

Ana Cristina Costa Lima

**NORMALIDADE E PATOLOGIA
NA PSIQUIATRIA E NA PSICANÁLISE: O PAPEL DOS
PERIÓDICOS CIENTÍFICOS BRASILEIROS**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Doutor em Ciências Humanas.
Orientadora: Prof^a. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi
Coorientadora: Prof^a. Dra. Luzinete Simões Minella

Florianópolis
2012

CETD
UFSC
PICH
108

SC001408209

304290

Reg 97476958-0

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

L732n Lima, Ana Cristina Costa

Normalidade e patologia na psiquiatria e na psicanálise [tese] : o papel dos periódicos científicos brasileiros / Ana Cristina Costa Lima ; orientadora, Sandra Noemi Cucurullo de Caponi. - Florianópolis, SC, 2012.

216 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas.

Inclui referências

1. Ciências Humanas. 2. Humanidades. 3. Psiquiatria. 4. Psicanálise. 5. Neuroses. 6. Conduta. I. Caponi, Sandra Noemi Cucurullo de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. III. Título.

CDU 168.522



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas/Doutorado

“NORMALIDADE E PATOLOGIA NA PSIQUIATRIA E NA PSICANÁLISE: O PAPEL DOS PERIÓDICOS CIENTÍFICOS BRASILEIROS”

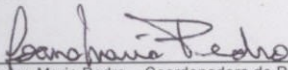
Por

Ana Cristina Costa Lima

Orientadora: Profª Drª Sandra Noemi C. de Caponi

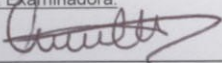
Coorientadora: Profª. Drª. Luzinete Simões Minella

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de *Doutora em Ciências Humanas* e aprovada em sua forma final no dia 20 de abril de 2012, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas/Doutorado.

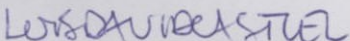


Profª Drª Joana Maria Pedro – Coordenadora do Programa

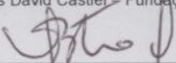
Banca Examinadora:



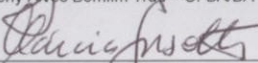
Profª. Drª. Sandra Noemi C. de Caponi - Orientadora-Presidente-UFSC/SC



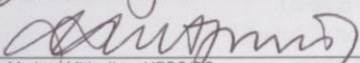
Prof. Dr. Luis David Castiel – Fundação Oswaldo Cruz / RJ



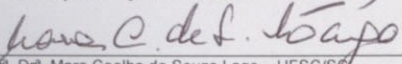
Profª. Drª. Leny Alves Bomfim Traut – UFBA/BA



Profª. Drª. Marcia Grisotti – UFSC/SC



Profª. Drª. Myriam Mitjavila – UFSC/SC



Profª. Drª. Mara Coelho de Souza Lago – UFSC/SC



Profª. Drª. Luzinete Simões Minella - Coorientadora – UFSC/SC

Florianópolis, 20 de abril de 2012.

Dedico este trabalho a Bettina Katzenstein¹ e
Uberto Schoenfeldt, parentes por afeição, fizeram
parte da minha formação, desde a gestação.

¹ *Betti Katzenstein, uma psicóloga do século XX*. v.3. (Pioneiros da Psicologia).
Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/memoria/betti/>. Acesso em 21 mar.
2012.

AGRADECIMENTOS

Aos meus mestres distantes, entre muitos, Bateson, Foucault, Freud, Jung, Laing, Reich, por deixarem seus livros, e ao meu mestre Roberto Freire (Bigode), que me ensinou o ofício de terapeuta.

À orientadora, prof^a. Sandra Caponi, pelo apoio e pelas oportunidades que me apresentou.

À coorientadora, prof^a. Luzinete Minella, e ao coorientador no exterior, prof. Guillaume Le Blanc.

Ao Jerônimo Ayala pelos livros que me apresentou.

As minhas amigas Deise Maria do Nascimento e Gissele Pinto pelas leituras e discussões ao longo desses anos.

A minha amiga Fabíola Stolf Brzozowski pelo auxílio na revisão do texto e pela versão do resumo para o inglês.

A todas as pessoas que me ajudaram nesse trajeto, especialmente aos meus amigos de Floripa pelo carinho e pelos livros emprestados e sugeridos.

Aos meus pais, pelo legado artístico e de pensamento.

Ao meu filho, pelas discussões e comentários do texto.

O código, como não crê na feitiçaria, faz dela um crime, mas quem diz ao código que a feitiçeira não é sincera, não crê realmente nas drogas que aplica e nos bens que espalha? A psicologia do código é curiosa. Para ele, os homens só creem aquilo que ele mesmo crê; fora dele, não havendo verdade, não há quem creia outras verdades – como se a verdade fosse uma só e tivesse trocos miúdos para a circulação moral dos homens.

Machado de Assis
Rio de Janeiro, 10 de março de 1895.

RESUMO

Esta tese de doutoramento, realizada no Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas, aborda a complexidade do campo psi, analisando o modo como a psiquiatria clínica e a psicanálise se constituem como saberes situados na fronteira entre as ciências humanas e as ciências biomédicas. O objetivo é analisar as práticas discursivas da psicanálise e da psiquiatria clínica no Brasil, em seus contextos epistemológicos, históricos e institucionais, a partir dos seguintes periódicos: Revista Brasileira de Psicanálise e Revista de Psiquiatria Clínica. Foram escolhidas duas revistas científicas, sendo uma de cada área. Essas revistas são as mais antigas em seu domínio e mantêm regularmente suas publicações de modo continuado até os dias atuais (2012), possibilitando uma maior compreensão dos contextos institucionais nos quais surgiram, consolidam-se e se transformam esses saberes no Brasil. Ambas nasceram no período histórico de contestação aos valores estabelecidos no Ocidente, um período que coincide com o da ditadura militar no Brasil. Assim, serão analisadas essas revistas desde a primeira edição, que corresponde ao ano de 1967, no caso da Revista Brasileira de Psicanálise, e ao ano de 1972, no caso da Revista de Psiquiatria Clínica, até as edições publicadas em 2009. O pressuposto inicial sobre os conteúdos da Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica é que o discurso da clínica psiquiátrica está construído sobre o binômio normal-patológico, portanto, centrado no biológico. A clínica é de observação do paciente, com o objetivo de diagnose, remissão de sintomas e cura, tendo como principal terapêutica a prescrição de medicamentos e de condutas adequadas. O pressuposto inicial sobre os conteúdos da Revista Brasileira de Psicanálise é que o discurso da clínica psicanalítica está centrado no psicológico e construído sobre o binômio consciente-inconsciente. A clínica é focada na relação de transferência e contratransferência, em que o terapeuta integra a terapêutica, que potencialmente proporciona ao paciente o olhar sobre si mesmo, por meio de uma terapia pela palavra. Uma leitura crítica dessas revistas pode nos auxiliar a entender como ocorreu esse processo de obscurecimento de um saber (a psicanálise) e da hegemonia de outro (a psiquiatria), no Brasil, a partir da década de 1980, e apontar os limites e as dificuldades implícitas nessa visão reducionista da subjetividade, que hoje se transformou em majoritária. O trabalho trata de contextualizar os documentos escritos no marco dos processos históricos do país e das mudanças ocorridas nas duas áreas de estudo. Propõe-se a analisar

criticamente esses discursos a partir dos aportes teóricos de Michel Foucault e Georges Canguilhem, e da leitura de especialistas atuais nesses autores, para mostrar de que modo os processos de subjetivação e normalização do sofrimento psíquico e dos comportamentos são desenvolvidos pela psiquiatria clínica e a psicanálise no período estudado. A leitura das revistas evidencia que o discurso psiquiátrico construído em torno de uma visão biológica do normal e patológico limitou a complexidade epistêmica inserida no campo psi pela psicanálise.

Palavras-chave: humanidades; psiquiatria; psicanálise; neurose; conduta.

ABSTRACT

This PhD dissertation, held at the Interdisciplinary Program in Human Sciences, is about the complexity of the psy field. It examines how clinical psychiatry and psychoanalysis are pieces of knowledge situated at the borderline between human and biomedical sciences. Our main objective is to examine psychoanalytical and clinical psychiatric discursive practices in Brazil, in their epistemological, historical and institutional contexts, through the following journals: Revista Brasileira de Psicanálise (Brazilian Journal of Psychoanalysis) and Revista de Psiquiatria Clínica (Journal of the Clinical Psychiatry). We have chosen two scientific journals, one of each area. These journals are the oldest in their disciplines and maintain a regular frequency of publication as of 2012, and that allows for a better understanding of the institutional contexts where these domains have arisen, reinforced and transformed themselves in Brazil. Both journals emerged in a historical period of challenge to the established values in the West, the same period of military dictatorship in Brazil. Thus, we analyze these journals since their first edition, which corresponds to 1967, in the case of Revista Brasileira de Psicanálise, and to 1972 in the case of Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica, up to 2009. The initial assumption about the contents of Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica is that the clinical psychiatry discourse is made upon the binomial normal-pathologic, thus centered on the biological characteristics. In clinical practice, the patient is observed, with the aim to diagnose, to treat the symptoms and to cure, and the main treatment is to prescribe drugs and appropriate behaviors. About the Revista Brasileira de Psicanálise, the initial assumption is that psychoanalytical clinic is centered in the psychological features and constructed upon the binomial conscious-unconscious. The clinic is grounded in transference and countertransference relations, where the therapist integrates the therapeutics. This integration provides to the patient a look at himself, through a therapy by word. A critical view of these journals can help us to understand how the eclipse of a knowledge (psychoanalysis), and another's (psychiatry) rise to hegemony, has occurred, in Brazil, from the 1980s, and to point out the implicit limits and difficulties in this reductionist view – that nowadays is majoritarian – about subjectivity. This research contextualizes the documents that were written during historical processes in our country and changes occurred in the two areas in study. It analyzes critically these discourses

from theoretical background of Michel Foucault and Georges Canguilhem, and from current scholars of these authors. The authors help us to show how the process of constituting subjectivity and normalization of the psychic suffering and behaviors are developed by clinical psychiatry and by the psychoanalysis during the studied period. The reading of the journals suggests that the psychiatric discourse, constructed around a biological view of normal and pathological, has limited the epistemic complexity inserted in psy field by psychoanalysis.

Keywords: humanities; psychiatry; psychoanalysis; neurosis; behavior.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psicanálise
ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
AMB – Associação Médica Brasileira
APA - American Psychiatric Association (Associação Americana de Psiquiatria)
APA - American Psychological Association (Associação Americana de Psicologia)
APERJ-Rio4 – Associação Psicanalítica do Estado do Rio de Janeiro
CFM – Conselho Federal de Medicina
COPAL - Organizações Psicanalíticas da América Latina (até 1978)
DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), nas edições: DSM-III (1980), DSM-IV (1994) e DSM-IV-TR (2000).
FEBRAPSI – Federação Brasileira de Psicanálise
FEPAL – Federação Psicanalítica da América Latina (desde 1979)
FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IPA – International Psychoanalytical Association (Associação Internacional de Psicanálise)
IPq – Instituto de Psiquiatria
PUC/SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Rev. bras. psicanál. - Revista Brasileira de Psicanálise
Rev. psiquiatr. clín. - Revista de Psiquiatria Clínica
SBP de PA - Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre
SBPRJ – Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro
SBPRP - Sociedade Brasileira de Psicanálise de Ribeirão Preto
SBPSP - Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo
SPB - Sociedade de Psicanálise de Brasília
SPMS - Sociedade Psicanalítica de Mato Grosso do Sul
SPPA - Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre
SPPel - Sociedade Psicanalítica de Pelotas
SPR - Sociedade Psicanalítica de Recife
SPRJ – Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro
SUS - Sistema Único de Saúde
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UnB – Universidade de Brasília

USP – Universidade de São Paulo

WPA - World Psychiatric Association (Associação Mundial de
Psiquiatria)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO, CONSTRUINDO O OBJETO	19
1.1 OBJETIVOS	26
1.1.1 Objetivo geral	26
1.1.2 Objetivos específicos	27
1.2 JUSTIFICATIVA	27
1.3 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO	30
1.3.1 Aporte teórico	32
1.3.2 Metodologia	34
1.3.3 Coleta de documentos	35
2 NORMAL E PATOLÓGICO: AS POSIÇÕES POLÍTICO- IDEOLÓGICAS	39
2.1 A CHEGADA DA PSIQUIATRIA NO PAÍS	43
2.2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSICANÁLISE NO BRASIL	46
2.3 OS PRIMEIROS ANOS DAS REVISTAS	50
2.3.1 Durante a ditadura militar	51
2.3.1.1 A psiquiatria	51
2.3.1.2 A psicanálise	58
2.3.2 A institucionalidade contra os antipsiquiatras	65
2.3.3 O lugar da sexualidade	68
3 DISCURSOS, PODERES E SABERES EM FOUCAULT	77
3.1 AS CIÊNCIAS HUMANAS	79
3.2 AS PRÁTICAS DISCURSIVAS E SEUS DISPOSITIVOS	84
3.2.1 A função psi	86
3.2.2 Despsiquiatrização e confissão	87
3.3 A PSICANÁLISE	90
4 A OBSERVAÇÃO EXTERNA E A ANÁLISE PELA PALAVRA	97
4.1 ASPECTOS DA MEDICALIZAÇÃO DAS CONDUTAS	97
4.2 A PSIQUIATRIA BIOLÓGICA	98
4.3 A ANÁLISE PELA PALAVRA	102
4.3.1 Da observação à relação	107
4.4 A FORÇA-TAREFA DA PSIQUIATRIA DO DESENVOLVIMENTO	112
4.4.1 Análise de um vídeo de mídia persuasiva	116
4.4.2 O comportamento baseado em evidências	126

5 O FIM DA NEUROSE E A ERA DOS TRANSTORNOS MENTAIS NO CONTEXTO DAS REVISTAS	131
5.1 CLASSIFICAÇÕES DE PSICOPATOLOGIA	144
5.2 O <i>MARKETING</i> DOS PSICOFÁRMACOS	149
6 OS BINÔMIOS NORMAL-PATOLÓGICO CONSCIENTE-INCONSCIENTE NA EXPERIÊNCIA DA CLÍNICA	153
6.1 A NORMATIVIDADE SOCIAL E O SOFRIMENTO PSÍQUICO	153
6.2 O OBJETO DA CLÍNICA NO CONTEXTO DA REVISTA DE PSIQUIATRIA CLÍNICA.....	158
6.2.1 O psiquiatra e o homem típico	158
6.2.2 A relação médico-paciente	161
6.3 O SUJEITO NA CLÍNICA NO CONTEXTO DA REVISTA BRASILEIRA DE PSICANÁLISE	170
6.3.1 A sessão psicanalítica	170
6.3.2 Subjetividade, objetividade e neutralidade	175
7 AS DISPUTAS PELA REGULAÇÃO DO CAMPO PSI	183
7.1 A PSIQUIATRIA.....	185
7.3 A PSICANÁLISE E A ANÁLISE LEIGA	186
7.4 O INÍCIO DA PSICOLOGIA CLÍNICA NO BRASIL	190
7.5 A DEFESA LEGAL DA NOSOLOGIA NO BRASIL	193
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	197
REFERÊNCIAS	205
REFERÊNCIAS DOS DOCUMENTOS	213

1 INTRODUÇÃO, CONSTRUINDO O OBJETO

A vida está medicalizada. Constatação veiculada timidamente nas mídias, a crítica convive com o desleal poder da indústria da comunicação. Penso, no entanto, que os discursos a favor ou contra a vida medicalizada, a defesa da tecnologia biológica para curar um rol cada vez maior de transtornos mentais catalogados ou a defesa do ser nada mais que humano e todas as idiosincrasias ligadas à existência, não são assuntos esgotados e justificam uma tese baseada nos discursos sobre normalidade e patologia, na clínica psiquiátrica e na psicanálise no Brasil. De acordo com Illich, como cito.

