteriormente. Na consulta de acompanhamento, ao ser questionado sobre o que achara da medicação respondeu: “Foi boa, até ajudou na minha análise”. Solicitado a falar mais sobre isso respondeu que pôde perceber que seu uso de droga está ligado à sua condição de homossexual, que não aceita. Conta então que a última recaída ocorreu justamente

quando foi solicitado a sustentar uma posição ativa no ambiente de trabalho, fazendo a ligação entre atividade e masculinidade. Como homossexual, se via impossibilitado de ocupar tal posição ativa, o que mobilizou a angústia que o levou a se drogar. Ao final desta mesma consulta pergunta os efeitos colaterais da clomipramina sobre a libido, uma vez que percebera certa diminuição coincidindo com o início do uso. Foi então explicado que, havia sim interação da medicação com a libido, mas que havia também várias determinantes neste campo, se não visse nenhum outro motivo para a diminuição de seu desejo sexual, que ele próprio avaliasse a pertinência de uma diminuição de dose e pesasse o que percebia de benefício da medicação com o risco de recaída. Antes de sair já adianta que vai continuar com a mesma dose, que a baixa de libido vem até a calhar neste momento em que não está bem com seu namorado. Na consulta seguinte informa que o problema da falta de libido foi resolvido, trocou de namorado!

É importante destacar deste caso como a referência à psicanálise pôde orientar na condução. Em primeiro lugar destaca-se a importância de colocar em primeiro plano a experiência subjetiva do paciente, em detrimento à medicação ou qualquer redução da dependência química aos sistemas cerebrais de recompensa. Ao priorizar o conflito existente em relação à sexualidade como mote para o uso de drogas dá-se ao paciente a possibilidade de ir além em seu trabalho de análise – que é realizado em um outro contexto e com um profissional específico para isto – ao invés de engessá-lo, coisa que muito provavelmente poderia acontecer caso a postura médica colocasse os mecanismos cerebrais de recompensa como explicação para seu uso de substâncias, desconsiderando assim, o saber que ele próprio pôde construir em torno disto e que o remetia para seus impasses em relação ao sexo. Do mesmo modo, imagina-se o que poderia ter acontecido caso a questão da libido fosse tomada de antemão como um efeito maléfico do medicamento e que esforços não deveriam ser poupados para eliminá-lo. Não seria de se estranhar que este rapaz se mantivesse por mais tempo em um relacionamento insatisfatório.

Em certa medida, o bem que se demanda ao psiquiatra é o mesmo que se demanda ao psicanalista, trata-se da felicidade. Ao passo que a psicanálise entende que não há caminho que leve até a felicidade, a medicina, inserida no contexto que descrevemos anteriormente, não se cansa de tentar oferecer os mais variados caminhos possíveis.

Ao retomar *Ética a Nicômaco*, Lacan (1959-1960/1988) observa que aí há uma disciplina da felicidade na qual Aristóteles mostra os caminhos onde pretende conduzir

qualquer um que o siga em sua problemática, e que, em cada uma das vertentes da atividade possível do homem, realizam uma função da virtude. Essa virtude é obtida por um *mesotes* que vai além de ser apenas um meio termo, um evitamento de todo excesso, mas que deve permitir ao homem escolher o que razoavelmente pode fazê-lo realizar-se em seu próprio bem.

A psicanálise ao reconhecer o Real como o impossível, o inassimilável, não possui nada parecido com isso que propõe Aristóteles, sendo o processo da sublimação, tal como Freud nos apresenta, eminentemente realizado pela atividade do artista, o mais próximo que se pode chegar da dita felicidade. Para Lacan (1959-1960/1988), na definição de sublimação como satisfação sem recalque há passagem do não-saber ao saber, reconhecimento de que o desejo nada mais é do que a metonímia do discurso da demanda; é a mudança como tal. É na medida em que o que se demanda é sempre outra coisa, que, em toda satisfação da necessidade ela exige outra coisa. É nessa mesma medida que a satisfação formulada se estende e se enquadra nessa hiância e o desejo é o que se forma como o que suporta essa metonímia, no que se demanda para além do que se formula. Nesse sentido a realização do desejo está intrinsecamente ligada à morte, e é ao reconhecer essa invasão da morte na vida que o psicanalista pode operar de forma advertida. Em seu labor, ao desejar a cura do paciente ele sabe que não pode desejar o impossível, uma vez que lá onde o sujeito é feliz, onde ele descansa em paz, ele está morto. A partir disto, talvez não seja abusivo dizer que quando a OMS define a saúde como o completo bem estar físico, mental e social, estamos aí mais próximo da morte, deste descanso em paz, do que de qualquer pulsação vital que seja.

Dessa forma, a ética da psicanálise, ao reconhecer o não-saber, o impossível, o não-todo, a incerteza, se contrapõe ao totalitarismo do discurso médico. Para Lacan o analista tem bastante consciência de que não pode saber o que faz em psicanálise. “Há uma parte dessa ação que lhe resta, a si mesmo, velada.” (Lacan, J. 1959-1960/1988 p.350). Entende-se a partir do exposto que a ética da psicanálise pode prevenir o psiquiatra e o médico de seu *furor sanandis* e de reduzir toda complexidade da vida psíquica a uma mera maquinaria, seja química ou fisiológica, que não leva em conta a experiência subjetiva, bem como o inconsciente e suas construções.

3.6 – Por uma clínica influenciada pelo discurso e pela ética da psicanálise

Elisabeth Roudinesco (2009) vem nos dizer que se por um lado, o longo tratamento psicanalítico complementa o tratamento emergencial simbolizado pelo medicamento psicotrópico, por outro, de um ponto de vista clínico, existe de fato uma antinomia entre as duas práticas. Esta antinomia se deve ao fato da psicanálise não consolar, não adormecer, não acalmar e não trazer o conforto proporcionado pela psicofarmacologia. Ao contrário, ela desperta, revolve o passado e faz a angústia se presentificar. Muito diferente do pretensão “bem-estar” prometido pela psiquiatria, o enfrentamento trágico consigo mesmo e com seu destino seria, assim, a própria essência da ética da psicanálise.

Quando uma pessoa procura um médico, ela endereça a este profissional uma demanda e espera uma resposta de acordo com o lugar que ele ocupa. O médico ocupa um lugar de saber. Quando Michel Foucault analisa o porquê da estrutura asilar ter se organizado em torno do médico, a resposta que ele traz é: “Porque ele sabe” (Foucault, 1973-1974/2006 p.229). Não se trata do conteúdo de um saber. O próprio Phillipe Pinel, considerado fundador da psiquiatria, se inquietava com o fato de que, apesar de estar ali para cuidar dos doentes, Pussin⁶, que foi por tantos anos porteiro da Bicêtre, sabia tanto quanto ele, e que havia se apoiado na experiência deste porteiro para aprender tudo que aprendera. É então, pelas marcas que designam no médico a existência de um saber, qualquer que seja o conteúdo efetivo deste saber, que o psiquiatra pode funcionar (Foucault, 1973-1974/2006). O que vale aqui para a psiquiatria vale, sem sombra de dúvidas, mas com as devidas ressalvas, para o restante da medicina.