Nos países desenvolvidos, a obsessão da saúde perfeita tornou-se um fator patogênico predominante. O sistema médico em um mundo impregnado pelo ideal instrumental da ciência, cria sem cessar novas necessidades de cuidados. Quanto maior é a oferta de saúde, mais as pessoas respondem que têm problemas, necessidades, doenças. Cada um exige que o progresso dê fim aos sofrimentos da juventude e prolongue a vida ao infinito. Nem velhice, nem dor, nem morte. Uma tal aversão à arte de sofrer esquece ser esta a própria negociação da condição humana (ILLICH², 1999).³

Na realização desse estudo, primeiramente se compreende que o processo de medicalização transpassa todos os âmbitos da existência e suas manifestações e, em seguida, que esse processo naturaliza a normalidade como a ausência de patologias.

Se fosse possível indicar em duas obras os marcos referenciais de um estudo crítico, indicaria os seguintes livros: *O normal e o patológico* (2006), de Georges Canguilhem, e *História da loucura na idade clássica* (1999a), de Michel Foucault.

Canguilhem construiu uma epistemologia da medicina, que explicita a inter-relação entre normal e patológico, ressaltando a complexidade do ser humano para além do fato biológico.

² Ivan Illich é um dos mais importantes ensaístas críticos ao que chamou de iatrogenia médica, no famoso livro *Nêmesis da medicina, a expropriação da saúde* (1975).

³ Tradução da autora.

Foucault, por sua vez, desmantelou a verdade científica sobre a loucura. Se isso mudou o enfoque da psiquiatria, a resposta é não. Mas Foucault inaugurou algo que se poderia chamar de pensamento crítico ao modelo científico médico-psiquiátrico ocidental, ao transgredir as concepções de loucura, por meio de uma arqueologia da sua construção social na Europa. Seu trabalho contribuiu de maneira fundamental para a história dos sistemas de pensamento, entre outras coisas, por meio do conceito de «épistémè», mostrando as rupturas e descontinuidades, circunscritas em um dado período.

A pesquisa de Foucault tem início no que chamou o grau zero da história da loucura, onde esta seria indiferenciada, sem a divisão razão e loucura (2001a, p.187-195). E o nascimento da psiquiatria se deu no momento em que o louco deixou de ser um erro e passou a ser um desvio, um portador de patologia. A nova especialidade médica assumiu os manicômios, antes na mão de religiosos, inicialmente com uma compreensão da cura ligada às paixões, como no caso de Pinel, e só tardiamente, no século XIX, iria se preocupar com a identificação de causas orgânicas para explicar as alterações mentais, na intenção de se adequar ao modelo biológico.

Qualquer argumentação necessita de prudência epistemológica e, assim, fica complicado aceitar a história da psiquiatria construída sobre uma linha do tempo, baseada em universais de referência da natureza humana. A verdade científica da psicopatologia define como natural um conceito de homem normal, cria uma divisão razão-loucura, cujo paradigma de que existe uma razão humana possibilita afirmar que o que foge da norma é desrazão. A partir daí foram feitos os acordos soberanos sobre comportamento adequado, definido pela moral dominante, uma mistura entre religião, sistema político-econômico e método científico (FERRERI, 2011, p.291-297).

Dessa forma, a especialidade médica da psiquiatria e a psicologia nasceram da defesa científica do binômio normal-patológico. Na busca de tornar palpável o conhecimento sobre o homem e definir o comportamento normal, o campo psi se desenvolveu na Europa. Mesmo assim, nem psiquiatria nem psicologia seguem um caminho linear e nesses aproximados 200 anos, os registros são de uma história marcada por diferentes critérios de definição de psicopatologias, bem como de métodos de tratamento, disciplinarização e correção dos desvios da norma.

Ao me propor a fazer um estudo sobre os discursos da clínica psiquiátrica e psicanalítica, tinha em mente, por meio da escrita do clínico, mostrar o quão são diferentes os dois modos de fazer no campo

psi. Certamente, ao abrir esses baús de textos armazenados nas bibliotecas especializadas e muitas vezes empoeirados, percebi várias possibilidades de análise e tive de fazer escolhas, no que pesaram as especificidades de minha experiência profissional.

Eu trago em minha formação e prática como psicóloga clínica alguns marcos fortes, como Wilhelm Reich e Michel Foucault, além dos antipsiquiatras Ronald Laing e David Cooper. Entre os movimentos da mesma época, destaco minha simpatia pelos hippies e provos. Estes últimos têm alguma semelhança com os anarquistas do século XIX, principalmente pela descrença em poderes centralizados e pela utopia de uma organização social autogestionária⁴. Em grande parte, estes estudos tomaram corpo na minha formação em Somaterapia, com Roberto Freire (1988, 1991, 1993).

No início de minha vida profissional, nos anos 1980, a psicanálise, as psicoterapias reichianas e a psicologia analítica junguiana, o psicodrama e a gestalt (de Perls) estavam em voga e fazer psicanálise ou psicoterapia era uma escolha dentre muitos na classe média brasileira, principalmente em São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Belo Horizonte, Recife e outras grandes cidades. Pude assistir as consequências da especialização exacerbada da medicina, na sequência da mudança curricular nas universidades (reforma de 1968), e o alastramento dos planos médicos privados de saúde. Ao longo dos anos 1990, o campo psi foi medicalizado, com o consequente esvaziamento dos consultórios privados de psicanalistas e psicoterapeutas, o que pode em grande parte ser atribuído ao assujeitamento da classe média, que passaria a valorizar como bem de consumo o plano médico privado de saúde, que só oferecia serviços médicos atrelados ao complexo médico industrial. A clínica da palavra perdeu espaço para a do médico munido de «bloco de receitas».

Durante a ditadura militar (1964-1985) e suas imposições adversas à vida privada e social, muitos se articulavam pelo direito a serviços de saúde pública e multiplicavam-se os movimentos populares, de estudantes, professores e profissionais de saúde, que se engajaram na redemocratização do país e construíram as bases do Sistema Único de Saúde, SUS (Lei 8080/90; Lei 8142/90) (BRASIL, 2006).

Nas últimas décadas, tem-se constatado um declínio da procura por psicanálise e psicoterapias e um incremento da demanda pelo

⁴ O mundo executivo das grandes empresas deturpou o conceito de autogestão, visando o lucro.

consultório do psiquiatra (FREY et al., 2004; OSÓRIO; FLECK, 2005). Entre os fatores que possam ter contribuído nesse processo de mudança, estão a implantação do SUS e a medicina de grupo (cooperativas e planos privados de saúde) – que hoje alcança pouco mais de 20% da população do país, segundo os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) –, pela ampliação do acesso a serviços de psiquiatria clínica. Dessa maneira, houve uma ampliação aos serviços de saúde no país, mas em sua maioria no campo psi eles seguem uma orientação da psiquiatria biológica.

Na última década, a partir da Lei 10216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, houve mudanças substanciais na organização dessa área. No âmbito dos planos privados de saúde, o psicólogo foi inserido recentemente, por normativa da ANS. Certamente, hoje o acesso à psicoterapia se ampliou, mas esse processo é recente e sofre a regulação do procedimento de diagnose por meio do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, DSM-IV.

Os princípios enunciados no *Manual* foram tomados como fonte autorizada de um extremo a outro do planeta, a partir do momento em que foram adotados pela *World Psychiatric Association* (WPA), fundada por Henri Ey, em 1950 e, muito mais tarde, pela Organização Mundial de Saúde. (ROUDINESCO, 2000, p.50).

A American Psychiatric Association (APA), desde o DSM-III (1980), teve a intenção de separar a psicanálise da psiquiatria, eliminando o conceito de neurose e fazendo por "remeter [a psiquiatria] ao campo de uma medicina biofisiológica que exclui a subjetividade" (p.51). Sob o termo de desordem, no DSM-III, e transtorno, no DSM-IV (1994) e DSM-IV-TR (ROUDINESCO, 2000), foram classificados os mais diversos comportamentos e sintomas indesejáveis, ampliando o espectro de diagnóstico da psiquiatria. Junto à crescente indústria de psicofármacos, a psiquiatria estadunidense espalhou-se pelo Ocidente, com uma terminologia apropriada à indústria farmacêutica, e em poucos anos tornou-se a linguagem do diagnóstico de profissionais e instituições que intervêm no comportamento humano. O alvo do psiquiatra, munido de seu manual reducionista, são os transtornos mentais expressos por sintomas a serem expurgados.

Essa forma de diagnose por meio de manual de orientação e tratamento predominantemente medicamentoso, que se alastrou no campo psi, segue caminhos muito diversos dos da psicanálise, que tem

como pressuposto fundamental "a diferenciação, na esfera do psíquico, entre o que é consciente [*Bewusstes*] e inconsciente [*Unbewusstes*]. Somente a partir dessa distinção, torna-se possível compreender e integrar à ciência os frequentes e relevantes processos patológicos da vida psíquica" (FREUD, 2007, p.28). O processo terapêutico na psicanálise é fundamentalmente mediado pela palavra e orientado pelo material inconsciente trazido pelo paciente e analisado no contexto da relação terapeuta-paciente.

Na segunda metade do século XX, houve uma diminuição da internação e a ampliação do tratamento ambulatorial das pessoas que antes eram internadas. Os Estados Unidos da América, para diminuir o gasto público, investiram nas comunidades terapêuticas e no aprimoramento dos fármacos, de modo a diminuir a internação, que foi potencializada em consequência do sofrimento de guerra (SZASZ, 1994). Na Europa, ao mesmo tempo, e com intenções bem diversas, pode-se dizer opostas, expandiram-se movimentos sócio-políticos pelo fim dos manicômios, por uma psiquiatria democrática na Itália (BASAGLIA, 1982), bem como mudanças na práxis terapêutica, com a antipsiquiatria, na Inglaterra (COOPER, 1989), entre outros.

Nesse "contexto alargado de mudança social e de desafio à medicalização global da sociedade moderna devem também entender-se movimentos como a antipsiquiatria e a crítica global da institucionalização..." (CASCAIS, 2002, p.31). O estudioso de bioética coloca que ao final da década de 1960 e início da seguinte, a principal crítica externa à medicina era ao crescimento dos poderes médicos, que "apontava como emblema a iatrogenia resultante da própria eficácia médica" (p.36). E que "foi no âmbito da psicologia e da psicoterapia contemporâneas que se recompôs de modo mais espetacular um paradigma científico em que outrora imperaram a psiquiatria e a antropologia biológica". (p.32).

Assim, lutas sociais e políticas públicas pelo fim dos manicômios ocorreram tanto para servir ao sistema econômico como por engajamento político pelo fim da violência contra as pessoas em grave sofrimento psíquico. A passagem da terapêutica hospitalar para extra-hospitalar, mesmo que modificando o discurso e o método de intervenção, por vezes não apresentou uma opção terapêutica consistente, de modo a romper com a perspectiva medicalizada de prevenção e cura de doenças mentais.

Desenvolveram-se nos Estados Unidos da América, desde os primeiros anos da segunda metade do século XX, os programas de prevenção em saúde mental, para intervir por meio de triagem, como

propõe Kaplan (1967 apud SILVA FILHO, 2001), fazendo uma busca ativa na população para identificar condutas inadequadas e comportamentos desviantes. "A novidade desse conhecimento é a proposição da realização de prevenção primária das doenças mentais... A adaptação social é assim expressamente assumida e proposta para a assistência psiquiátrica." (p.98-99).

O limiar entre compreensão de sofrimento psíquico e o poder de coerção é tênue, quando se pretende colocar em ordem uma sociedade, por meio de controle químico e social, ao se definir populações de risco e ações preventivas, ao se medicalizar a dor emocional e os comportamentos inadequados, por meio da classificação de transtornos mentais, suavizando a nomenclatura e ampliando o espectro dos afetados. O território de subjetividades das relações humanas e do sofrimento pessoal, não material, é definido pela moral, bons costumes, cultura dominante e o poder dos profissionais de saúde, de posse do saber científico (LAING, 1975).

A psicanálise, que tanto influenciou o pensamento do século XX no mundo e no Brasil, não é compreendida como importante por aqueles que detêm o poder de definir para a maioria, que compreendem a pessoa não como indivíduo, mas como um dado epidemiológico que precisa ser normalizado para alcançarem-se as metas estatísticas de saúde e bem-estar nas tabelas de desenvolvimento e nas agências internacionais. A dor de cada um passa a ser medida por uma tabela, um manual, um número.

Esse quadro estimula várias reflexões. O controle do ser humano - por meio de drogas, que alteram o metabolismo, aliadas a padrões normatizados de conduta da psicologia comportamental, renomeada nos anos 1980 para psicologia comportamental cognitiva -, repercute no senso comum. Essas táticas de aculturação, em pleno viço nos dias atuais, expressam a incompreensão de si mesmo, em uma sociedade pautada pelo individualismo competitivo, que amplificou um vazio existencial de uma massa fútil que acredita ser um indivíduo de direitos e de vontades próprias.

As mídias dominantes, comprometidas com o complexo econômico, mesmo quando concessões do Estado, como as televisões no Brasil, disseminam a miséria do pensamento das pseudociências. As pesquisas biomédicas e seus resultados reducionistas definem, por exemplo, a largura saudável para a cintura ou o estado civil adequado a uma boa saúde, em defesa do sonho da felicidade por meio da qualidade de vida (mote neoliberal), prometida pelos avanços tecnológicos. E quanto mais estreitas se tornam as normas, quanto mais se definem os

limites do patológico, mais cordas arrebentam e a violência individual em qualquer direção se amplifica, da autodestruição ao homicídio e ao sadismo, por onde se expressam a angústia e o desespero. Se a normalidade é definida para o coletivo, por outro lado, a culpabilização é atribuída ao indivíduo, responsabilizado por suas condições sócio-educacionais, de saúde e punido pela lei. Inconsciente e carregado pela máquina, assistimos ao desespero humano de suportar o desconhecido (e libidinoso) si mesmo. Esses são alguns aspectos do homem e da mulher globalizados ao fim da modernidade.