Não é em outro lugar, senão neste mesmo lugar de alguém que é portador de um saber, que o psicanalista também é demandado. A própria entrada em análise, segundo nos conta Quinet (2007), se dá a partir de um “erro subjetivo” no qual um sujeito, iludido, acredita que sua verdade encontra-se já dada no analista, que a conhece de antemão. O analista é então o que Lacan formulou como um *sujeito suposto saber* e é isto que, ao constituir a transferência, permitirá que a análise possa se desenrolar. A

⁶ Embora Foucault o coloque como porteiro, segundo Serpa Jr. (1999) Jean-Baptiste Pussin era um aprendiz de curtureiro que chegou a Bicêtre em 1771. Ele veio transferido do Hôtel-Dieu após ter sido considerado incurável de tuberculose ganglionar. Após nove anos foi considerado curado, mas ao invés de sair da Bicêtre preferiu ficar prestando serviços. Ele então passa a ser “governador” do pavilhão “Saint-Prix”, que recebia 250 loucos. Os “governadores” dirigem os pavilhões e coordenam o trabalho dos subalternos.

diferença fundamental que a psicanálise vai inserir neste jogo no qual motivado pela ilusão de um saber, uma pessoa se dirige a outra, é que se o analista empresta sua pessoa para encarnar esse *sujeito suposto saber*, ele sabe que é um erro identificar-se com essa posição de saber que já nasce a partir de uma equivocação. A posição do analista é a de uma ignorância que não é a simples ignorância ignara, mas a *ignorância doua*, termo cunhado por Nicolau de Cusa (século XV) que é definido como “um saber mais elevado e que consiste em conhecer seus limites”. Nas palavras de Quinet:

“A ignorância doua é um convite não apenas à prudência, mas também à humildade; um convite a se precaver contra o que seria a posição de um saber absoluto: contra a posição do analista de aceitar essa imputação de saber que o analisante lhe faz. O saber é, no entanto, pressuposto à função do analista.” (Quinet, 2007 p.26)

Em seu décimo primeiro seminário Lacan (1964/1998) diz que sempre que para um sujeito essa função do sujeito suposto saber é encarnada por quem quer que seja, analista ou não, há o estabelecimento da transferência. Desde modo, mesmo onde não há analista no horizonte ainda é possível haver efeitos de transferência exatamente estruturáveis como o jogo da transferência na análise. O que vai marcar a diferença do psicanalista é que, ao identificar os efeitos da transferência, poderá conduzi-los de modo diferente do inadvertido. Desta forma, uma vez que podemos afirmar sem sombra de dúvidas que há transferência na relação médico-paciente, seguiremos apresentando alguns fragmentos clínicos nos quais destacamos a importância fundamental para o desenrolar dos casos, a atitude do médico de não apenas interrogar seu saber, como também de se destituir dele.

Tanto Michel Balint (2005) como Pierre Bernoit (1989) já puderam mostrar de forma exaustiva e consistente como a escuta de pacientes em questões que vão além da objetividade dos sintomas que endereçam aos médicos pode trazer resultados fecundos para a clínica. No nosso caso, o que pretendemos colocar em relevo nos exemplos que seguem é que tipo de efeito clínico pode existir quando, no encontro com o paciente, o médico está advertido dos efeitos de sua relação com o saber e sua posição de autoridade. Advertência esta que consideramos ser uma das mais contundentes contribuições que a psicanálise pode dar à prática médica, uma vez que ela é capaz de introduzir elementos essenciais no jogo nebuloso de saber e verdade em que todos os personagens do campo da saúde estão envolvidos (médicos, pacientes, gestores, enfermeiros, laboratórios farmacêuticos, psicólogos etc).

Além dos casos clínicos já citados até aqui, que são de nossa própria experiência, introduziremos adiante outras experiências próprias e situações clínicas retiradas da sessão “Método Clínico”, do site MedicinaAtual (www.medicinaatual.com.br). Estas últimas são casos reais da experiência do Dr. Ricardo Rocha Bastos. Elas alimentaram uma ferramenta didática para discussões de casos clínicos introduzida por ele na Universidade Federal de Juiz de Fora em 1989, chamada de “Decisões Clínicas”. Trata-se de uma forma de apresentação de casos clínicos que segundo o próprio Bastos (2002) tem, entre outros objetivos, levar o médico, ou futuro médico, a questionar o seu saber, o que por si só já justificaria sua menção em um trabalho sobre psicanálise e medicina. Outro fato que também nos chama atenção é que o título de cada caso apresentado é sempre baseado em algo que tenha sido dito pelo paciente ou quem o acompanhe. Esta proposta de apresentação de casos clínicos busca contrapor a ênfase puramente biológica em detrimento de fatores psicossociais, que costuma ser a tônica nas formas convencionais de apresentação de casos clínicos em medicina. Desde que as “Decisões Clínicas” foram implementadas, cerca de 300 casos já foram apresentados, dos quais, por volta de 70 encontram-se disponíveis em forma de narrativa no site “MedicinaAtual”.

Um clínico geral já é o terceiro médico que uma mulher procura naquela mesma semana. Duas semanas após ter iniciado uma dieta notou o aparecimento de lesões vesiculosas agrupadas sobre base eritematosa localizadas no lábio inferior em sua porção lateral esquerda. Já havia tido este quadro outras vezes no passado mas, como nos próximos dias o quadro evoluiu com desconforto e vermelhidão no olho esquerdo que foi seguido de alguma “dormência” na hemiface esquerda e vômitos, um dermatologista foi consultado. Com um diagnóstico de herpes simples e uma prescrição de antiviral é encaminhada a um infectologista, que procura agora também com a queixa de “dormência na garganta”. O diagnóstico que recebe então é o de herpes zoster com neurite facial e trigeminal. Além do aciclovir precisa tomar agora amoxicilina e carbamazepina. A referida consulta clínica, na qual ela comparece em desespero, acompanhada dos pais, acontece então três dias depois. Evoluíra com hiporexia e náusea “insuportável”, além de manchas purpúricas no membro inferior esquerdo.

Com genuíno interesse sobre a pessoa da paciente e uma real disposição para compreender o que se passava naquele caso, o clínico fica sabendo que está diante de uma mulher de 30 anos, profissional de nível universitário em prática liberal, mas que anda muito angustiada em relação a seu futuro profissional. Casada há um ano e

temendo não conseguir se manter financeiramente, começa a frequentar curso preparatório para concurso público, instigada pelo marido. Seu mau desempenho no curso é motivo de conflito conjugal e ela decide então interromper a preparação. É neste contexto que inicia uma dieta.

O clínico se vê diante de uma moça sobre a qual rondam dois grandes fantasmas: 1) O imperativo que um número cada vez maior de pessoas tem de conseguir um emprego público, num pacto cruel em que se abdica de realização em favor de uma “segurança”; 2) O imperativo de se adaptar a um padrão de beleza física no qual o pacto cruel exige a abdicção da saúde física em favor de um “sucesso” estético.

Sabedor de seus limites, resiste a tomar essas situações como “medicalizáveis” e refreia atitudes intervencionistas que levariam a prescrição de hipnóticos caso a insônia fosse a resposta ao conflito profissional e remédios para emagrecer, a fim de “prestar auxílio” para a segunda situação. Ao contrário, suspende as medicações não pertinentes, inicia remédios sintomáticos para náuseas por curto prazo, faz contatos telefônicos diários nos próximos dias e agenda uma revisão breve na qual discute a necessidade de abordagem psicoterápica para as questões em tela, o que a paciente aceita bem. Digno de nota é que apenas com a primeira abordagem do clínico a paciente já se encontrava bem melhor, não apresentava mais as manchas nas pernas e na verdade nunca apresentou vermelhidão ocular, apenas quando chorava (Bastos, 2011a).