Entendo que falar do campo psi, compreender os processos de organização do discurso dos que fazem a clínica nesses 40 anos de expansão no Brasil, é uma possibilidade de discussão sobre a atualidade, que em minha opinião, sofre um recrudescimento intelectual e técnico-clínico.

Se por um lado, psiquiatria e psicanálise divergem na epistemologia como na técnica, elas têm, por outro, o mesmo objeto, o ser humano. Se a psiquiatria se esforça por desenvolver uma clínica médica de resultados, por sua vez, a psicanálise, desde Freud, vai-se afastando da medicina, não para a esta se opor, mas pela construção de outra racionalidade sobre a intervenção com pessoas em sofrimento psicológico. A medicina tem por objetivo a cura de doenças e seu instrumental é técnico e tecnológico. O médico é um observador, supostamente neutro, da patologia que acomete a pessoa. O psicanalista integra a terapêutica e a sua caixa de ferramentas é a palavra.

O recorte analítico de artigos da Revista Brasileira de Psicanálise e da Revista de Psiquiatria Clínica é uma possibilidade de fazer falarem as nuances do discurso e as alterações no modo de assujeitamento da pessoa comum e da formação de subjetividades, de maneira extraordinária em um curto e recente período de tempo.

O primeiro capítulo é uma breve introdução à pesquisa, seus objetivos, o objeto, a justificativa do estudo e o método de trabalho utilizado.

No segundo capítulo situo aspectos políticos da psiquiatria e psicanálise no Brasil. São analisados artigos publicados na primeira década de aparição das revistas, em meio ao clima de contestação aos valores estabelecidos, que marcou o espírito crítico dos anos 1960-70, no Ocidente, se contrapondo ao contexto autoritário da ditadura militar em curso no Brasil, nesse mesmo período. A análise de alguns excertos das duas revistas mostra as posições políticas de uma e outra abordagem clínica.

No terceiro capítulo abordo o pensamento de Foucault, sintetizando alguns aspectos discutidos em parte de sua obra e cursos até meados dos anos 1970, mais diretamente ligados aos interesses específicos desse trabalho. São destacados alguns de seus conceitos, como função psi e despsiquiatrização, além de posicionamentos seus em relação à psicanálise.

No quarto capítulo situo aspectos do processo de medicalização e como a psiquiatria biológica se insere no cenário mundial atual. É também situada a psicanálise como uma terapia pela palavra, a partir do binômio consciente-inconsciente. Por fim, de modo a explicar como a psiquiatria usa o recurso da medicalização para impor uma psicopedagogia das mentalidades, é apresentada o que a própria instituição chama de força-tarefa da psiquiatria, que aliada à psicologia comportamental, propõe-se a prevenir o risco psiquiátrico e moldar as crianças e os adolescentes com objetivos normalizadores de conduta.

No quinto capítulo, por meio de artigos das revistas, é analisado o fim da neurose para a psiquiatria biológica, com posições de psiquiatras e de psicanalistas, as classificações em psicopatologia e a propaganda de psicotrópicos em meio aos artigos na Revista de Psiquiatria Clínica.

No sexto capítulo enfoco a relação entre normatividade social e sofrimento psíquico, para passar à análise de excertos ligados à prática clínica, em que os binômios normal-patológico e consciente-inconsciente aparecem como eixos articuladores dos diferentes modos de abordar o sofrimento psíquico e os processos de subjetivação próprios da psiquiatria e da psicanálise.

O sétimo capítulo é a análise de um problema crucial, que envolve ou transpassa o campo psi: as disputas pela sua regulação.

Nas considerações finais, fiz uma breve explanação à guisa de conclusão da tese e um comentário com a finalidade de pensar as aproximações e afastamentos discursivos entre psiquiatria clínica e psicanálise.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar as práticas discursivas da psicanálise e da psiquiatria clínica no Brasil, em seus contextos epistemológicos, históricos e institucionais, a partir dos seguintes periódicos: Revista Brasileira de Psicanálise e Revista de Psiquiatria Clínica.

1.1.2 Objetivos específicos

1. Vincular as abordagens da psiquiatria e da psicanálise no período dos anos 1960-70 ao contexto maior dos movimentos libertários, coincidente com a ditadura militar no Brasil.

2. Refletir sobre as contribuições de Georges Canguilhem e de Michel Foucault para mostrar de que modo os processos de subjetivação e normalização do sofrimento psíquico e dos comportamentos são desenvolvidos pela psiquiatria clínica e pela psicanálise, no período estudado.

3. Destacar as diferenças epistêmicas entre os enfoques clínicos das duas áreas, por meio da discussão dos binômios normal-patológico e consciente-inconsciente, tal como aparecem nos excertos dos artigos publicados nas revistas.

4. Abordar as disputas dos saberes pela hegemonia do campo psi.

1.2 JUSTIFICATIVA

O campo científico é um espaço de disputas incessantes, em defesa de alguma forma específica de interesse, que vai da autoridade científica à captação de financiamento. Este é afirmado e internalizado, principalmente, pela formação profissional e pelas revistas científicas (BOURDIEU, 2003).

Além disso, os métodos de pesquisa são definidos pelas ciências biomédicas e pouco servem na avaliação da práxis da clínica psicanalítica, como afirmam os psiquiatras Osório e Fleck (2005), de que não há somente um modo de compreensão e de tratamento das pessoas com problemas psiquiátricos, pois existem diferentes correntes de pensamento.

Ainda, é visível a disparidade existente entre o financiamento de pesquisas para a psiquiatria e psicologia cognitivo-comportamental e os limitados recursos disponíveis para a psicanálise e psicoterapias. O principal investimento é nas pesquisas da psiquiatria biológica, em busca de explicações orgânicas para o comportamento e as subjetividades do sentimento humano, na área da genética e para a inovação de psicofármacos. De modo geral, pode-se afirmar que a maior parte das pesquisas qualitativas e analíticas sobre o campo psi, no Brasil, é na área de saúde mental, sobre o hospital psiquiátrico e a desospitalização. Outras há, ainda, sobre a loucura e a medicina da loucura, com grande influência de Foucault.

Portanto, as ciências biomédicas no campo psi definem desde as regras de pesquisa, a distribuição do financiamento, como também

influenciam o discurso midiático, pautado pelo complexo médico industrial. Por fim, o oferecimento de serviços clínicos cada vez mais, nas últimas décadas, é de psiquiatria em detrimento da psicanálise e das psicoterapias.

As comunidades científicas, sejam quais forem, defendem a manutenção de um *status quo*. Se, por um lado, a medicina majoritária afirma o corpo biomédico como o único seguro para intervenção com pessoas em sofrimento psíquico, por outro, a psicanálise, a fim de manter seu método e seus fundamentos, forma o psicanalista fora da universidade. A instituição psicanalítica, de alguma maneira, mostra que seguiu os passos de Freud, que acreditava que uma absorção da psicanálise pela medicina seria o seu fim, conforme discute nos seguintes artigos: A questão da análise leiga: conversações com uma pessoa imparcial (1996a), Pós-escrito (1996b) e A análise é leiga: da formação do Psicanalista (2003).

A clínica psicológica, como a conhecemos, é um modo de intervenção do século XX e o desenvolvimento do método da psicanálise, por Freud, seguido da formação de psicanalistas não exclusivamente médicos, é mais um componente para separar a clínica psiquiátrica da psicanálise, além do corpo teórico e do método clínico. A partir da psicanálise, outras psicoterapias foram criadas no século XX, mesmo que em *O poder psiquiátrico* (FOUCAULT, 2006b), Foucault afirme que o «tratamento moral», na nascente psiquiatria no início do século XIX, com Esquirol, foi o precursor da psicoterapia (GALZIGNA, 2008, p.56).

Se pudermos dizer que o século XIX foi o espaço do alienista, o XX seria o espaço do psicoterapeuta, passando do asilo ao consultório. A clínica psi tornou-se um lugar borbulhante, um espaço de diversidades de pensares. Se o século XX foi de expansão de métodos clínicos, o século XXI, em sua primeira década, mostra uma forte tendência ao afunilamento do pensamento, tendendo a uma hegemonia psiquiátrica sobre a verdade do normal e do patológico. Disputa de poder-saber que está intimamente relacionada ao *establishment*, em uma sociedade da comunicação midiática atrelada ao poder econômico do complexo médico industrial.

A partir de minha prática como psicoterapeuta (de 1985 a 2005) e na pesquisa sobre o trabalho do psicólogo na atenção básica no Sistema Único de Saúde, empreendida no mestrado em Saúde Pública (LIMA, 2006), considero que são visíveis as mudanças no enfoque e tratamento do sofrimento psíquico, nos últimos anos. Uma revisão da literatura das bases de dados Medline, PsychoINFO e Lilacs, no período de 1966 a

setembro de 2002, mostra "uma marcada mudança de atitude dos psicanalistas e psicoterapeutas [médicos] em relação ao uso concomitante de medicação durante a psicoterapia" (Frey et al., 2004, p.1), o que confirma um declínio da procura por psicanálise e psicoterapias e um incremento da demanda pelo consultório do psiquiatra (FREY et al., 2004, p.118-123; OSÓRIO; FLECK, 2005, p.406-423).

Empreendo o estudo de discursos dos que fazem a clínica no Brasil como uma possibilidade de discussão sobre a atualidade, em que, ao que parece, a clínica passa por um momento delicado, no qual a força da mídia amplifica o poder-saber da comunidade científica hegemônica e a ampliação do acesso a serviços de saúde pública e privada, nos últimos vinte anos no país, vieram ao encontro do espaço necessário para a expansão da medicalização do sofrimento psíquico e dos comportamentos. De maneira breve, pode-se dizer que a ampliação do acesso a serviços de saúde no país contribui para a expansão da medicina psiquiátrica, pois a direção dos serviços é, em geral, de orientação médica.

Esse conjunto de fatores aponta para a necessidade de uma pesquisa que possa analisar as especificidades das estratégias discursivas da psicanálise e da psiquiatria clínica, no que diz respeito ao binômio normal-patológico. O estudo vai acompanhar as possíveis mudanças nos discursos de cada área e como em cada área os clínicos compreendem a sua prática.

A ideia de analisar discursos da clínica psiquiátrica e da psicanálise no Brasil e sua inter-relação com o processo de normalização da vida cotidiana surgiu com a intenção de destacar as diferenças das propostas, de modo a contribuir na qualificação do discurso contra-hegemônico. Desconheço estudo nesse sentido, em geral eles se dão em uma ou outra área, e este trabalho segue com um fio condutor que possibilite perceber pelo discurso dos que fazem a clínica psi, nas duas áreas em questão, a distinção dos enfoques e seus pressupostos teóricos e práticos.

A Revista Brasileira de Psicanálise (desde 1967) e a Revista de Psiquiatria Clínica (desde 1972) são publicações inseridas em um período de grande ebulição política, econômica e social. Nesses 40 anos de publicação de uma e outra revista, fatos diversos influíram direta ou indiretamente no campo psi. Ambas as revistas nasceram em um período de Estado de exceção no Brasil, a ditadura militar, marcada pela subversão e tortura, em seu período mais fechado, os chamados «anos de chumbo». A partir dos anos 1970, instalou-se a medicina de grupo

privada e em 1990 foi iniciada a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Diretamente no campo psi, destacam-se o movimento da luta antimanicomial e, posteriormente, as políticas públicas de saúde mental; mais recente é a inclusão do psicólogo nos planos privados de saúde e no apoio à atenção básica no SUS. O DSM, em suas sucessivas edições DSM-III, 1980, DSM-IV, 1994, e DSM-IV-TR, 2000, tornou-se a referência diagnóstica.

1.3 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

As revistas foram selecionadas de acordo com alguns critérios, que passo a relatar. Inicialmente, pensei que seriam mais apropriadas para a pesquisa a [Revista Brasileira de Psicanálise](#) (Rev. bras. psicanál.) e a [Revista Brasileira de Psiquiatria](#), por serem as publicações oficiais da [Federação Brasileira de Psicanálise](#) (Febrapsi) e da [Associação Brasileira de Psiquiatria](#) (ABP), respectivamente.

Ao primeiro contato com a [Revista de Psiquiatria Clínica](#) (Rev. psiquiatr. clín.), publicação do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo ([IPq-USP](#)), ficou claro que esta se adequava mais ao tema, pois pretende "fornecer aos profissionais de saúde mental um programa de atualização e educação continuada nas áreas de interesse clínico. Serão também publicados trabalhos de pesquisa básica quando os resultados tiverem potencial implicação para a prática clínica"⁵ (grifos meus). Enquanto a [Revista Brasileira de Psiquiatria](#) tem "por finalidade publicar trabalhos originais de todas as áreas da psiquiatria, com ênfase nas áreas de saúde pública, epidemiologia clínica, ciências básicas e problemas de saúde mental relevantes em nosso meio"⁶.

Em relação à psicanálise, houve, inicialmente, uma preocupação de a [Revista Brasileira de Psicanálise](#) não contemplar as publicações lacanianas, haja vista que com a expulsão de Lacan da Associação Psicanalítica Internacional (IPA), da qual a Federação Brasileira de Psicanálise é associada (desde 1957), inicia-se uma nova fase. Lacan funda a Escola Freudiana de Paris, em 1964 (ROUDINESCO, 1995, p.225), e a psicanálise não terá mais uma única orientação federativa. No Brasil há muitas associações lacanianas e diversas revistas, que

⁵ Disponível em: <http://scielo.br/rpc>. Acesso em: 18 abr. 2008. A missão foi alterada para: "Publicar trabalhos originais de contribuição científica, no campo da Psiquiatria Clínica e áreas correlatas". Acesso em: 18 fev. 2012.

⁶ Disponível em: <http://www.scielo.br/rbp>. Acesso em: 12 abr. 2008.

começaram a ser publicadas nos anos 1980. Porém, não há alguma revista que se tenha destacado como representativa dos vários grupos, assim, esta preocupação foi deixada de lado.

A escolha da Revista Brasileira de Psicanálise e da Revista de Psiquiatria Clínica se deu pelo exposto acima e em razão de serem as mais antigas no país em cada área e terem a publicação continuada até os dias atuais (2012). Além disso, elas estão indexadas como revistas científicas.

Seguem as fichas das duas revistas, com data de início de cada publicação, instituição a que está vinculada, número de registro, indexação como revista científica e endereço eletrônico.

A Revista Brasileira de Psicanálise fornece as seguintes informações:

A Revista Brasileira de Psicanálise⁷ teve seu primeiro número publicado em 1928, graças ao pioneirismo de Durval Marcondes, que escreveu a Freud dando conta desta edição, tendo recebido uma estimulante carta-resposta do fundador da Psicanálise. Circunstâncias do momento, porém, impediram a continuidade da publicação da Revista.

Em 1951 constituiu-se oficialmente a Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo e em 1967 a Revista foi relançada por Durval Marcondes, Virgínia Bicudo, Luiz Almeida Prado Galvão, Laertes Ferrão e Armando Ferrari. Desde então vêm sendo publicada trimestralmente, há 42 anos. Desde 1971, a Revista Brasileira de Psicanálise tornou-se o órgão oficial da Federação Brasileira de Psicanálise (FEBRAPSI).