Em primeiro lugar, nos chama a atenção neste caso as manifestações do inconsciente, referidas aos conflitos psíquicos presentes, tendo sua expressão no corpo de modo a serem endereçadas naturalmente a médicos. Em segundo lugar, fica claro que a principal intervenção realizada foi através da palavra, não restando dúvida que a própria verbalização da situação existencial em torno das manifestações corporais, acrescida dos contatos telefônicos freqüentes foi o principal instrumento “terapêutico” no caso. A abordagem realizada pelo clínico, por sua vez, só foi possível a partir do momento que se destituiu de sua posição de saber, na qual poderia compreender apenas os determinantes biológicos em pauta, e pôs-se a escutar a paciente, verdadeiramente interessado no que poderia surgir em sua fala.

Em uma outra ocasião o médico é procurado por uma moça, de 21 anos, universitária, que chega acompanhada pelo pai com uma história de centenas de episódios de desmaio nos últimos dois anos, com investigações conduzidas em grandes centros e uso de número impressionante de anticonvulsivantes e psicotrópicos, sem qualquer resultado. Tendo tudo culminando com um desgaste com o neurologista, a

referência que chega ao clínico é a do ginecologista, que solicita a ele que "tente definir qual é o problema".

Na história se pôde observar que as crises não têm características de nenhuma entidade neurológica conhecida, que são mais prováveis de acontecer quando a paciente é contrariada e que elas continuam ocorrendo apesar de praticamente todos os anticonvulsivantes e psicotrópicos existentes já terem sido empregados. Trabalhando então com a hipótese de conversão, o clínico desaconselha o uso de medicamentos e escreve ao psiquiatra solicitando uma abordagem mais direcionada para a hipótese em pauta.

Após vários meses de contato telefônico, em que a moça conta uma melhora surpreendente, há solicitação de uma nova consulta, na qual se apresenta acompanhada pela mãe. Uma cefaléia havia retornado na última semana, com duas crises de desmaio, após meses muito bem. Ouvindo a paciente é possível delinear o contexto em que os sintomas retornaram. Há dez dias a avó da moça fora internada e estava em estado grave, entre a vida e a morte na UTI. A avó há anos é portadora do mal de Alzheimer sendo que a paciente é sua acompanhante desde o início desta doença. Durante a internação atual da avó, em comemoração a uma grande conquista acadêmica, a moça foi festejar numa happy-hour, o que foi duramente condenado pelo pai.

Com base nisto o médico conduz o caso. Usando perguntas abertas, consegue que a moça lhe conte da enorme dificuldade com o pai e sua dualidade de sentimentos: ama o pai e se sente sufocada pelo mesmo. Prepara-se com afínco para obter sua tão desejada independência. Entende que a relação com o pai é fonte de sofrimento e localiza as crises seguindo-se aos conflitos. A mãe pouco fala, ouve a tudo, e concorda completamente. O médico, sabendo que a moça teve sua epifania, faz um sumário de tudo o que entendeu. Assegura então que a moça não tem uma *doença*, mas uma *moléstia* com raízes nas suas relações familiares, e enfatiza que uma vida independente pode ser curativa. Reforça a necessidade de acompanhamento especializado, mas recomenda que se evitem os psicotrópicos e então agenda contatos telefônicos de acompanhamento. Digno de nota: a moça se diz aliviada por haver "falado tanto" (Bastos, 2011b).

A oposição entre doença e moléstia a que o clínico se refere vem das definições de Kloetzel (1999), para quem o termo doença é um termo que traz um significado anatômico ou patológico e moléstia tem uma conotação subjetiva, traduzindo a maneira particular de um paciente reagir diante de um episódio, reação esta que depende de sua

sensibilidade ao sofrimento bem como da interpretação que lhe dão – ele, sua família e o ambiente social.

Este caso mostra não só como a histeria, embora banida dos manuais de classificação dos transtornos psiquiátricos, ainda se apresenta viva na prática médica cotidiana, mas também como ela insiste em desafiar o saber médico. Mostra ainda como não é senão através da palavra e da transferência que se pode abordar de maneira eficaz este tipo de transtorno. Nota-se como praticamente todos os psicofármacos se revelaram ineficazes e como a condução do clínico, pautada na história, na fala e na transferência mostrou-se realmente eficaz nos dois momentos e, o mais importante, que ao retornar as crises a paciente procura novamente o clínico que a ouvira e não o psiquiatra que lhe prescrevera os psicotrópicos.

Em um outro caso, ao atender um garoto de 11 anos com a Síndrome de Gilles de La Tourette, o médico se depara novamente com os limites de seu saber e dá à prática médica o qualificativo de estocástica, termo para o qual traz a seguinte definição: “adjetivo que se aplica a algo governado por uma sequência de variáveis aleatórias e determinado por uma distribuição aleatória de probabilidades”. Conclui então que, se por um lado isto gera uma grande insegurança no médico, que costuma buscar refúgio em medidas objetivas (quem resiste a um volume prostático medido por ultra-sonografia ou a uma dimensão de pólipos retal obtida à endoscopia?), por outro, aceitar que a prática médica é estocástica é salutar e reduz nossa ansiedade (Bastos, 2011c). É possível ver assim a dimensão do Real, enquanto o impossível se apreender, sendo introduzida na prática médica, em contraposição as construções defensivas do Imaginário, que pretende fazer parecer que tudo se pode abarcar.

Em uma visita à enfermaria do HU-UFJF dentro do projeto “Anjos da Guarda” (Bastos, 2005), outra proposta didática do professor Ricardo Rocha Bastos, o paciente interrompe a apresentação de seu caso para falar do plantio de feijão, atividade a que se dedica há vários anos. Tão logo o paciente começa a falar o professor interrompe o aluno que apresentava o caso e põe-se a escutar atentamente o que o paciente tinha a dizer. Ao final da visita, já em outra sala, explica aos alunos a importância crucial de dar ouvidos ao que paciente dizia sobre seus feijões. O hospital é um ambiente médico, familiar apenas aos profissionais de saúde que ali se sentem bem habituados. O paciente por sua vez, encontra-se descaracterizado, dessubjetivado, objetivado em um ambiente tão estranho a ele. Falar do que lhe é familiar é então crucial para que possa resgatar sua individualidade e, se das coisas do hospital quem sabe são os médicos, do plantio de

feijão os médicos nada sabem. Mostrar interesse nisto é então uma forma de transpor um pouco o abismo entre o médico em sua posição de tudo saber, e o paciente em sua condição de objeto. Traduzindo: há aí uma oportunidade única de darmos ao sujeito a chance de escapar um pouco de sua condição de assujeitamento face ao discurso médico.

Trazemos agora algumas outras situações importantes de nossa própria experiência como psiquiatra. Iniciamos com uma mulher na quinta década de vida, com a qual tivemos apenas dois encontros. No primeiro, ela chega relatando um quadro depressivo grave, que já se prolongava há anos e que está referido à morte prematura e trágica de um filho adolescente em um acidente de moto. Após solicitar que se falasse mais do episódio foi perguntado à paciente como era seguir a vida depois disso. Como havia muita resistência a tratamento psicológico, a consulta se encerrou apenas com as propostas de manejo sintomático através de psicofármacos, sem que houvesse maiores motivos para esperar qualquer evolução diferente da que já vinha ocorrendo, que não passava de algum pequeno alívio do sofrimento dessa mulher. Qual não é a nossa surpresa quando, ao retornar algum tempo depois, a paciente diz ter vindo para agradecer o que foi feito por ela que, já vindo de um período de nove anos em uso de medicação antidepressiva, agora se encontrava muito bem, não tendo feito uso de nenhuma medicação desde daquela última consulta. Em sua fala, atribui sua boa evolução à forma com que pode expressar sua dor, formulando que tinha a impressão que não havia melhorado até então porque todos os médicos que havia procurado adotavam uma postura de saber sobre o que ela sentia ou deveria sentir pelo seu filho e ofereciam palavras consoladoras, as quais ela tomava como desmerecedoras de sua dor. Não tendo isto ocorrido desta vez, algo pôde se organizar e seu trabalho de luto se completou. Lembramos que na primeira consulta, enquanto ouvíamos sobre a fatalidade que levara o filho desta senhora, vinha em nossa mente o que da ética da psicanálise se pode apreender sobre o acolhimento do trágico e, levando em consideração a inexorabilidade do Real, estávamos advertidos sobre não tentar conciliar o inconciliável, tendo sido isto o que nos orientou na intervenção.

Atendendo um grande volume de pessoas em ambulatório público temos hábito de ouvir atentamente o que o paciente vem vivendo, a partir de uma pergunta que tem por objetivo propiciar a fala livre ex.: “O que você tem vivido que acha que pode ter relação com seu atual estado emocional?”. Em se tratando de uma população de baixo nível sócio econômico, expostos às mais diversas formas de violência, tanto físicas,

como psicológicas e, se assim podemos dizer, violências quanto a própria questão de seus direitos mais básicos de cidadania, não há forma melhor de expressar de uma forma geral, o que geralmente é o conteúdo do que se ouve, uma vez posta a questão, senão com o excerto da letra *Volte para o seu lar*, de Arnaldo Antunes:

“Aqui nesta casa ninguém quer a sua boa educação; Nos dias que tem comida, comemos comida com a mão; E quando a polícia, a doença, a distância ou alguma discussão, nos separam de um irmão; Sentimos que nunca acaba de caber mais dor no coração; Mas não choramos à toa”.

Uma vez encerrado o relato do paciente, colocamos então a seguinte pergunta: “Em relação à medicação que faz uso, você acha que se fizermos alguma modificação isso poderia ajudá-lo(a) de alguma forma neste momento?”. Entendemos que a medicação oferecida assim, como um meio e não como um fim, um meio que a pessoa pode ou não lançar mão, a depender de sua disponibilidade para tal, e de certa forma, de seu próprio saber sobre o que está sentindo, diferente da medicação entregue na forma de uma prescrição de conduta que se dá a partir do momento em que se coloca uma etiqueta diagnóstica nas situações existenciais em tela, dá maior possibilidade de entrada em cena do sujeito no tratamento. Digno de nota é que na imensa maioria das vezes obtemos como resposta algo do tipo: “Não, a medicação já está me ajudando bastante, não sei o que seria de mim sem ela, só queria mesmo falar”.

Fica evidente a importância que tem para as pessoas poderem simplesmente falar o que se passa com elas a um interlocutor que se mostre interessado em ouvi-las. Mais importante, ao relatar situações trágicas de seu cotidiano espera-se antes de tudo um testemunho da *via crucis*, ou seja, ser ouvido, e, responder a isto com um medicamento, como se o relato do sofrimento fosse necessariamente uma queixa que tivesse que ser traduzida em uma demanda de alívio na forma de medicação é, antes de tudo, fruto de um mau entendimento do médico.

No atendimento de pacientes psicóticos graves, que repetidamente questionam o uso da medicação e pedem para que ela seja retirada, é sempre bom lembrar como referência a um “tribunal superior”, o Nome-do-Pai, faz com que a lei da mãe deixe de ser uma lei de caprichos e se torne uma lei regulada. Desta forma, uma estratégia que tem dado bons resultados é responder ao paciente que nós também não gostaríamos de ter de prescrevê-los tais remédios e só o fazemos porque se algo acontecer com eles e a medicação não tiver sido prescrita, podemos ter problemas com instâncias superiores como o conselho de medicina ou até mesmo a justiça. Colocando-se juntamente com o

paciente como submetido a uma lei e não como detentor de um poder absoluto sobre ele, geralmente o embate é encerrado e os pacientes acatam de bom grado continuar recebendo a prescrição. Do contrário, quando adotamos posturas autoritárias ou tentamos dar explicações pautadas na racionalidade médica para o uso da medicação, a conversa vai longe e costuma terminar com a interrupção do uso.

A escolha destes fragmentos de caso se deu justamente por mostrarem como intervenções pautadas no que se pode apreender com a psicanálise pode fazer diferença fundamental na clínica médica e psiquiatra. No que se refere a nossa experiência, considera-se que tanto o estudo da teoria como o percurso de análise pessoal são importantes para que se possa sustentar o exercício da clínica desta forma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O antigo embate que opõe somaticistas a psiquistas continua bastante vivo na psiquiatria. Não é possível deixar de notar que, de um ponto de vista clínico, ele funciona como um embargo para que questões mais importantes e produtivas sejam tratadas. Em se tratando das relações psiquiatria/psicanálise ele, via de regra, se atualiza em uma vertente *ou/ou*, exigindo que cada um tome sua posição, de um lado ou de outro. Do lado dos defensores da causalidade orgânica dos transtornos mentais há sempre uma menção pró-forme a aspectos psicossociais terem papel importante na clínica, no entanto, a atenção está sempre voltada para os aspectos mais objetivos e mensuráveis, deixando a impressão de que na verdade, é *politicamente correto* que sempre se faça essa menção e nada mais. Do lado dos psicanalistas a tônica já é a de um ataque às concepções organicista do sofrimento psíquico, tomando a psiquiatria como autoritária e o uso de psicofármacos como uma forma de exclusão da subjetividade e apagamento do sujeito. Como se a prescrição do psicofármaco fosse um mecanismo de calar o inconsciente, um reforço ao não querer saber nada disso.

Há uma forte impressão de que este sectarismo atende a interesses de ambos os lados. Sendo estes interesses pouco claros, acredita-se que encontramos elementos suficientes para supor que do lado da psiquiatria biológica ele esteja guiado pelo discurso do capitalista. No entanto, antes de adotarmos uma atitude de hostilidade contra os psiquiatras, tomando-os como o próprio capitalista, que lucra com uma “indústria da loucura”, devemos lembrar com Lacan (1966) que dentro deste jogo o médico é apenas um funcionário e que ele não é senhor de sua ação, tendo em vista a posição de alienação no Outro da ciência em que ele se encontra.