ISSN 0486-641X *versão impressa*

Indexação: Psycinfo, Lilacs [Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde], Index Psi-Periódicos [bvs-Psi]

A Revista de Psiquiatria Clínica fornece as seguintes informações:

⁷ Disponível em: <http://www.rpb.org.br>; <http://ww.bvs-psi.org.br>; <http://ww.internationalpsychoanalysis.net>. Acesso em 18 abr. 2008 e 15 jan. 2012.

A Revista de Psiquiatria Clínica⁸ foi fundada em março de 1972 por A. C. Pacheco e Silva, Fernando de O. Bastos, J. Carvalhal Ribas e J. R. de Albuquerque Fortes.

A Revista de Psiquiatria Clínica é um veículo de divulgação técnico-científica do Departamento e Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A revista publica, trimestralmente, trabalhos originais de contribuição científica no campo da psiquiatria clínica e áreas correlatas.

A abreviatura de seu título é Rev. psiquiatr. clín., que deve ser usada em bibliografias, notas de rodapé e em referências e legendas bibliográficas. Órgão Oficial do Departamento e Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

ISSN 0101-6083 *versão impressa*

Indexação: EMBASE - Excerpta Medica database.

LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde,

PERIODICA - Índice de Revistas Latino-americanas em Ciências, SIIC - Sociedad

Iberamericana de Información Científica, Scopus,

PsycINFO - American Psychological Association

1.3.1 Aporte teórico

O discurso psiquiátrico construído em torno de uma visão biológica do normal e patológico (centrado no diagnóstico, remissão de sintomas e cura) limitou a complexidade epistêmica inserida no campo psi pela psicanálise. Uma leitura crítica da Revista Brasileira de Psicanálise e da Revista de Psiquiatria Clínica pode nos auxiliar a entender como ocorreu esse processo de obscurecimento de um saber (a psicanálise) e da hegemonia de outro (a psiquiatria), no Brasil, a partir da década de 1980, e apontar os limites e as dificuldades implícitas nessa visão reducionista da subjetividade que hoje se transformou em majoritária.

A institucionalização da psicanálise no Brasil foi iniciada em algumas grandes cidades e com o crescente número de psicanalistas

⁸ Disponível em: <http://www.scielo.br/revistas/rpc/paboutj.htm#001>. Acesso em 15 jan. 2012.

possibilitou a publicação continuada da Rev. bras. psicanál., desde 1967. Por um período de aproximadamente 30 anos, a psicanálise e psicoterapias de várias linhas de pensamento tiveram um rápido crescimento. Os psicanalistas e a classe média psicanalisada, mesmo sendo minoria populacional, inseriram o pensamento da psicanálise culturalmente no país, principalmente na segunda metade do século XX.

A psiquiatria brasileira, historicamente atendeu aos loucos, afirmando por um século ou mais, que o isolamento social seria parte integrante da terapêutica. Assim, os psiquiatras construíram sua profissão no projeto de medicina social no século XIX, por meio de políticas públicas para manicômios (para pobres) e também no âmbito privado, o que se costuma chamar de área de saúde mental. A Rev. psiquiatr. clín. é a mais antiga na área, publicada desde 1972.

O campo psi é interdisciplinar e de modo peculiar a psiquiatria clínica e a psicanálise se constituem entre os saberes das ciências humanas e das ciências biomédicas. No sentido de analisar aspectos do campo, os principais autores estudados são das áreas de epistemologia, filosofia e ciências humanas, o que possibilita uma maior aproximação da compreensão das formações discursivas de cada área.

Em termos formais, o tema de pesquisa pertence ao campo psi, um universo multidisciplinar inserido em duas grandes áreas do conhecimento: ciências humanas e ciências da saúde - segundo a Tabela de Áreas de Conhecimento do CNPq^{9,10}. O campo psi ficaria classificado da seguinte maneira: grande área das ciências humanas, área da psicologia, sub-área da psicologia clínica; grande área das ciências médicas e da saúde, área da medicina, sub-área da psiquiatria. A psicanálise seria uma especialidade¹¹, podendo ser enquadrada em diferentes áreas. Essa proposta do CNPq possibilita visualizar a complexidade para a organização do campo psi e situa, em termos acadêmicos, o lugar de cada saber.

⁹ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, do CNPq, Tabela de Áreas de Conhecimento. Disponível em: <http://www.cnpq.br/areasconhecimento>. Acesso em: 4 mar. 2011.

¹⁰ Áreas do Conhecimento e Nova tabela das Áreas do Conhecimento (versão preliminar, em discussão desde 2005). Disponível em: <http://www.cnpq.br/areasconhecimento/index.htm>. Acesso em: 4 mar. 2011.

¹¹ Por especialidade entende-se a caracterização temática da atividade de pesquisa e ensino. Uma mesma especialidade pode ser enquadrada em diferentes grandes áreas, áreas e subáreas.

Os autores fundamentais para a análise da formação discursiva na Revista Brasileira de Psicanálise e na Revista de Psiquiatria Clínica são Michel Foucault e Georges Canguilhem e os especialistas nesses autores, em especial Guillaume Le Blanc e Sandra Caponi, entre outros. De modo a ampliar a compreensão crítica da psicanálise e da psiquiatria, foram estudados e citados Roland Gori e François Gonon, respectivamente a cada área de conhecimento. Ainda, utilizei alguns autores para mostrar olhares multidisciplinares sobre a obra de Freud, como Paul Ricœur e Michel de Certeau. Outros foram utilizados para amparar o meu próprio discurso e facilitar o entendimento do leitor.

O pressuposto inicial sobre os conteúdos da Rev. psiquiatr. clín. é que o discurso da clínica psiquiátrica está construído sobre o binômio normal-patológico, portanto, centrado no biológico. A clínica é de observação do paciente, com o objetivo de diagnose, remissão de sintomas e cura, tendo como principal terapêutica a prescrição de medicamentos e de condutas adequadas.

O pressuposto inicial sobre os conteúdos da Rev. bras. psicanál. é que o discurso da clínica psicanalítica está centrado no psicológico, construído sobre o binômio consciente-inconsciente. A clínica é focada na relação de transferência e contratransferência, em que o terapeuta integra a terapêutica, que potencialmente proporciona ao paciente o olhar sobre si mesmo, por meio de uma terapia pela palavra.

Na Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da prof^a. Sandra Caponi, desde 2006, as leituras e discussões se articulam no grupo de pesquisa CNPq: Núcleo de Estudos em Filosofia e História das Ciências da Saúde.

Na Universidade Michel de Montaigne Bordeaux 3, sob orientação do professor Guillaume Le Blanc, foi realizado um estágio doutoral, no período de novembro de 2010 a agosto de 2011, inclusive. O trabalho se efetivou por meio do grupo de pesquisa «Michel Foucault», com leituras e discussões sobre a história e epistemologia das ciências da vida, a partir das perspectivas de Foucault e Canguilhem, principalmente na articulação entre os saberes sobre saúde mental, normalidade e patologia.

1.3.2 Metodologia

A análise do discurso está situada no cruzamento das ciências humanas, em especial entre sociologia, linguística e psicologia e, portanto, é muito instável (CHARADEAU; MAINGUENEAU, 2004, p.45). No presente estudo, não há dúvida que a inspiração para empreender a análise de discurso está ligada à "noção de formação

discursiva, introduzida por Foucault" (p.240). No sentido foucaultiano, a formação discursiva foi uma maneira de contornar as unidades de discurso tradicionais, como teoria, ideologia e ciência, possibilitando "designar conjuntos de enunciados que podem ser associados a um mesmo sistema de regras, historicamente determinadas" (p.241). Formase assim, uma identidade enunciativa, que transpassa o saber separado em áreas, uma unidade inter e transdisciplinar. "O saber seria formado a partir de enunciados-arquivos, apreendidos em sua performatividade em um espaço-tempo determinado. O saber não seria submetido às regras lógicas do verdadeiro/falso". (p.60). Esse modo de analisar os fatos discursivos foi empreendido por Foucault, em busca do que chamou «épistémè», que envolve um saber que se constitui em um tempo e espaço histórico e exerce um poder em um tal domínio. "A descoberta dessas regras, que disciplinam objetos, tipos enunciativos, conceitos e temas, caracteriza o discurso como regularidade e delimita o que Foucault chama de formação discursiva". (CHARADEAU; MAINGUENEAU, 2004, p.163).

Roberto Machado (1981, p.161-2), ao estudar o método de Foucault em algumas de suas obras, didaticamente, apresenta quatro hipóteses da formação da unidade do discurso: 1. "a unidade de um discurso não é o objeto a que ela se refere"; 2. "a organização de um discurso não é presidida por sua forma de encadeamento, uma forma constante de enunciação ou um «estilo»", há enunciações heterogêneas que coexistem; 3. assim, a "unidade de um discurso não pode ser buscada na caracterização de um sistema fechado de conceitos compatíveis entre si" e 4. "não é a presença de um mesmo tema que serve de princípio de individualização dos discursos". Formam-se campos de possibilidades temáticas, em que o método seria um conjunto de formulações e não a unidade de um objeto.

1.3.3 Coleta de documentos

Escolhidas as revistas, foi empreendida uma leitura dos primeiros volumes a fim de delimitar um universo para coleta de material, pois certamente, não seria possível trabalhar todos os artigos de duas revistas com um volume ao ano de quatro números, em 42 anos da Revista Brasileira de Psicanálise (Rev. bras. psicanál., v.1, 1967 a v.43, 2009) e 37 anos da Revista de Psiquiatria Clínica (Rev. psiquiatr. clín., v.1, 1972 a v.36, 2009). Além disso, a proposta de pesquisa não é estatística, não há qualquer pretensão de mapeamento dos artigos publicados e frequência de abordagem deste ou daquele tema, conceito ou termo. A escolha de material para coleta está relacionada aos objetivos

acadêmicos do projeto, portanto, o interesse principal são os artigos que remetam à organização institucional, à formação e ao exercício profissional, à relação terapeuta-paciente, à epistemologia, visão da sociedade e da cultura.

Foram escolhidos temas emergentes, inicialmente, e também os necessários para o desenvolvimento do trabalho: história, formação e profissão; a clínica; pensamento, sociedade e cultura. A coleta dos documentos, passada a fase inicial, foi-se definindo sem rigidez e ao final foram copiados e lidos todos os sumários e aproximadamente 140 editoriais e artigos da Rev. bras. psicanál. e 110 editoriais e artigos da Rev. psiquiatr. clín.. Foram utilizados diretamente, com inserção de excertos, 45 artigos e editoriais, dos quais 16 são da Rev. psiquiatr. clín. e 29 da Rev. bras. psicanál. Aparentemente, pode parecer um número reduzido de aproveitamento dos documentos coletados, mas não somente os artigos dos quais foram citados excertos têm seu conteúdo discutido, pois a maior parte dos documentos escolhidos revela uma visão de um grupo e não somente de um profissional. Do material coletado, houve, no entanto, uma categoria não abordada, por falta de tempo para a análise, que foi a formação profissional para exercer o ofício de psicanalista e para exercer a profissão de médico psiquiatra.

A coleta de documentos da Rev. psiquiatr. clín. foi feita no IPq-USP, pois a biblioteca do curso de Medicina da UFSC não tem a revista. Foram realizadas três viagens a São Paulo, em novembro de 2008, junho de 2009 e outubro de 2011, sendo coletado o material total, a princípio, da Rev. psiquiatr. clín., do volume 1, ano de 1972, ao volume 23, n.3, ano de 1996, incluindo os sumários; a partir deste, a revista está disponível integralmente na internet. Em quase todos os anos foi publicado um volume com quatro números. Não houve publicação em 1983 e 1984.

Em janeiro de 2010 finalizei a coleta dos documentos da Rev. bras. psicanál., incluindo sumários, do volume 1 ao 43, de 1967 a 2009. A partir do v.35, de 2001, está disponível parcialmente na internet, somente sumários, editoriais e resumos dos artigos.

De posse dos sumários e dos artigos, estes foram organizados em fichas com as seguintes informações: revista, ano, volume, número, tema, nome do artigo, autor e informações que constam no artigo, p.ex., sociedade psicanalítica da qual o autor seja membro ou instituto de psiquiatria, universidade no caso de ser professor, dados históricos, como pertencer à 1ª geração de psicanalistas do país, se é trabalho apresentado em congresso, ou alguma outra informação relevante. Essa sistematização foi feita para o desenvolvimento do estudo e não foi

incluída no corpo da tese. Constam ao final as referências dos documentos citados no corpo do trabalho.

No próximo capítulo abordarei o contexto sócio-histórico dos anos 1960-70, de maneira restrita ao campo psi no Brasil, a partir da discussão de Foucault sobre os saberes sujeitados, por ser o período em que a Revista Brasileira de Psicanálise e a Revista de Psiquiatria Clínica iniciaram suas publicações. Em seguida, apresento a análise de documentos coletados do período, que dizem respeito às ideologias e posições políticas no período da ditadura militar no país.

2 NORMAL E PATOLÓGICO: AS POSIÇÕES POLÍTICO-IDEOLÓGICAS

A ampliação da medicalização dos modos de vida atrelada ao progresso científico, como a indústria de psicotrópicos, o imageamento do corpo vivo e o projeto genoma, são alguns dos componentes de uma dura ciência determinista de controle dos corpos.

Deleuze (1992) pontua sobre estarmos vivendo uma transição de sociedades disciplinares, institucionais, para sociedades de controle, do biopoder pela disciplina para tecnologias de controle em uma era da comunicação, principalmente pela informação.

Mas o que Foucault também sabia era da brevidade deste modelo [disciplinar]: ele sucedia às sociedades de soberania cujo objetivo e funções eram completamente diferentes (açambarcar, mais do que organizar a produção, decidir sobre a morte mais do que gerir a vida); a transição foi feita progressivamente, e Napoleão parece ter operado a grande conversão de uma sociedade à outra. Mas as disciplinas, por sua vez, também conheceriam uma crise, em favor de novas forças que se instalavam lentamente e que se precipitariam depois da Segunda Guerra Mundial: sociedades disciplinares é o que já não éramos mais, o que deixávamos de ser. (DELEUZE, 1992, p. 219).

Coloca que a "crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais-dia, o atendimento a domicílio puderam marcar de início novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos" (DELEUZE, 1992, p.220).

Francisco Ortega sintetiza a visão sociológica de uma nova moral que estrutura a biopolítica, "viver para fazer viver as biotecnologias" (2004), em busca de uma saúde perfeita; uma "repolitização da saúde com a criação de uma forma de sociabilidade apolítica", chamada de biossociabilidade. "As práticas ascéticas implicam em processos de subjetivação" e

na base desse processo está a compreensão do *self* como um projeto reflexivo. O autogoverno e a formação de bioidentidades se dão através de toda uma série de recursos reflexivos e de práticas de bioascese (manuais de auto-ajuda, terapias psíquicas e corporais, atividades de *fitness* e

wellness etc). A reflexividade é o processo de taxaço contínua de informaço e peritagem sobre nós mesmos. Não só o self, mas principalmente o corpo, aparece marcado pela reflexividade (Giddens, 1992; Nettleton, 1997). (ORTEGA, 2004, p.15).