Do lado da psicanálise, nossa impressão é que está justamente no fato de ter se separado da medicina, sua condição de existência hoje com a força que possui. Relembramos aqui o papel fundamental que teve a defesa da questão da análise leiga por parte de Freud. Em seu principal texto dedicado a isto, Freud (1926/1976) já previa qual seria o lugar que a psicanálise teria nos livros de medicina caso fosse considerada uma disciplina exclusivamente de médicos. Este lugar não difere em nada do que ela costuma ter hoje nestes livros, que é esta vaga menção, dividindo um espaço já bastante reduzido, com uma diversificada gama de abordagens não medicamentosas dos transtornos mentais, na maioria das vezes colocadas como formas de reforço à farmacoterapia, que ocupa o lugar de protagonista.

Nossa proposta é ir além deste sectarismo, de modo que se possa pensar uma forma da medicina e da psicanálise poder se cruzar, influenciando uma a outra, sem ter que reproduzir seus antigos embates. Uma atitude nostálgica em relação aos anos que seguiram a Segunda Guerra Mundial, quando a psicanálise dominou o campo psiquiátrico não nos parece muito adequada. Há que se lembrar que naquela época a psicanálise era dominada pelos pós-freudianos que vinham cada vez mais se afastando do caminho traçado por Freud, e reduziram a psicanálise a uma técnica de adaptação ligada à medicina. Houve aí um desvio tão grande da ética freudiana que há quem diga que Lacan empreendeu em sua obra, falada ou escrita, uma “reconquista do campo freudiano” (Jorge & Ferreira, 2007). Uma psicanálise ligada à medicina que resista ao empuxo ao discurso do mestre talvez seja o principal desafio que se impõe a quem pretende se embrenhar por estes caminhos.

O que foi feito neste trabalho é um mapeamento do terreno, tanto no campo da história, quanto no campo do discurso, e uma tímida proposta que aponta para o campo da ética e da aplicação de conceitos psicanalíticos ao exercício da medicina como caminhos possíveis. Os fragmentos de caso clínico trazidos buscaram mostrar como o referencial da psicanálise – seja em sua vertente teórica, seja a partir de efeitos do próprio trabalho de análise pessoal – principalmente no que se refere à destituição do saber, pode nortear a forma de condução de situações clínicas.

No caso específico dos casos clínicos do professor Ricardo Bastos, foi feita uma leitura a partir da psicanálise que permitiu encontrar certas marcas do discurso da psicanálise. Não se tem, no entanto, elementos para dizer se o autor em questão tem um percurso de análise pessoal ou mesmo se tem conhecimento aprofundado na teoria psicanalítica.

Insisti-se na importância de que este tema possa ir além das convergências e divergências entre psicanálise e medicina e entre psicanálise e psiquiatria. A este respeito, Scheinkman (1992) faz importantes considerações ao se remeter ao estudo de Robert Hertz (1980) sobre a preeminência da mão direita. É traçada uma reflexão como a simples oposição entre a mão direita e a esquerda, longe de ser natural, está carregada de significativos culturais, servindo assim como representação de divisões e hierarquias.

Se por um lado existe a mais perfeita simetria entre nossas duas mãos, por outro há uma impressionante desigualdade. A fácil aceitação de que esta desigualdade se deve à assimetria orgânica apontada por Broca – “somos destros de mão porque canhotos de cérebro” – não é capaz de responder pelos inúmeros adjetivos atribuídos à mão

esquerda, canhota, oculta, proibida, sinistra, profana. Ainda que fosse possível estabelecer que a mão direita ultrapassa a esquerda por dádiva da natureza, restaria ainda compreender porque um privilégio teve que ser instituído pelos homens e somado a esta superioridade natural.

A mão esquerda não é desprezada por ser fraca. Prova disto é que os canhotos, quando educados para lidar contra essa tendência instintiva, tornam-se em geral ambidestros, sendo notados por esta habilidade. Muito mais que ser naturalmente aceita, a destriedade funciona como um ideal ao qual todos precisam se conformar e, ainda que a anatomia explique o fato, ela não pode se pronunciar a respeito da origem do ideal ou sua razão de existir.

Assim como a questão da destriedade que, tendo uma base orgânica cerebral bem estabelecida, não deixa por isso de estar inserida em uma miríade de recortes lingüísticos que a partir de significantes e significados os mais diversos tem moldados os contornos de sua inserção na cultura; o estabelecimento das bases biológicas do sofrimento mental, se é que um dia isto será realmente possível, de forma alguma isentaria o sujeito de dar uma resposta no campo da linguagem a seu *pathos* que então seria tomado como um fato da natureza.

Se um dado estabelecido na materialidade orgânica dos corpos sempre vai exigir do sujeito uma construção no campo da linguagem, o contrário não deixa de ser verdadeiro. A linguagem incide materialmente sobre nossos corpos. Se os psicanalistas sabem disto pelo testemunho de sua experiência clínica diária, os cientistas o sabem por seus experimentos. Um dos mais respeitados neurocientistas, Eric Kandel, ganhador de um Prêmio Nobel em 2000 por descobertas envolvendo a transmissão de sinais entre células nervosas no cérebro humano, apesar de advogar um modelo biológico para a psiquiatria, convida a psicanálise a participar deste, tendo em vista a percepção de que a psicoterapia a psicofarmacoterapia produzem modificações semelhantes na arquitetura cerebral (Kandel, 1998).

Tomando a palavra “alma” como metáfora do desejo – no estrito sentido em que este é formalizado pela psicanálise – em sua relação com o significante e, motivada pela sua longa experiência em psicanálise com bebês, Elsa Coriat (1997) se inquieta com o questionamento sobre como se dá a entrada de uma alma em um corpo. Em seu desenvolvimento, este questionamento se revela o da relação existente entre a imaterialidade da linguagem e a materialidade do corpo.

Coriat (1997) é inevitavelmente conduzida ao campo da neurologia ao observar que, tanto em pacientes com problemas orgânicos, quanto em paciente sem eles, se a alma não consegue se introduzir no corpo desde os primeiros anos de vida, período que é também o que ocorre as maiores modificações no tecido neurológico cerebral, a possibilidade de que venha fazê-lo uma vez concluída a infância, quando as modificações no tecido cerebral são bem mais modestas, é praticamente nula. Sendo assim, a tão propalada prematuridade inerente ao humano não é apenas instintiva, mas tem uma base orgânica e, o que em seu projeto de psicologia, Freud (1950[1985])/1976 chama de *Bahnung* (facilitações), tem, na “*estabilização seletiva das sinapses*”, seu termo correspondente no campo da neurologia.

“O Outro escreve no corpo do *infans*. Mas se há escritura, do que está feito o papel? E a tinta? Se tomamos como papel a superfície corporal, esta funciona como um bloco mágico. As extensões periféricas do sistema nervoso central ocupam-se de levar a informação ao cérebro e ali fica instalado o registro definitivo. As letras da mensagem ficam escritas no código químico. A informação é transmitida por via química e elétrica.

Poderíamos dizer que *se a Psicanálise se ocupa dos efeitos do escrito, a Neurologia ocupa-se do papel.*” (Coriat, 1997 p.268).

(...)

“A respeito do Projeto de Freud, quando escuto dizer que se adiantou ao seu tempo ao inventar o conceito de sinapse, penso que, nos meios científicos, as idéias circulam muito antes de que os conceitos sejam oficializados com nome e sobrenome. Nesse sentido, a idéia que resume conceito de sinapse não necessariamente lhe pertence.

No entanto, com a idéia do estabelecimento das *Bahnungen* em função das experiências vividas epigeneticamente, Freud adiantou-se quase um século. Neste ponto, não me restam dúvidas, a intuição é exclusivamente freudiana. Hoje, o engrossamento da via em função da repetição de seu uso (ao menos no nível do que Freud chamava de ‘signos de percepção’) pode ser observado no microscópio. Já não é tão simples dizer que se trata de uma metáfora.” (Coriat, 1997 p.272)

Este campo de estudo, que relaciona os *insights* da psicanálise com o conhecimento obtido pelas neurociências é conhecido como neuropsicanálise e pode ser considerado como fruto da aceitação pela psicanálise ao convite feito por Eric Kandel. No entanto, é preciso que cada psicanalista tenha enorme cautela sobre a forma com que toma os achados da neuropsicanálise. Isto se faz importante para que não se perca novamente o fio da meada da ética freudiana, colocando novamente a psicanálise a serviço da medicina e impondo o risco de no futuro precisarmos de um “novo Lacan” para realizar uma segunda “reconquista do campo freudiano”.

De volta ao campo da clínica, é preciso ter sempre em mente que nem toda demanda de tratamento se traduz em uma demanda de análise. Quem apresenta o sintoma pode querer, única e exclusivamente, se livrar do sofrimento que ele acarreta, há aí tão somente uma demanda terapêutica. Uma demanda de análise pressupõe, além

da expectativa de alívio, que se queira levar a sério o enigma do sintoma, ou seja, que se busque um saber sobre o sintoma. Para o psicanalista não basta a demanda terapêutica, que seria suficiente para um tratamento psiquiátrico ou para uma psicoterapia. A demanda de análise implica que o sujeito queira tratar o sintoma não só pela vertente do sofrimento, mas também pela vertente do enigma (Barreto, 2010c).

Quando alguém procura um psiquiatra, ou mesmo um médico, isto não significa, ou pelo menos não pode significar *a priori* que haja aí somente uma demanda de alívio, afinal, a maioria das pessoas não sabe a diferença entre um psiquiatra e um psicólogo, quem dirá destes para um psicanalista. Se para o paciente isto pode passar por uma contingência, para o clínico, um maior aprofundamento desta demanda, de modo a investigar do que se trata, é uma escolha, uma tomada de decisão e de posição, que não é só clínica, mas política e ética.

O olhar médico sobre o sofrimento psíquico tende a colocá-lo cada vez mais como podendo ser inscrito no corpo, nas suas moléculas, nos seus genes. O que fora experimentado sob a forma da estranheza, do insuportável, do enigma irresolúvel, parece agora poder ser dominado pelo conhecimento positivo. O olhar do psicanalista é capaz de diferir do olhar médico que muitas vezes se revela incapaz de enxergar além do que se pode ver na aparência dos sintomas, na ordem ilusória dos quadros classificatórios, na performance sempre incerta das intervenções biológicas. Ao situar o sujeito em sua práxis em uma estrutura de fenda, de *Spaltung*, que é reconhecida de maneira como que cotidiana na clínica, a psicanálise é capaz de admitir que existe algo que nos causa de modo sempre singular, uma dimensão inconsciente e uma economia do desejo das quais sempre se há algo a dizer, ainda que sejam inesgotáveis. Isto significa deixar o cenário aberto para a dimensão trágica da existência humana, esta dimensão que a psiquiatria remedicada busca eliminar (Serpa Jr., 2001).

Acolher esta dimensão trágica significa, antes de mais nada, admitir com Foucault que “[...] os progressos da medicina poderão muito bem fazer desaparecer a doença mental, como a lepra e a tuberculose, mas uma coisa permanecerá, que é a relação do homem com seus fantasmas, com o seu impossível, com a sua dor sem corpo” (Foucault *apud* Serpa Jr., 2001 p. 36).

BIBLIOGRAFIA

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

ALEXANDER, F.G. et al (1981) *A história da Psicanálise através de seus pioneiros: uma história da psicanálise vista através das vidas e das obras dos seus mais eminentes mestres, pensadores e clínicos. Volumes 1 e 2*. Rio de Janeiro: Imago.

ALEXANDER, F.G. & SELESNICK, S.T. (1980) *História da Psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente*. São Paulo: Ibrasa 2ªed.

ALONSO-FERNÁNDEZ, F. (1976) *Fundamentos de La Psiquiatria Atual. Tomo I: Psiquiatria General*. Madri: Editorial Paz Montalvo, 3ªed.

American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR (Texto Revisado)*. São Paulo: Artmed, 2002, 4ªed.

ANGELL, M. (2007) *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Record.

_____ (2011) *A epidemia de doença mental*. Revista Piauí, nº 59. São Paulo: Editora Abril, agosto de 2011.

BALINT, M. (2005) *O Médico, seu paciente e a doença*. São Paulo: Editora Atheneu. 2ªed.

BANZATO, C.E.M. (2010) *Psiquiatria e Filosofia in BRASIL, M.A.A. et al (orgs.) PEC ABP: Programa de Educação Continuada: textos de aulas: título de especialista em psiquiatria: provas 2008-2009*. Rio de Janeiro: ABP Ed.

BARNES, M. & BERKE, J. (1983) *Viagem Através da Loucura*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

BARRETO, F.P.(1999) *Reforma Psiquiátrica e Movimento Lacaniano*. Belo Horizonte: Itatiaia.

_____.(2010a) *A psicanálise aplicada à saúde mental: uma contribuição ao tema da prática lacaniana nas instituições*. In: BARRETO, F.P. (2010) *Ensaios de psicanálise e saúde mental*. Belo Horizonte: Scriptum Livros.

_____.(2010b) *Como vejo a psiquiatria hoje: entre as aves e as feras*. In: BARRETO, F.P. (2010) *Ensaios de psicanálise e saúde mental*. Belo Horizonte: Scriptum Livros.

_____.(2010c) *Impertinências: em que condições o psicanalista sugere o uso do antidepressivo?* In: BARRETO, F.P. (2010) *Ensaios de psicanálise e saúde mental*. Belo Horizonte: Scriptum Livros.

BASTOS, R.R. (2002) *Decisões Clínicas – a ferramenta da motivação e do porquê*. Revista APS, v.5, n.2, p.128-135 jul./dez.2002.

_____ (2005) *Anjos da Guarda – Uma nova abordagem para aulas práticas na graduação médica*. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: v.29, n.3, set/dez 2005.

_____ (2011a) *Vomito tudo*. Disponível em <http://www.medicinaatual.com.br/secao/boletim/metodoClinicoExibe.aspx?idMetodoClinico=100>. Acessado em 13 de julho de 2013.

_____ (2011b) *Desmaio sempre*. Disponível em <http://www.medicinaatual.com.br/secao/boletim/metodoClinicoExibe.aspx?idMetodoClinico=114>. Acessado em 13 de julho de 2013.

_____ (2011c) *Ele grita muito*. Disponível em <http://www.medicinaatual.com.br/secao/boletim/metodoClinicoExibe.aspx?idMetodoClinico=101>. Acessado em 13 de julho de 2013.

BERCHERIE, P. (1988) *Genesis de los conceptos freudianos*. Buenos Aires: Paidós.