Esse contexto de passagem de século, portanto, contrasta com os movimentos chamados por Foucault de insurreiço dos saberes sujeitados: uma força essencial dos discursos e dos saberes que foram desqualificados pelo *status quo* científico ou erudito. Nos anos 1960-70, o discurso insurreto de médicos psiquiatras, psicanalistas, entre outros no campo psi, expressam uma contracultura, no caso, uma contraciência. Foucault diz no curso *Em defesa da sociedade*¹² (aula de 7 de janeiro de 1976), que

nos últimos dez ou quinze anos, a imensa e prolfera criticabilidade das coisas, das instituições, das práticas, dos discursos; uma espécie de friabilidade geral dos solos, mesmo, talvez sobretudo, os mais familiares, os mais sólidos e mais próximos de nós, de nosso corpo, de nossos gestos de todos os dias; é isso que aparece. Mas, ao mesmo tempo que essa friabilidade e essa espantosa eficácia das críticas descontínuas e particulares, locais, descobre-se por isso mesmo, nos fatos, algo que talvez não estivesse previsto no início: seria o que se poderia chamar de efeito inibidor próprio das teorias totalitárias, quero dizer, em todo caso, das teorias envolventes e globais. (FOUCAULT, 1999b, p.10).

Essas críticas locais descrevem os movimentos de contestação à ordem estabelecida, uma insurreiço dos saberes sujeitados, aqueles que estavam desqualificados pelo poder das ciências.

Trata-se da insurreiço dos saberes. Não tanto contra os conteúdos, os métodos ou os conceitos de uma ciência, mas de uma insurreiço, sobretudo e acima de tudo contra os efeitos centralizadores de poder que são vinculados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa. E essa institucionalizaço do

¹² *Il faut défendre la société* (1997), que Castiel (2011, p.77) traduz por "A sociedade precisa ser defendida", tradução que corrresponde melhor ao original.

discurso científico toma corpo numa universidade ou, de um modo geral, num aparelho pedagógico, se essa institucionalização dos discursos científicos toma corpo numa rede teórico-comercial como a psicanálise, ou num aparelho político, com todas as suas aferências, como no caso do marxismo, no fundo pouco importa. É exatamente contra os efeitos de poder próprios de um discurso considerado científico que a genealogia deve travar o combate. (FOUCAULT, 1999b, p.14).

O autor explica a necessidade de provar que é uma ciência como a aspiração de um local de poder para sujeitar outros saberes. Em contraposição,

a genealogia seria, pois, relativamente ao projeto de uma inserção dos saberes na hierarquia do poder próprio da ciência, uma espécie de empreendimento para dessujeitar os saberes históricos e torná-los livres, isto é, capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso teórico unitário, formal e científico. (FOUCAULT, 1999b, p.15).

No Brasil, as resistências dos saberes sujeitos no campo psi começaram a surgir, por meio das «reviravoltas de saber», dos primeiros reichnianos – em São Paulo, com Roberto Freire – que desenvolveu um método de trabalho psicoterápico corporal, externando seus posicionamentos políticos e sociais.

No início dos anos 1980, os ensinamentos de Reich e as práticas corporais chegavam aos cariocas e lá se desenvolveram.

Todo esse processo refletia-se em duas publicações da época. A revista *Rádice* (1978-1981), que tinha uma linha editorial mais voltada para o espaço Psi e a luta anti-ditadura. E no segundo momento o jornal *Luta e Prazer* (1981-1983), do qual fui sócio e colaborador, com uma linha mais da política do cotidiano, mas abrindo grandes espaços para as terapias corporais. Os próprios simpósios, promovidos por esse mesmo grupo de pessoas, traçavam essa trajetória. O primeiro de todos foi o "Alternativas no Espaço Psi" (1980), como dizia o nome, contou com a participação de psicanalistas não ortodoxos, uma gama de práticas alternativas, místicas e uns poucos psicoterapeutas corporais. Já o "I Ciclo

Reich" (1982), tinha uma clara hegemonia dos últimos, refletindo o próprio nome. (CASTEL, P., 1997).

No ano seguinte foi realizado o II Ciclo Reich e fundado o Centro de Investigação Orgonômica Wilhelm Reich (CIO) (CASTEL, P., 1997; RUSSO, 2002, p. 82).

Na psicanálise, pelo seguinte ponto de vista, houve mudanças nessas décadas movimentadas.

São de fato apenas três tempos, três movimentos, sem qualquer atribuição de causalidade, que se sucedem no jogo psi:

Anos 60: a psiquiatria psicanalítica das comunidades terapêuticas

Anos 70: a psicanálise dos psicólogos ou os fora-da-lei

Anos 80: a psicanálise dos psicanalistas por uma nova ortodoxia. (FIGUEIREDO, 1993, p.53-58).

Essa divisão por períodos talvez não seja estanque, mas eles se sobreponham, sejam contemporâneos, mas aqui vale para mostrar a repercussão de movimentos internacionais em alguns hospitais psiquiátricos, a formação de uma categoria profissional de psicólogos e a formação de sociedades psicanalíticas lacanianas.

Na esteira da expansão psicanalítica – expansão enquanto terapia, profissão e modo de compreensão do ser humano -, a psicologia se psicanalisava cada vez mais, e rapidamente se distanciou de suas origens «psicotécnicas», aproximando-se do atendimento clínico ou terapêutico como atividade preferencial. (RUSSO, 2002, p.44).

Conviveram nas grandes cidades: a abertura de faculdades de psicologia, a nova profissão, e consequentemente o aumento do número de psicólogos; as sociedades psicanalíticas, ainda em expansão, incrementadas pela imigração de psicanalistas argentinos, por causa da ditadura instalada naquele país, em 1976 (MEZAN, 2002, p.223); as novas escolas lacanianas e os insurretos e politizados reichianos, luta antimanicomial, entre outros.

O movimento antimanicomial ou luta antimanicomial é um dos saberes insurretos de maior expressão no campo psi, com forte influência de Franco Basaglia e motivado em parte pela politização advinda da repressão vigente no país. Não seria o caso de adentrar essa história, ligada à saúde mental e não à clínica psi abordada neste

trabalho, mas vale contar um episódio. Ouvi várias vezes em conferências e palestras, a história de uma grande mobilização teve início em reação à demissão de um psiquiatra que denunciou os maus-tratos aos internos. Dizem que nos dias que se seguiram houve mobilização e grande parte dos funcionários dos hospitais se demitiu. Teve, assim, início um movimento intenso de trabalhadores e «loucos» pelo fim dos asilos e por condições dignas de tratamento aos diagnosticados como esquizofrênicos e psicóticos, apartados do convívio social e de dignidade humana (AMARANTE, 1998).

A insurreição dos saberes sujeitados foi abafada em seguida, tanto aqui no Brasil como na Europa, como resposta das ciências financiadas pelo complexo médico-industrial. E, assim, após 35 do curso de Foucault, *Em defesa da sociedade* (1999b), percebo a necessidade de reavaliar como a psicanálise está inserida no contexto atual. Se naquele momento ela representou na concepção dos movimentos insurretos, como a psiquiatria, as instituições dominadoras na Europa, não seria possível olhar da mesma maneira no momento atual e no Brasil, em que o campo psi é dominado pela psiquiatria e pela psicologia comportamental, e ambas estão inseridas na economia de mercado e de comunicação globalizadas. Hoje, no país, a psicanálise está em uma posição mais próxima de saber sujeitado do que definindo o *status quo*, como um lugar que de certa maneira ocupou há 30 ou 40 anos, na França, efetivamente nas políticas públicas, e no Brasil pela força que teve na clínica psi. Na atualidade, em um espaço sufocante de hegemonia da medicalização normalizadora, a psicanálise pode ser um discurso com potencial de relativização do fazer clínico.

O material de que me valho para esta análise, como colocado anteriormente, é o das revistas científicas: Revista Brasileira de Psicanálise e Revista de Psiquiatria Clínica. Inicialmente, fazendo falar a posição político-ideológica, qual seja da ciência e do método como da ação de alguns profissionais dirigentes das instituições que mantêm o poder do discurso.

2.1 A CHEGADA DA PSIQUIATRIA NO PAÍS

O Brasil se tornou um país de direito com a independência de Portugal, em 1822. Com a vinda da Corte, em 1808, e a designação oficial de Reino Unido de Portugal, Brasil e Algarves, em 1815, intensificaram-se o intercâmbio com cientistas, principalmente da França, no intuito de classificar a flora e a fauna e contribuir para o desenvolvimento das ciências no país. Um país novo e imenso, que

como Colônia só podia comercializar por meio da capital, o Rio de Janeiro, e não tinha autorização para criar universidades, para que não se desenvolvesse alguma autonomia local. As primeiras faculdades de medicina, em Salvador e no Rio de Janeiro, foram criadas em 1832 (MACHADO et al., 1978, p.171-176).

Ao final do século XIX foram legisladas a abolição da escravatura e a mudança de regime político de Império para República. A libertação dos escravos se inicia com a lei do ventre livre, em 1871, e torna-se geral com a lei Áurea, em 1888, um ano antes da proclamação da República, feito por um acordo entre o imperador e os republicanos. Nesse período, as políticas públicas de imigração fizeram aportar italianos, alemães e outros europeus e, posteriormente, japoneses para servirem de mão-de-obra aos senhores do café e de outros cultivos agrícolas, bem como para povoar o sudeste e sul do país. Política, esta, que excluía os negros da força de trabalho assalariada, pois quem a tivera escrava não se sujeitaria a pagar um negro para fazer o mesmo serviço. Essa é a dívida histórica que somente na redemocratização dos anos 1990 começou a ser debatida na formulação de políticas públicas no país, ainda que o problema social, econômico e racial esteja muito longe de se resolver.

No sentido de organizar o país, D. Pedro I promulgou a Constituição de 1824, e as câmaras municipais passaram a ser obrigatórias em todas as cidades e vilas, com eleição de vereadores e com funções administrativas. Por meio das câmaras, o Regulamento de 1828, coloca em prática seus principais objetivos, de educação e higiene pública, para promover a "tranquilidade, segurança e saúde" (Regulamento de 1828 apud MACHADO et al., 1978, p.181) da população. Entre outras coisas, as Câmaras devem tomar medidas contra "o perigo da divagação dos loucos e embriagados"; "as vozerias nas ruas em horas de silêncio, injúrias e obscenidades contra a moral pública", além de cuidar em somente autorizar espetáculos públicos não ofensivos à moral da população (p.183-4).

Os médicos se opuseram a esse encargo da higiene pública, ao qual chamaram de leigo e rapidamente deram a resposta, com a fundação, em 1829, da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, cujos principais objetivos eram a higiene pública e a defesa da ciência médica (MACHADO et al., 1978, p.184-5). Segundo os autores, é marcada a influência francesa, tanto pela presença de médicos franceses como de brasileiros formados na França. Traziam esses médicos, a proposta de medicina social, inserida no contexto histórico de crescimento desordenado da cidade, com um projeto de ação positiva

para desenvolvimento de uma sociedade medicalizada. A medicina, portanto, precisaria do Estado para realizar seu projeto de prevenção das doenças da população (p.243).

É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria. Do processo de medicalização da sociedade, elaborado e desenvolvido pela medicina que explicitamente se denominou política, surge o projeto de patologizar o comportamento do louco, só a partir de então considerado anormal e, portanto, medicalizável. (MACHADO et al., 1978, p.376).

Estado e Sociedade de Medicina tinham em comum a ideia de que a ordem e a moral eram as chaves para o progresso, como no seguinte discurso: “Se os olhos da lei pudessem penetrar o interior das famílias e sua força extirpar os abusos que a ignorância tem introduzido na educação física dos infantes, ela acharia na medicina as regras convenientes (Semanaário de Saúde Pública, 1831 apud MACHADO et al., 1978, p.196). Os médicos escreviam nos meios de comunicação, jornais e revistas, no sentido de mostrar à população o quanto os loucos são perigosos e as possibilidades de tratamento e cura que a psiquiatria poderia oferecer. É uma construção conscienciosa de novas subjetividades por um projeto de moralização.

Ainda que a psiquiatria brasileira nascesse de fato com a fundação do primeiro hospício, a articulação para a construção do manicômio foi uma das primeiras ações da Sociedade de Medicina, em defesa do isolamento, em local devidamente construído para tratar o louco, relacionando tratamento e espaço físico. Na época, os pobres e aqueles que atentavam à ordem pública eram recolhidos à Santa Casa de Misericórdia e mantidos encarcerados.

O Hospital Dom Pedro II foi fundado pelo próprio imperador, em 1852, nos subúrbios da capital do império, a cidade do Rio de Janeiro (ODA; DALGALARRONDO¹³, 2005; MACHADO et al., 1978). É exemplar a diferença da análise de documentos públicos feita por Roberto Machado e colaboradores da realizada nos artigos recomendados pela Associação Brasileira de Psiquiatria. De acordo com a visão institucional, havia "uma opinião pública consensual quanto à necessidade e, sobretudo, quanto à legitimidade de sua [dos loucos] reclusão em hospícios próprios" (ODA; DALGALARRONDO, 2005, p.20).

¹³ Artigo indicado no site da Associação Brasileira de Psiquiatria.

Foram abertas, ainda no século XIX, outras instituições para alienados, em São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Rio Grande do Sul e Ceará (p.4). Segundo esses psiquiatras, o hospício não alcançará os objetivos terapêuticos e os médicos serão os primeiros a denunciar a falta de condições para que os projetos tivessem sucesso:

Os relatórios dos presidentes de São Paulo, Rio Grande do Sul, Maranhão, Pernambuco e Pará, quando se ocupam dos alienados, mostram padrões discursivos similares. Neles podem ser identificados os mesmos pontos: a alienação mental é considerada como enfermidade especial; a assistência dada aos alienados nas províncias é inadequada; o lugar deles não é entre os demais doentes, mas tampouco nas cadeias. (ODA; DALGALARRONDO, 2005, p.19).

Desse modo, é possível se perceber que a psiquiatria, historicamente no país, atendeu aos loucos, afirmando por mais de um século, que o isolamento social seria parte integrante da terapêutica.

A psiquiatria clínica nos consultórios e ambulatórios se desenvolveu graças à expansão dos psicotrópicos, seja em substituição à internação ou abrindo novas frentes de medicalização aos sofrimentos psíquicos. Nesse contexto, o paciente da clínica psiquiátrica poderia ser o mesmo da clínica psicanalítica.

2.2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSICANÁLISE NO BRASIL

O pensamento da psicanálise se espalhou rapidamente, da Áustria, de Freud, para a França e outros países da Europa, para os EUA e entrou na América Latina através da Argentina e do Brasil. Seus primeiros estudiosos foram na maioria psiquiatras, formados em uma medicina que criara a especialidade em psiquiatria no século XIX, como parte de um projeto de urbanização e políticas públicas, iniciado na Europa e que se espalhou com a industrialização, em um contexto econômico-político liberal, com os valores positivistas daqueles dias de modernização e ciência. No Brasil,

a divulgação das ideias psicanalíticas entre nós, num primeiro momento, teve caráter descritivo e explicativo, ao lado de uma ênfase terapêutica e moral, conforme pudemos verificar nas Cátedras dos Cursos de Medicina, nas obras teóricas de caráter acadêmico-científico, bem como nos textos destinados ao público leigo. (MOKREJS, 1993, p.15).

O primeiro registro oral sobre ideias psicanalíticas no Brasil é de 1899, de Juliano Moreira, na Faculdade de Medicina da Bahia (MOKREJS, 1993, p.83). Em 1918, Belford Roxo introduziu um tópico no curso de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, "A Doutrina de Freud" (p.292). O primeiro texto (p.85) é uma Tese de Doutorado (1914), de Genserico Aragão de Souza Pinto, publicada como livro, em 1915. Porém, é muitas vezes considerado o primeiro texto no Brasil, o artigo de Medeiros e Albuquerque, "A Psicologia de um Neurologista – Freud e suas Teorias Sexuais", de 1919, publicado na revista alemã editada por Freud, em 1920. (MOKREJS, 1993, p.290).

No mesmo ano de 1919, Franco da Rocha publicou o livro *O pansexualismo na Doutrina de Freud*¹⁴, o que gerou mal-estar entre os colegas da Faculdade de Medicina, que colocaram em dúvida a sanidade mental do psiquiatra. Formaram uma comissão para analisar as suas condições mentais (MOKREJS, 1993, p.35). A psiquiatria fora atingida em sua verdade e mesmo sendo um psiquiatra importante ou mesmo por causa disso, uniu os colegas para refreá-lo da maneira tantas vezes vista, definindo o diferente como insano. Franco da Rocha fundara o Hospital do Juqueri, nos primeiros anos do século XX, na pequena cidade dos arredores de São Paulo, que posteriormente veio a ter o nome do psiquiatra. Aliás, como Franco da Rocha, Juliano Moreira, outro precursor da psicanálise no país, tem sua história mais vinculada à psiquiatria, deixando seu nome na Colônia Juliano Moreira, nos arredores do Rio de Janeiro. As duas instituições são conhecidas pela ação manicomial e desumana no século XX, que amontoou, maltratou e abandonou dezenas de milhares de pessoas, alegando tratamento psiquiátrico. O Juqueri, em processo de desospitalização há anos, ainda tem internos, enquanto a Colônia Juliano Moreira foi desativada e passou a ser um bairro que carrega, como a loucura, o estigma de abandono. A intenção é somente ressaltar que os precursores da psicanálise no Brasil são psiquiatras importantes na direção de manicômios no início do século XX.

Voltando ao ano de 1919, Franco da Rocha, em suas aulas na Faculdade de Medicina de São Paulo, introduziu os princípios da psicanálise e seu aluno Durval Marcondes viria a ser o grande articulador da institucionalização da psicanálise em São Paulo. Era um homem determinado e em 1928, publicou um número da primeira revista de psicanálise no país, sobre o qual recebeu uma carta de

¹⁴ Na Rev. bras. psicanál. (1999, v.33, n.1, p.7-12) foi publicado um fac-símile da capa do livro de Franco da Rocha e de uma carta sua a Pacheco e Silva.

parabenização de Freud¹⁵. Se a revista não teve continuidade naquele momento, Durval Marcondes não desanimou, e seu "segundo projeto teve origem no Grupo Psicanalítico de São Paulo, formado em 05/06/1944 pelos seguintes componentes: Virgínia Leone Bicudo, Flávio Dias, Adelheid Koch, Durval Marcondes, Frank Phillips e Darcy Mendonça Uchôa" (MOKREJS, 1993, p.19). Durval Marcondes liderou também a divulgação das ideias freudianas na Semana de Arte Moderna de 1922 (p.16 e p.19).

No Rio de Janeiro, Belford Roxo publicou, em 1920, *Sexualidade e demência precoce*, um dos livros pioneiros da psicanálise no país. Ao mesmo tempo, o psiquiatra pesquisava sobre "os princípios ativos de plantas brasileiras no tratamento dos estados alucinatorios" (1993, p.104). Junto a isso, a psicoterapia mereceu atenção de alguns médicos, com um entendimento próprio da psiquiatria.

No início da década de vinte, a psicoterapia no Brasil, foi objeto de cuidadosas investigações por parte dos médicos que expunham seus casos clínicos acompanhados de indagações e perplexidades nas reuniões médicas.

Foi um momento, na história da medicina, em que a eficácia dos medicamentos já sofrera reservas por parte daqueles que perceberam, na qualidade da relação do médico com o paciente, um fator de cura. Essa confiança, entretanto, estava fundamentada no poder da 'lógica' e na 'força de vontade', que devem ser objeto de estímulo por parte do médico. As técnicas para explicitar essa relação médico-paciente estão presentes, principalmente, nos compêndios de Coué e Baudoin.

Esse novo emprego da psicoterapia, por meio da auto-sugestão, ressaltando o papel do consciente e do subconsciente, veio superar os procedimentos anteriores do magnetismo, do espiritismo e do hipnotismo. Acentuava-se também a percepção de que quando a lógica e a força de vontade entram em conflito com a imaginação, esta última leva vantagem e deve, portanto, ser objeto de atenção. (MOKREJS, 1993, p.82).

¹⁵ Na Rev. bras. psicanál. (1967) foi publicado o fac-símile da carta de Freud e o sumário da edição de 1928.

As ideias de Freud andavam juntas com os compêndios franceses de psiquiatria e faz-se notar um entendimento da relação médico-paciente que parece tentar conciliar a psicanálise com a psiquiatria, de modo a adaptar ou acomodar a psicanálise a uma técnica de sugestão.

Nesse período, em que tanto o Brasil como a Argentina, entre outros países da América Latina, desejavam trazer psicanalistas europeus para formar psicanalistas em seus países, pois poucos podiam fazer sua formação na Europa, psicanalistas judeus procuravam países para darem continuidade a suas vidas, pois estavam sendo perseguidos pelo nazismo e fascismo. Muitos foram para a Argentina, diante das dificuldades nos trâmites de imigração para o Brasil. Não sei se o desinteresse do governo era pela psicanálise ou pelos judeus, ou até por ambos¹⁶.

Adelheid Koch foi a primeira analista didata em São Paulo, por meio de esforços de Durval Marcondes, para possibilitar a imigração de psicanalistas europeus. As dificuldades de comunicação na época e o pouco interesse governamental retardaram o processo. Adelheid Koch teve o reconhecimento da Associação Internacional de Psicanálise em 1944, pelo então presidente Ernest Jones, para ser analista didata no Grupo Psicanalítico de São Paulo, assim iniciando oficialmente a formação de psicanalistas (1993, p.19). O segundo psicanalista didata foi Frank Phillips, inglês, que manteve um intercâmbio entre Londres e São Paulo.

No Rio de Janeiro, foi formada, em 1929, uma Sociedade que não vingou. Nos anos 1940 dois grupos foram articulados no Rio de Janeiro, sem comunicação entre eles. Danilo Perestrello fez diversas tentativas de trazer analistas didatas, da Argentina e da França, mas sem sucesso. Assim, em 1947, foi fazer a formação em Buenos Aires, acompanhado de Maria Alzira Perestrello, Walderedo Ismael de Oliveira e Alcion Bayer Bahia, voltando em 1949 ao Rio. Em Buenos Aires encontraram Mario Martins, de Porto Alegre, em final de formação. (ALMEIDA PRADO, 1978, p.141).

O outro grupo carioca trouxe, em 1948, o psicanalista inglês Mark Burke (analisado por James Strachey, que teve como analista Freud), contato feito por meio de correspondência com Ernest Jones e pessoalmente por Domício Arruda Câmara, que foi fazer sua análise em Londres. Burke foi o primeiro analista didata no Rio, mas em seguida veio o psicanalista alemão Werner Kemper, que trabalhou um tempo

¹⁶ Este é o período do governo de Getúlio Vargas (1930-1945, a partir de 1937 foi ditatorial).

junto com Burke, mas houve divergências e a separação em dois grupos (ALMEIDA PRADO, 1978, p.142).

"Segundo Virgínia Leone Bicudo (1948), três etapas marcam a evolução da psicanálise em São Paulo: divulgação da teoria, aplicação terapêutica do método e formação sistematizada de psicanalistas" (MOKREJS, 1993, p.34, n.48). Considero que, de modo geral, poderiam as mesmas etapas ser estendidas para a psicanálise em todo o Brasil.

2.3 OS PRIMEIROS ANOS DAS REVISTAS

A Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo concretizou a periodicidade da Rev. bras. psicanál., a partir de 1967. Encabeçando a iniciativa, como foi dito, lá estava o incansável Durval Marcondes. Foi preciso formar uma geração de psicanalistas no país de modo a dar sustentabilidade à revista. A partir de 1971, aprovado no II Congresso Brasileiro de Psicanálise, a revista passou das mãos da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo para tornar-se órgão oficial da Associação Brasileira de Psicanálise¹⁷, hoje Federação Brasileira de Psicanálise (FEBRAPSI)¹⁸.

A Rev. psiquiatr. clín. surgiu em 1972. A análise de sua evolução mostra que se tornou um marco da modalidade de psiquiatria no país, a clínica ambulatorial no âmbito da especialidade médica em pauta. Difere da prática da psiquiatria hospitalar, utilizando o consultório como um espaço de diagnóstico e contenção ou eliminação de sintomas em meio aberto, com o paciente vivendo em sua casa e de preferência mantendo as suas funções cotidianas. O resultado esperado é a remissão de sintomas para manter o paciente em atividade e adequado ao seu meio. Observei que nesses 40 anos, a indústria farmacêutica a acompanhou como anunciante em praticamente todos os volumes da revista.

A Rev. bras. psicanál., por sua vez, é fruto de um trabalho contínuo para fundar uma sociedade e um instituto de formação de psicanalistas. A publicação é o meio de veiculação da produção escrita

¹⁷. A Associação Brasileira de Psicanálise (ABP) foi fundada em 1967. Os primeiros diretores foram Mário Martins e Roberto P. Ribeiro, de Porto Alegre. O primeiro Conselho Diretor foi eleito em 1969, tendo como presidente Durval Marcondes, de São Paulo.

¹⁸ Em 2008, a ABP passou a Federação (Febrapsi), atualmente composta por 12 sociedades, 3 grupos de Estudos e 9 núcleos psicanalíticos, em 15 estados brasileiros. Disponível em: <http://febrapsi.org.br/historico.php>. Acesso em: 21 mar. 2012.

sobre a clínica e sobre a própria instituição, para o desenvolvimento da pesquisa psicanalítica, bem como da formação de psicanalistas e sua continuidade por meio de congressos e outras comunicações. Vale ressaltar que esta publicação foi, desde o início, financiada pelos seus associados.

Logo em seu primeiro número, a Rev. bras. psicanál. publica uma espécie de editorial ("Esclarecimento ao Público"), com a tomada de posição a respeito da apropriação indevida do nome psicanálise por outras práticas de psicoterapia. "A psicanálise é um método especial de tratamento de distúrbios psicológicos (neuroses, psicoses etc.) que foi criado por Sigmund Freud" (MARCONDES, 1967, p.303). A psicanálise ocupava, então, um lugar na clínica psicológica, como se pode concluir pelo aparecimento de oportunistas não qualificados.

A Rev. psiquiatr. clín., desde os números iniciais, mostra uma preocupação para que a psiquiatria tenha voz ativa no cotidiano da sociedade urbana. Preocupação antiga, encontrada nos documentos dos primeiros anos de Brasil como país independente de Portugal (MACHADO et al., 1978).

2.3.1 Durante a ditadura militar

Chama a atenção o silêncio da Rev. bras. psicanál. em relação aos acontecimentos no país durante o período da ditadura militar, porém não causa estranhamento devido à severa repressão dos direitos civis, principalmente após a publicação do Ato Institucional nº5 (AI 5), em 13 de dezembro de 1968. Independente disso, adiante será dito algo que se passou por trás desse silêncio.

A Rev. psiquiatr. clín., no entanto, claramente apoia o regime ditatorial, o que se pode constatar por meio de editoriais e artigos. Mais que isso, nela são defendidas posições de que as revoltas à repressão do Estado seriam o resultado de doenças mentais.

2.3.1.1 A psiquiatria

A revista estava alinhada ao governo ditatorial em vigor e trabalhava no sentido de ampliar a inserção da psiquiatria na orientação do cotidiano nas cidades. Alguns artigos nos dão a dimensão do pensamento de psiquiatras nesses primeiros anos da década de 1970, refiro-me a um deles, que considero exemplar, do editor chefe da Rev. psiquiatr. clín. Para Bastos¹⁹, é incontestável e óbvio que a sociedade

¹⁹ "O problema psicossocial da civilização contemporânea", trabalho apresentado no 1º Congresso Brasileiro de Higiene Mental do Adolescente, por

passava por grandes transformações. Se há muitos problemas psicossociais, também há “diversas ciências que se entrelaçam e se complementam no estudo das inter-relações do ser humano com seu ambiente...”; as “ciências” citadas são, além da psiquiatria, a “sociologia social”, a “antropologia cultural”, a “etologia”, a “ecologia” e a “epidemiologia”, consideradas como importantes na articulação da “adaptação cultural”. Para o autor, cultura significa comportamento de pessoas, que se organizam em uma sociedade²⁰ e devem ser adaptadas, moldadas moralmente (BASTOS, 1972, p.63).

O texto relaciona as angústias com a rapidez tecnológica, o progresso seria o acelerador para “[ingressar] na neurose ou [mobilizar] outras disposições pré-mórbidas de sua personalidade, nesse caso exteriorizando distúrbios mais graves” (BASTOS, 1972, p.65). Considera que o ritmo de então compromete mais ainda a saúde do jovem, valendo-se da declaração de princípios da Organização Mundial de Saúde (1948): “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Faz uma ressalva, porém, “não é toda a juventude (que constitui a terça parte da humanidade), e sim uma real minoria dos seus elementos, que foi arrastada, sob as múltiplas pressões patogênicas decorrentes da civilização hodierna, para os descaminhos da quebra das boas normas sociais” (p.65); os desviantes são uma minoria, porém precisam ser contidos por um risco de haver uma epidemia de comportamentos desviantes.

As pressões patogênicas são as causas externas de adoecimento, como um vírus ou uma bactéria, e as normas e regras sociais são a fisiologia saudável do organismo social. Bastos atribui ao movimento universitário atitudes de violência, no que chamou de “movimento ativista dos estudantes universitários”. Refere-se, o psiquiatra, às manifestações de estudantes em São Paulo, violentamente reprimidas pelo exército, como relatado e documentado na história do período, as quais reivindicavam a participação na reforma do ensino superior, que vinha sendo construída desde 1962 e foi definida, em 1968, sob a coerção dos ditadores (FICO, 2001; GASPARI, 2002).