_____. (1989) *Os fundamentos da clinica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

BERNOIT, P. (1989) *Psicanálise e Medicina: teoria e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

BERRIOS, G. E. (2008a) Descriptive Psychiatry and Psychiatric Nosology during the Nineteenth Century. In: WALLACE, E.R. & GACH, J. (2008) *History of Psychiatry and Medical Psychology*. New York: Springer.

_____ (2008b) *Classificações em psiquiatria: uma história conceitual*. Revista de Psiquiatria Clínica, 35(3);113-127,2008.

_____ (2011) *Delirium e confusão mental no século XIX: uma história conceitual*. Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 166-189, março 2011.

BIRMAN, J. (2000) *Entre cuidado e saber de si: sobre Foucault e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

CALLIGARIS, C. (2001/2004) Bigode de madame salva africano morrendo de sono. In: CALLIGARIS, C. (2004) *Terra de ninguém*. São Paulo: Publifolha.

CAMPBELL, E.G. et al (2007) *Institucional Academic-Industry Relationships*. The Journal of the American Medical Association (JAMA), 2008;298(15):1779-1786.

CARDOSO, F.L.L (2010). *A Influência do Relatório Beveridge nas origens do Welfare State (1942 – 1950)*. Revista Todavia, 1(1), julho 2010, p. 39-53.

CASTRO, E. (2009) *Vocabulário de Foucault: Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. São Paulo: Autêntica Editora.

CHAVES, E. (1988) *Foucault e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CLAVREUL, J. (1983) *A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico*. São Paulo: Brasiliense.

COOPER, D. (1967) *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Editora Perspectiva.

CORIAT, E (1997). *A Psicanálise na clínica de bebês e crianças pequenas*. Porto Alegre, Artes e Ofícios.

COSGROVE, L. et al (2006) *Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2006;75:154-160.

_____ (2009) *Conflicts of interest and disclosure in the American Psychiatric Association's Clinical Practice Guidelines*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2009;78:228-232.

DERRIDA, J. (1992/2001) *Fazer justiça a Freud: a história da loucura na era da psicanálise*. In: FERRAZ, M.C.F. (org) (2001) *Três tempos sobre a história da loucura*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

DUNKER, C.I.L (2011) *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume.

DUNKER, C.I.L. & NETO, F.K (2011) *A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria*. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dezembro 2011.

ELIA, L. (2000) *Psicanálise: clínica e pesquisa*. In: ELIA, L. & ALBERT, S. (orgs) (2000) *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

_____ (2010) *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor 3ªed.

FERREIRA, A. P. (2011) *Da Clínica Descritiva às Entidades Nosológicas em Psiquiatria e Psicanálise: Concepções Psicopatológicas, Diagnósticas e Terapêuticas*. Relatório de Pesquisa, Pró-Ciência, SR2/UERJ, 2011.

FOUCAULT, M. (1969/2010) *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária 7ª edição.

_____ (1971/2009) *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola, 19ª edição.

_____ (1973-1974/2006). *O poder psiquiátrico: curso no Colégio de France*. São Paulo: Martins Fontes

_____ (1976/2011a) Crise da medicina ou crise da antimedicina? In: MOTTA, M.B. (org) (2011) *Ditos e escritos VII: arte, epistemologia, filosofia e história da medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____ (1976/2011b) A extensão social da norma. In: MOTTA, M.B. (org) (2011) *Ditos e escritos VII: arte, epistemologia, filosofia e história da medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____ (1976/2011c) O discurso não deve ser considerado como. In: MOTTA, M.B. (org) (2011) *Ditos e escritos VII: arte, epistemologia, filosofia e história da medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____ (1980/2008) *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária 6^o edição.

_____ (1981/2006) Lacan, o “Liberatore” da psicanálise. In: MOTTA, M.B. (org) (2011) *Ditos e escritos I. Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria, Psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____ (2007) *Verdade e Poder*. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*: São Paulo: Graal 23^a ed.

FREIRE, J.M.G. & PEREIRA, M.E.C. (2011) *A avaliação de resultados em psicanálise: Bambi sobreviverá a Godzilla?* Tempo Psicanalítico. Rio de Janeiro: v.43.I, P.155-172, 2011.

FREUD, S. (1886-1899) Prólogo y notas de a la traducción de J. M. Charcot, *Leçons du mardi de la Salpêtrière*. In: FREUD, S. (1976). *Obras completas vol.I*, Buenos Aires: Amorrortu Ed.

_____ (1893-1895) Estudios sobre la histeria. In: FREUD, S. (1976). *Obras completas vol.II*, Buenos Aires: Amorrortu Ed.

_____ (1911[1910]) Puntualizaciones psicoanalíticas sobre um caso de paranoia (Dementia Paranoidea) descrito autobiográficamente. In: FREUD, S. (1976). *Obras completas vol.XII*, Buenos Aires: Amorrortu Ed.

_____ (1914) Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. In: FREUD, S. (1976). *Obras completas vol.XIV*, Buenos Aires: Amorrortu Ed.

_____ (1917[1916-17]). 16^a conferencia. Psicoanálisis y psiquiatria. In: FREUD, S. (1976). *Obras completas vol.XVI*, Buenos Aires: Amorrortu Ed.

_____ (1924[1923]) Neurosis y psicosis. In: FREUD, S. (1976). *Obras completas vol.XIX*, Buenos Aires: Amorrortu Ed.

_____ (1926) ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial In: FREUD, S. (1976). *Obras completas vol.XIX*, Buenos Aires: Amorrortu Ed.

_____ (1950[1985]) Proyecto de psicología. In: FREUD, S. (1976). *Obras completas vol.I*, Buenos Aires: Amorrortu Ed.

GALDSTON, I. (1969) *Psychoanalysis in present-day psychiatry*. New York: Brunner/Mazel, Publishers.

GAY, P. (2010) *Freud: Uma Vida Para Nosso Tempo*. São Paulo. Companhia das Letras.

GOFFMAN, E. (1961/2008) *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 8ª ed.

GLASS, R. (2008) *Bambi survives Godzilla? Psychodynamic Psychotherapy and research evidence*. The Journal of the American Medical Association (JAMA), 2008;300(13):1587-1589.

GRANGEIRO, C.R.P.(2005) *A propósito do conceito de formação discursiva em Michel Foucault e Michel Pêcheu*. In: Seminário de estudos em análise do discurso, 2.,2005, Porto Alegre. Anais eletrônicos. Porto Alegre: UFRGS Disponível em: <http://www.discurso.ufrgs.br/sead/doc/ claudiagranjeiro.pdf>

HALE Jr., N.G. (1995) *The rise and crisis of psychoanalysis in the United States: Freud and the Americans, 1917-1985*. New York: Oxford University Press.

HERTZ, R. (1980) *A preeminência da mão direita: um estudo sobre a polaridade religiosa*. Religião e Sociedade. Volume 6, 1980.

ILLICH, I. (1975) *Nêmesis da medicina: A expropriação da Saúde*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira 2ª edição.

JONES, E. (1962) *Vida Y Obra de Sigmund Freud. Vol III. La Etapa Final 1919-1939*. Buenos Aires: Editorial Nova.

_____. (1989a) *A Vida e a Obra de Sigmund Freud. Vol I. Os anos de Formação e as Grandes Descobertas 1856-1900*. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1989b) *A Vida e a Obra de Sigmund Freud. Vol II. A maturidade 1901-1919*. Rio de Janeiro: Imago.

JORGE, M.A.C.(2002) Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In: RINALD, D. & JORGE, M.A.C. (orgs) *Saber, Verdade e Gozo: Leituras de O Seminário Livro 17 de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos

JORGE, M.A.C. & FERREIRA, N.P. (2007) *Lacan, o grande Freudiano*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

JUNG, S.I. et al (2007) *Avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica*. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29(2), 184-196.

KANDEL, E.R. (1998) *A new intellectual framework for psychiatry*. American Journal of Psychiatry, 155:4, April 1998.

KLOETZEL, K (1999). *Medicina Ambulatorial: princípios básicos*. São Paulo: EPU.

LACAN, J. (1957-1958/1999) *O Seminário, livro 5. As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

_____ (1959-1960/1988). *O Seminário, livro 7. A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

_____ (1964/1998). *O Seminário, livro 11. Os quatro conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

_____ (1965/1998) A ciência e a verdade. In: LACAN, J. (1998) *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

_____ (1966) *O lugar da psicanálise na medicina*. Opção Lacaniana, 32:8-14.

_____ (1969-1970/1992). *O Seminário, livro 17. O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. (2001) *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 4ªed.

LEICHSENRING, F. & RABUNG, S. (2008) *Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis*. The Journal of the American Medical Association (JAMA), 2008;300(13):1551-1565.

LIEF, H.I. (1969) *Psychoanalysis and Psychiatric Training* In: GALDSTON, I. (1969) *Psychoanalysis in present-day psychiatry*. New York: Brunner/Mazel, Publishers.

MACHADO, R. (2007) *Por uma genealogia do poder*. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*: São Paulo: Graal 23ª ed.

MALEVAL, J.C. (2009) *Locuras histéricas y psicosis dissociativas*. Buenos Aires: Paidós, 1ªed.

MALPICA, C.R. (2012) *Definición, contenido y límites de la psiquiatria contemporânea*. Salud Mental 2012,35(3):181:188.

MANN, J. (1969) *The place of psychoanalysis in present-day psychiatry*. In: GALDSTON, I. (1969) *Psychoanalysis in present-day psychiatry*. New York: Brunner/Mazel, Publishers.

MANNONI, O. (1992) O(s) Movimento(s) Antipsiquiátrico(s). In: MANNONI, O.(1992) *Um espanto tão intenso: a vergonha, o riso, a morte*. Rio de Janeiro: Editora Campos.

MARMOR, J. (1969) Current status of psychoanalysis in american psychiatry. In: GALDSTON, I. (1969) *Psychoanalysis in present-day psychiatry*. New York: Brunner/Mazel, Publishers.

MARTINS, F. (1999) *O que é pathos?* Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 62-80, dezembro de 1999.

MAURANO, D. (1999) *Nau do desejo: O percurso da ética de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Relume Dumará 2ªed.

_____ (2003) *Para que serve a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar

MILNER, J.C. (1996) *A obra clara: Lacan, a ciência, a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

MOTTA, M.C. (2006) Apresentação In: FOUCAULT, M. *Ditos e Escritos I. Problematização do sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária 2ªed.

NOGUEIRA, R. P. (2003) *A segunda crítica social da saúde de Ivan Illich*. Revista Interface, v7 n12 p. 185-90, fev/2003.

OLIVEIRA, W.V.(2011) *A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan.-mar. 2011, p.141-154.

OMS (1946/2009) *Documentos Básicos*. 47ªed. Disponível em <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/portada-indice-sp.pdf>, acessado em 2 de setembro de 2013.

PARLOFF, M.B. (1982) *Psychotherapy research evidence and reimbursement decisions: Bambi meets Godzilla*. American Journal of Psychiatry, 139, 6, 718-723.

PEREIRA, M.E.C. (2000) *Bleuer e a invenção da esquizofrenia*. Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 158-163, março de 2000.

PEREZ, D.O. (2006) Prefácio. In: WINTER, C.A.F.C (2006) *Confissão e Cura: uma interlocução entre Foucault e a psicanálise freudiano-lacanianana*. Curitiba: Juruá Editora.

PINHEIRO, M.V. (2005) *Considerações sobre a clínica na atualidade: psiquiatria, psicanálise e saúde mental*. Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 523-532, setembro de 2005.

QUINET, A.(1995) Apresentação In: MAURANO, D. *Nau do desejo: O percurso da ética de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Relume Dumará 2ªed.

_____(2001) A psiquiatria e sua ciência nos discursos da contemporaneidade. In: QUINET, A (org) *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos

_____(2007) *As 4 + 1 condições de análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 11ed.

RAJCHMAN, J.(1993) Eros e verdade: Lacan, Foucault e a questão da ética. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

RINALDI, D.(2002) O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário. In: RINALDI, D. & JORGE, M.A.C. (orgs) *Saber, Verdade e Gozo: Leituras de O Seminário Livro 17 de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos

ROUDINESCO, E. (1988) *História da Psicanálise na França. A Batalha dos Cem Anos. Volume 2: 1925-1985*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

_____(1989) *História da Psicanálise na França. A Batalha dos Cem Anos. Volume 1: 1885-1939*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

_____(2000) *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

_____(2009) Medicina, psiquiatria e psicanálise: semiologia do sujeito. In: ROUDINESCO, E. (2009) *Em defesa da Psicanálise: ensaios e entrevistas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. (1998) *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

RUSSO, J. & VENÂNCIO, A.T.A. (2006) *Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM-III*. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 9, n. 3, 460-483, setembro de 2006.

SCHEINKMAN, L. (1993) Relações entre medicina e psiquiatria. In: RUSSO, J. & FILHO, J.F.S. (1993) *Duzentos anos de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

SERPA JR., O.D. (1993) Lacunas e dobras: das relações da psiquiatria com a medicina. In: RUSSO, J. & FILHO, J.F.S. (1993) *Duzentos anos de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

_____(1999) *Sobre o Nascimento da Psiquiatria*. Cadernos do IPUB. Rio de Janeiro: nº 3, 4ªed p.25-40

_____(2001). Psicanálise, psiquiatria e a sedução da completude. In: QUINET, A (org) *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos

SERRA, S.T.(2009) *Psicanálise e medicina: uma interlocução histórica, de saber, de prática e de formação*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Psicanálise. Disponível em <http://www.pgpsa.uerj.br/dissertacoes.html>

SHORTER, E. (1997) *A History Of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

SZASZ, T.S.(1974) *O mito da doença mental*. São Paulo: Círculo do Livro.

TURNER, E.H. et al (2008). *Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy*. The New England Journal of Medicine (NEJM), 2008;358:252-60.

USDIN, G.L. (1969) Foreword. In: GALDSTON, I. (1969) *Psychoanalysis in present-day psychiatry*. New York: Brunner/Mazel, Publishers.

VIEIRA, M.A.(2002) *O lugar da psicanálise na medicina - introdução à uma conferência de Jacques Lacan*. Cadernos do IPUB, vol.VIII, n. 21

WILSON, M. (1993) *DSM-III and the transformations of American psychiatry: a history*. American Journal of Psychiatry, 150(3):399-410,1993.

WINTER, C.A.F.C (2006) *Confissão e Cura: uma interlocução entre Foucault e a psicanálise freudiano-lacanian*. Curitiba: Juruá Editora.