Fernando de Oliveira Bastos, professor titular da Clínica Psiquiátrica e Chefe do Departamento de Neuropsiquiatria na Faculdade de Medicina da USP e membro honorário da Academia Brasileira de Medicina Militar; editor da Rev. psiquiatr. clín..

²⁰ Conceito que Bastos desenvolve a partir de: FOSTER, George. *As culturas tradicionais e o impacto da tecnologia*. RJ: Fundo de Cultura. 1962.

O psiquiatra pondera que não é caso de considerar que todos os jovens sejam “efetivamente transviados” e, ainda, por muitas vezes não se pode lhes atribuir a culpa, pois esta seria dos pais. Culpa que justifica a partir de autores que certamente não compartilhariam suas posições, como a psicanalista argentina Arminda Aberastury. O autor atribui aos jovens estudantes uma “agressividade posta em marcha [que] desarticula e conturba o meio social, pondo em risco, não raramente, a própria segurança nacional”. A expressão segurança nacional é um dos motes do regime militar, pela qual se justificam as ações violentas, repressoras, inconstitucionais, definidas por uma cúpula do Exército Brasileiro que tomara o poder de Estado em 1964.

Bastos inclui entre os "jovens transviados", aqueles que lutam por uma reforma universitária e/ou buscam a liberdade no amor livre, "abusam dos tóxicos". Descreve os jovens como portadores de comportamentos oriundos da "fuga na adoção de normas doutrinárias especiais, como sucede com o agrupamento de *hippies*" e, por fim, os que cometem suicídio. Esta é a patologia social da juventude para o ilustre médico-psiquiatra militar dos tempos da ditadura. E segue criticando o "afrouxamento de todas as convenções morais", passa pela pornografia e apóia a posição da reunião da *American Psychiatric Association*, em 1968, que repudiou os *hippies* e seu perigoso lema: *Facciamo l'amore, non la guerra*.

Mas isso não é tudo, o psiquiatra lança mão, ainda, de uma afirmativa de que a vida rural, como é mais resguardada de agitação, "é menos propensa à eclosão das desordens mentais". Assim, reafirma que a contestação política e social é desordem mental. Lança mão de Freud e até de Marcuse, desvirtuando o pensamento dos autores, para alinhá-lo ao seu próprio pensamento, qual seja, de que a repressão psiquiátrica no desenvolvimento infantil é necessária para conter as causas da patologia moderna, pois a infância "é a idade de ouro da higiene mental". E quando a criança não recebe "as normas no nível que merece", surgem os maus hábitos, como: vagabundagem, alcoolismo, abuso de psicotrópicos, prostituição e até o crime (furto, roubo, lenocínio²¹), o que em geral está associado "aos males do desemprego e da miséria".

Os dois excertos seguintes são emblemáticos da linguagem e moral do autor em questão.

De outra parte, e em decorrência dos mesmos estímulos negativos, observa-se nos grandes

²¹ Lenocínio: ação de explorar, estimular ou favorecer o comércio carnal ilícito, ou induzir ou constringer alguém à sua prática (HOUAISS, 2006).

centros civilizados a concentração de marginais, a vida em promiscuidade, os cruzamentos entre elementos mal dotados, o incremento dos casos de constituições mórbidas, de terrenos orgânicos mioprágicos²², de predisposições patológicas, com o corolário dos lares dissociados, ou mesmo da ‘deslarização’ ou ausência de lares.

Num outro plano – da educação e da cultura – presenciamos muitas vezes outros tantos descalabros: a escolaridade precária, as deformações metodológicas do ensino, a insuflação das más ideologias, o incentivo ao protesto e à revolta nos jovens estudantes. (BASTOS, 1972, p.70).

Não será possível analisar a relação entre “os cruzamentos entre elementos mal dotados” e a teoria da degeneração, adotada na década de 1920, pelas Ligas de Higiene Mental (COSTA, 2007). Mas não posso deixar de chamar a atenção para aquilo que o autor classifica como “constituições mórbidas, de terrenos orgânicos mioprágicos, de predisposições patológicas”.

Essas preocupações persistem na psiquiatria ampliada e no discurso daquele que até hoje é considerado o fundador da psiquiatria moderna, Emil Kraepelin (1908). Tanto na teoria da degeneração quanto na classificação de Kraepelin ou na psiquiatria atual, existem fronteiras difusas entre o normal e o patológico, possibilitando a ingerência da psiquiatria em todos os assuntos humanos. É possível observar a permanência de uma preocupação com a herança mórbida, que reforça o interesse pelas famílias patológicas e pelo controle da infância. A psiquiatria, a partir da teoria da degeneração, tenderá a observar as patologias mentais sob uma perspectiva temporal e evolutiva, tornando-se preventiva. Isso significa que os pequenos gestos e desvios de conduta passam a ser vistos como signos anunciadores de alienação mental. (CAPONI, S., no prelo, p.116).

Olhando por outro lado, essa etiologia a que o psiquiatra se afeiçoa é similar ao discurso dos ditadores, como se pode ver no

²² Miopraxia: distúrbio ou insuficiência funcional de um órgão, de um aparelho ou de um sistema do organismo; miopragia (HOUAISS, 2006).

levantamento de documentos, em *Como eles agiam, os subterrâneos da ditadura militar: espionagem e polícia política*.

(...) o baixo nível sócio-econômico [e outras razões] fecham um círculo vicioso de prostituição, de vício e da prática sexual aberta que, fatalmente, levam à indiferença, abrindo caminho à própria subversão (*Informação C. nº 534/75. [1975?]* MC/A Cx 4111-36). (FICO, 2001, p.188).

Bastos, ainda, atribui ao desemprego em função da máquina, pelo "aumento do tempo de lazer, que poderia gerar um vazio existencial", uma existência compreendida na atividade. Assim, defende a disciplinarização por meio do trabalho. E, do mesmo modo que o Estado ditatorial, ele responsabiliza somente o indivíduo pela sua condição social.

Sobre o consumo de drogas, o autor cita os dados epidemiológicos estadunidenses, que incluem o alto consumo de barbitúricos e anfetaminas, entre as drogas. Nada comenta sobre estas serem drogas medicamentosas, prescritas por médicos. E abre um parágrafo para tecer elogios à campanha do governo contra o perigo dos tóxicos e o estabelecimento de medidas mais enérgicas contra o comércio clandestino e facilitação do uso de "entorpecentes".

Seria engraçado se não fosse patético, essa alusão às drogas prescritas pelos próprios médicos vir inserida de maneira naturalizada, sem qualquer comentário. Mais espantoso é que apareçam naturalizadas novamente tantos anos depois no projeto da psiquiatria do desenvolvimento, em um vídeo sobre a força-tarefa da psiquiatria para a infância e a adolescência, projeto em implantação no país. Há, no vídeo, uma imagem, sem referência no áudio, de um adolescente abrindo um armário de banheiro lotado de medicamentos. O curioso é como não se dão conta que estão mostrando a iatrogenia psiquiátrica! Qual seria o motivo de citar os psicotrópicos, dos quais os prescritores são os responsáveis pelo uso e abuso? E, ainda, por qual motivo aludem e não comentam? É uma técnica de comunicação? Qual seria a intenção? (ver seção 4.4).

Enfim, o psiquiatra e editor da Rev. psiquiatr. clín. se posiciona contra o Decreto-Lei nº385, de 26 de dezembro de 1968 (na sequência do AI 5), que criminaliza o usuário de drogas. Para ele, isso equipara o doente ao traficante. Entendo que a criminalização passa o poder do médico para o juiz. Por tudo, é mais provável que o motivo seja esse, de perda do poder médico e não uma preocupação com o usuário de drogas.

A medicalização se utiliza desse expediente, em favor da patologização dos comportamentos. É um cabo de forças entre o jurídico e a medicina.

Bastos crê em um adoecimento da sociedade que precisa ser compreendido por diversas ciências e combatido por meio da psiquiatria, que como vimos anteriormente, vem sugerir uma rígida moral, tanto pelos valores religiosos da igreja católica como pelos valores políticos da direita militar nos anos de chumbo da ditadura no país. Claramente, o psiquiatra atribui aos movimentos comunistas e anarquistas a culpa do que considera amoralidade. Um exemplo no artigo, entre tantos, é dos católicos que se revoltaram contra o papa, por este se colocar contra a pílula anticoncepcional. A culpa, para o psiquiatra, é de todos os movimentos que desejam de alguma maneira mudar os costumes, a moral dominante, o estatuto da normalidade social católica, liberal e, no período, ditatorial, para a manutenção da ordem e do progresso, como o lema positivista da bandeira nacional.

Bastos atribui os instintos selvagens agressivos da guerra aos povos carentes de cultura, como as tribos indígenas selvagens. Lembremos que antes dissera que cultura é comportamento e se não há cultura entre os indígenas, estaria falando de povos tão primitivos que não podem ser inseridos em uma cultura, não desenvolvem cultura, são movidos tão somente pelos instintos (universais da espécie humana!). Além da ignorância sobre os povos, mostra a soberba do herdeiro do conquistador, uma posição coerente com tudo o que já foi colocado sobre a visão do destacado psiquiatra.

A psiquiatria, tanto no Brasil como pelo mundo, da direita à esquerda, nas ditaduras e nas democracias, em geral, em sua história de menos de 200 anos, é alinhada aos valores hegemônicos; e mais, ela é integrante dessa construção. Exemplarmente, foi citada a associação forçada de doença mental e desvio às revoltas de estudantes contra a repressão de Estado. Esse discurso é alinhado ao do Estado contra o cidadão, sendo os estudantes universitários um dos alvos principais da repressão. "O Estado contra o povo", expressão do historiador Carlos Fico (2001), em sua pesquisa sobre os arquivos de documentos oficiais no período de 1964 a 1985, certamente somente os que foram abertos para consulta.

Os jovens também foram perseguidos, sobretudo o jovem universitário de classe média, tomado, de alguma maneira, pelo anseio de modificar o mundo: seriam subversivos, segundo a comunidade, ou inocentes úteis – o que dava na

mesma, quando se pensa "apenas", no cotidiano da repressão (FICO, 2001, p.167).

Os estudantes eram muitíssimo visados pelos órgãos de informações do regime militar. Ao aspecto político da atuação oposicionista do movimento estudantil, juntava-se a dimensão moral da "educação dos jovens", tidos como vulneráveis a quaisquer doutrinações a que fossem expostos. Assim, a comunidade de informações via nas transformações comportamentais típicas dos anos 1960/1970 – referidas à sexualidade e às drogas, por exemplo – a confirmação do que supunha ser uma intenção deliberada de degeneração de supostos valores morais, facilitadora da subversão:

(...) o uso da droga se constitui num degrau da subversão, face à degradação moral a que conduz o viciado (*Informação C. nº181/75*, 19mar.1975. MC/A. Cx. 4111-36).

(...) a toxicomania não pode deixar de ser encarada, também, como a mais sutil e sinistra arma – do variado arsenal – do movimento comunista internacional, empregada cada vez em maior escala, em suas contínuas e quase sempre clandestinas atividades em busca do domínio do mundo (*Informação C. nº87/74*, 24abr.1974. DI/A. Cx. 42-4117. *Sumário de Informações nº3*, mar. 1971). (FICO, 2001, p.187-8).²³

Carlos Fico ressalta a alegação de degeneração moral como uma justificativa para a perseguição de estudantes, e apresenta documentos que comprovam a perseguição a homossexuais, negros e professores, também. Gostaria, no entanto, de ressaltar como o discurso dos documentos do governo ditatorial são semelhantes aos dos psiquiatras na Rev. psiquiatr. clín., no mesmo período. Ao se dizerem preocupados com a saúde mental das novas gerações ou com a alegada estabilidade democrática do país, em plena ditadura, contra os perigos do comunismo, os psiquiatras apoiaram os mandos e desmandos dos ditadores. É possível compreender que o discurso pretensamente científico da medicina psiquiátrica corrobora a violência de Estado.

²³ Nas citações, os dados entre parêntesis se referem a documentos do governo brasileiro.

Cecília Coimbra analisa o período e diz que "dentro das subjetividades hegemônicas duas categorias são então produzidas e muito disseminadas: a do subversivo e a do drogado, ligadas à juventude da época" (1993, p.62).²⁴

Para não deixar margem a dúvidas, o editor da Rev. psiquiatr. clín. completa com a propaganda do regime militar.

Só quem se fizer de cego, porque não queira ver; só quem simular de surdo, porque não deseje ouvir – poderá descrever do nosso país, cujo crédito aumenta cada vez mais perante as demais nações, e agora, principalmente, sob a bandeira da Revolução de 1964 e sob o comando do nosso grande presidente: o eminente General Emílio Garrastazu Medici, com seus ilustres assessores dos governos estaduais e a intervenção favorável, sempre pronta e oportuna, das nossas forças armadas! (BASTOS, 1972, p.74).

Confirma-se, assim, a intenção de Rev. psiquiatr. clín., classificando a revolta à opressão como doença mental. Lembramos que o exército tomou o poder no Brasil em 1964, com o apoio dos Estados Unidos da América, sob a justificativa de preservar a segurança nacional ao combater um avanço do comunismo.

2.3.1.2 A psicanálise

A Rev. bras. psicanál., em seu primeiro volume como órgão oficial da Associação Brasileira de Psicanálise (1971, p.5-7) define, em dois editoriais, o objetivo de atingir o nível científico desejado e desempenhar seu papel no movimento psicanalítico. No mesmo ano foi realizado o I Congresso Brasileiro de Analistas Didatas, com o tema "Critérios para a formação de novos núcleos psicanalíticos no país" cujos relatórios foram publicados na revista. É comum aos relatórios, o indicativo à Associação Brasileira de Psicanálise da necessidade de ser criada uma comissão para amparar o ensino e a formação de psicanalistas.

É interessante ressaltar como, diferentemente do psiquiatra, no discurso do psicanalista, de modo geral, é inserida a pessoa, o indivíduo psicanalista, sujeito a emoções e atitudes inconscientes: "Mas as tentativas vaidosas ou onipotentes encerram tantos elementos de *acting-out* que seu diagnóstico se impõe, pois invariavelmente conduzem a

²⁴ Cita o estudo feito por VELHO, G., em Individualismo e cultura (1987). Sugiro também COIMBRA, 1995.

decepções e fracassos" (OLIVEIRA, 1971, p.101)²⁵, relata o psicanalista no relatório do Congresso de Analistas Didatas. O propósito do relatório não seria discutir o conteúdo e o método da formação, pois estes são prerrogativa dos Estatutos da *International Pshyco-Analytical Association* (IPA) e sociedades afiliadas, da qual transcreve uma rígida definição de Psicanálise:

O termo Psicanálise refere-se a uma teoria da estrutura e funcionamento da personalidade, aplicação desta teoria a outros ramos do conhecimento e, finalmente, a uma técnica psicoterapêutica específica. Este corpo de conhecimento baseia-se e se deriva das descobertas psicológicas fundamentais feitas por Sigmund Freud. (OLIVEIRA, 1971, p.102).

Por meio de um "*standard* universal" é possível "assegurar e preservar o sistema psicológico" (p.102) e comparar resultados, sem impedir seu desenvolvimento. Assim, a autoridade é institucional e não pessoal do analista didata, no caso.

Destaco, ainda no relatório do representante da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, a exclusividade a médicos (p.104) em contraste com o que o relator expõe como essencial para ser um psicanalista, formação bastante diversa da medicina.

O essencial para a formação do psicanalista é estabelecer as conhecidas condições para iniciar e desenvolver o processo analítico, favorecendo uma verdadeira relação analítica, esta com o ritmo próprio do tempo interior, que nada tem a ver com as conquistas e acelerações da era do jato. (OLIVEIRA, 1971, p.106).

Em outro relatório, os autores colocam que a conjuntura da psicanálise mudou muito em 20 anos, época de pioneirismo, superado no primeiro terço da década de 1960. Refere-se à formação de quatro sociedades psicanalíticas no período; eram, em 1971, mais de 100 psicanalistas em atividade, 30 exercendo funções didáticas (MARTINS; RIBEIRO, 1971, p.108-112)²⁶. A experiência mostra que os novos analistas têm preferido se radicar na cidade onde realizaram sua

²⁵ Relatório apresentado pelo Dr. Walderedo I. de Oliveira, analista didata da SBPRJ; prof. adjunto de Psiquiatria.

²⁶ Relatório apresentado por Mário Martins e Roberto Pinto Ribeiro, analistas didatas da SPPA, o 2º era Presidente da SPPA.

formação psicanalítica, mantendo-se estreitamente vinculados à instituição de formação.

Caberia à comissão a ser criada, verificar os projetos de novos núcleos, quanto à viabilidade econômica e seleção de interessados em formação analítica. Seria, no entanto, preciso encontrar psicanalistas dispostos a se transferirem para outros centros. O relator destaca entre os principais problemas, que os analistas didatas de renome não aceitariam se deslocar a não ser em razão de conflitos, "motivações negativas [que] seriam evidentemente inaceitáveis por parte da ABP" (p.110). A proposta é de que o critério de escolha de analistas para iniciar um núcleo seja semelhante ao utilizado nos institutos; seria necessária assessoria e supervisão.

Virgínia Bicudo²⁷ relata que o tema de formação de novos núcleos é preocupação não só da Associação Brasileira de Psicanálise, como da COPAL²⁸ e também está presente no relatório do 23º Congresso Internacional de Psicanálise (BICUDO, 1971, p.113). Sugere como método, à IPA, assumir a responsabilidade pela formação de um grupo de estudos para cada sociedade formada e a designação de comitês. Mas o que é mais interessante é a sugestão de "introdução de meios mais flexíveis" (p.114), que a autora analisa da seguinte maneira:

Ao focalizar o problema de formação de novos analistas no âmbito nacional, assumimos a mesma atitude no sentido de não interferir e nem restringir aos estatutos locais nas formulações dos critérios para a formação de novos grupos em condições particulares. Os critérios deverão ser flexíveis, em função de vários fatores circunstanciais. (BICUDO, 1971, p.114).

Logo no início informa que há diversas solicitações de formação de novos núcleos na SBPSP, das cidades de Belo Horizonte, Curitiba, Salvador, Recife, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, Marília, Campinas e Brasília.

Virgínia Bicudo destaca os modos como se iniciaram as sociedades psicanalíticas brasileiras: imigração de didatas estrangeiros, emigração de candidatos ao exterior, deslocamento para São Paulo e Rio de Janeiro, para supervisão, visitas de didatas para cursos breves aos grupos de estudo. De maneira detalhada, a pesquisa de Elisabete

²⁷ Relatório apresentado por Virgínia Leone Bicudo, analista didata, diretora do Instituto de Psicanálise da SBPSP, profª. de Psicanálise da UnB.

²⁸ Conselho Coordenador da COPAL, que passa a FEPAL, em 1979.

Mokrejs (1992) traça o caminho da psicanálise silvestre, o período anterior à formação das sociedades.

Dois anos mais tarde foi realizado o II Pré-Congresso de Analistas Didatas, com o tema "Formação de novos núcleos psicanalíticos no Brasil" e os quatro relatórios publicados constataam que nada foi feito desde o último encontro²⁹. Cobram, portanto, da ABP, pois "não disponho de ideias diferentes para sugerir como solução para os mesmos problemas" (DAHLHEIM, 1973, p.397), reafirmando que a função didática é do Instituto, citando o Regulamento da IPA, repete o que está no relatório anterior. O plenário aprovou a criação da Comissão de Ensino da ABP, em 1971, mas "retornamos ao ponto de partida, que deveria já ter sido superado através da instalação e do funcionamento da mencionada Comissão" (MARTINS; RIBEIRO, 1973, p.402). O mais é o mesmo de 1971. E no último relatório, após apontar mais uma vez a solicitação de formação de novos núcleos, foi destacado o entrave burocrático (p.426).

A discussão interna dos problemas de formação e de ampliação da psicanálise no país segue em meio ao estado de exceção e sua truculência, como se nada mais ocorresse de interesse aos psicanalistas do que a sua própria instituição. Mas devemos ressaltar um caso de convivência ao regime, como foi denunciado ter ocorrido na SBPRJ.

Se Foucault, em 1976, falava dos saberes sujeitados, um pouco antes, podemos trazer algumas de suas preocupações e informações. Estão publicadas duas colocações diversas, de certa maneira poderiam ser contraditórias, conforme cito. O primeiro destaque em uma entrevista em 1975³⁰, antes de sua visita ao Brasil, no mesmo ano.

O caso da psicanálise é realmente interessante. Ela se estabeleceu contra um certo tipo de psiquiatria (a da degenerescência, da eugenia, da hereditariedade). Foi em oposição a esta prática e a esta teoria – representadas na França por Magnan – que ela se constituiu e efetivamente, em relação a esta psiquiatria (que continua sendo, aliás, a psiquiatria dos psiquiatras de hoje), a psicanálise desempenhou um papel liberador. E em certos países ainda (eu penso no Brasil), a

²⁹ Relatórios apresentados por: 1. Luiz Guimarães Dahlheim, vice-presidente da IPA; analista didata da SPRJ. 2. Walderedo I. de Oliveira, analista didata da SBPSRJ. 3. Mário Martins e Roberto Pinto Ribeiro, analistas didatas da SPPA. 4. Virgínia L. Bicudo e Armando Ferrari, analistas didatas da SBPSP.

³⁰ "Pouvoir et corps" (FOUCAULT, 2001a, t.157, p.1622-1628).

psicanálise desempenhava um papel político positivo de denúncia da cumplicidade entre os psiquiatras e o poder. Veja o que se passa nos países do Leste. Aqueles que se interessam pela psicanálise não são os psiquiatras mais disciplinados... (FOUCAULT, 1985, p.150).

Na sequência, fala que na França a psicanálise tomou um rumo diferente e faz parte do quadro de controle e normalização social. Robert Castel, em *A gestão dos riscos*, da antipsiquiatria à pós-psicanálise (1981), faz uma análise sociológica aprofundada sobre as políticas públicas institucionalizadas pelo método da psicanálise.

O excerto "Resposta a Ronald Laing" (FOUCAULT, 2011), publicado recentemente, é parte de uma mesa-redonda realizada em novembro de 1975, nos Estados Unidos da América, ocorrida logo após uma série de conferências dadas por Foucault na Universidade de São Paulo, USP. Na ocasião, denunciou o envolvimento de psiquiatras e psicanalistas com a ditadura militar no Brasil.

Há poucos dias, eu me encontrava na América Latina, no Brasil, país que, como sabem, conta com um grande número de prisioneiros políticos. Centenas de jornalistas, estudantes, professores universitários, intelectuais e advogados têm sido interpelados ao longo dos últimos anos. Mas, no Brasil, interpelação significa evidentemente tortura. O que é mais surpreendente é que algumas técnicas de tortura desenvolvidas recentemente foram colocadas em prática com a ajuda de técnicos americanos. Essas inovações se apresentam da seguinte forma: a pessoa que tortura não é a mesma que interroga... Esse processo envolve uma nova figura, presente em todas as etapas do ritual de tortura: o médico. ...Sua função é determinar qual forma de tortura será mais eficaz... Durante essas sessões de tortura, os conselheiros técnicos não são apenas médicos generalistas, mas por vezes psiquiatras e até mesmo psicanalistas. No Rio, um psicanalista, que pertence ao que se poderia definir como a escola psicanalítica mais reconhecida, é conselheiro oficial da polícia em matéria de tortura. Que eu saiba, a dita escola freudiana

nunca denunciou este indivíduo. (FOUCAULT, 2011, p.103-104).³¹

A primeira citação de Foucault é similar, em alguns aspectos, a da situação atual, em que Rafah Nached, a primeira psicanalista mulher na Síria, ficou presa por mais de dois meses, em 2011, acusada "de atividades suscetíveis de causar uma desestabilização do Estado"³². Ela declarou estar presa por uma razão que ignora e disse: "Estou prestes a descobrir uma parte invisível da sociedade em que vivo e pela qual eu sou responsável"³³.

Na sequência, a denúncia de Foucault sobre a participação de um psicanalista em sessões de tortura no Rio de Janeiro, destrói o valor libertador que anteriormente dera à psicanálise neste mesmo país. Pode parecer que Foucault se equivocou em uma das duas falas, mas não, as situações são concomitantes, por isso coloquei o exemplo da psicanalista síria, para que diante da postura de acobertamento institucional de um caso, ou talvez até mais de um, não seja esquecida toda a importância em momentos vários da posição de psicanalistas em defesa da liberdade, em todo o mundo.

Certamente, Foucault se refere ao caso publicado abertamente somente em 1994, pela psicanalista Helena Besserman Vianna, que denunciou a Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, SBPRJ, de manter em formação o torturador militar Amílcar Lobo, cujo psicanalista era Leão Cabernite. A denúncia foi feita em 1973, no jornal clandestino brasileiro Voz Operária e reproduzida na revista psicanalítica argentina Cuestionamos (VIANNA, 1994, p.17). "A psicanálise não consegue manter o «exterior político» do externo, porque, querendo ou não, o exterior político penetra no interior da instituição" (p.164-5). A autora reproduz os documentos que enviou e recebeu, pois segundo sua pesquisa, os documentos da SBPRJ foram destruídos. Dessa maneira, ela traça o modelo similar ao do poder

³¹ Tradução da autora.

³² Disponível em: Jornal Le Nouvel Observateur, <http://tempsreel.nouvelobs.com/monde/20111117.OBS4686/syrie-la-psychanalyste-rafah-nached-a-ete-liberee.html>. Acesso em: 17 nov. 2011. Disponível em: Jornal Libération, <http://www.liberation.fr/monde/01012372067-syrie-la-psychanalyste-rafah-nached-a-ete-liberee>. Acesso em: 16 nov. 2011.

³³ «Je suis le docteur Rafah Nached. Je suis dans la prison pour femmes à Damas pour une raison que j'ignore. Je suis en train de découvrir une partie invisible de la société où je vis, et dont je suis responsable». Jornal Libération, 16nov11.

totalitário de Estado, e nos relata que nada pode ser discutido no âmbito da instituição e que foi invertida a situação, ela, a psicanalista que denunciou o caso, passou a ser perseguida pelos próprios pares e ameaçada possivelmente pelos pares do torturador denunciado. A postura das sociedades brasileiras e da IPA, nesta e em outras situações em que o nome da psicanálise poderia ser manchado, foi de silêncio, o que é uma marca muito mais funda e grave, pois ao acobertar alguns psicanalistas, a instituição, como um todo, pode ser responsabilizada.

Sobre o mesmo caso há um artigo na Rev. bras. psicanál., e pode haver outros, onde o assunto, como cito, é abordado muitos anos depois.

Por outro lado, a neutralidade analítica, por força de ideologias que de tempos em tempos servem consciente ou inconscientemente às lutas do poder ou manutenção de feudos de poder por dentro das instituições psicanalíticas, tem sido confundida com neutralidade como cidadão (o que é mais próximo de omissão), exigindo, por vezes, que os psicanalistas se mantenham encastelados em seus consultórios e alienados das questões que dizem respeito ao seu engajamento e contribuição como cidadão inserido numa comunidade social e política...

Quem viveu a vida societária nos anos setenta e oitenta é testemunha do clima persecutório e intimidante existente, totalmente incompatível com a franqueza e destemor que deve nortear um espírito verdadeiramente psicanalítico. Falar em engajamento político ou social era totalmente proibitivo, como se contaminasse a imagem de um analista – puro, neutro, acima do bem e do mal, criando uma verdadeira «neurose de neutralidade» ou «fobia de exposição» totalmente afinada, na verdade, com o clima repressivo e persecutório do momento político da ditadura vigente na época. Essa pseudo-neutralidade foi, por exemplo, o argumento encontrado em defesa da manutenção de um colaborador da tortura contra presos políticos, nas fileiras de uma formação psicanalítica. [...] (FROIMTCHUK³⁴, 1997, p.335).

Pelo acima exposto, é possível discernir que são diferentes os envolvimento com a ditadura militar da psiquiatria e da psicanálise no

³⁴ Ruth Froimtchuk, analista didata da SBPRJ.

Brasil. Destaco que se a psiquiatria insere o *status quo* em seu quadro nosológico, por um lado, a psicanálise mantém a postura metodológica intacta no discurso e silencia as ações institucionais, seja ao acobertar as ações de seus integrantes em uma sociedade, seja ao silenciar em seu discurso na Rev. bras. psicanál. qualquer discordância ao regime ditatorial.

Esta última, como colocado inicialmente, é taticamente compreensível, para dar continuidade ao trabalho, pois se a entidade falasse contra o regime, como em qualquer ditadura, seria perseguida e até fechada. Porém, a postura de silenciar internamente os problemas, como historicamente há registro desde os tempos de Freud, pela IPA e, seguindo os mesmos passos, na instituição brasileira, ela pode comprometer gravemente o trabalho na clínica, devido a uma prática de comunicação de velar os fatos, de esconder os problemas, vivendo uma duplicidade entre o *setting*, onde tudo deve ser dito e a instituição, onde nem tudo deve ser dito.

A psiquiatria constrói a nosologia de acordo com a moral vigente e, assim, as doenças mentais vão se modificando conforme é conveniente para o poder hegemônico, do Estado, passando pelo religioso e se instalando no complexo médico industrial, lembrando que dentro deste, a indústria da doença mental é das mais rendosas.

Não cabe um posicionamento por uma ou outra prática institucional, mas é importante explicitar a diferença, enquanto na psiquiatria o discurso científico é alinhado ao poder dominante, na psicanálise o alinhamento se dá pelos dirigentes das instituições, que definem a ordem interna.

2.3.2 A institucionalidade contra os antipsiquiatras

Sem se prestar a equívocos, a posição da Rev. psiquiatr. clín. confirma seu engajamento científico-ideológico já em seu número inaugural, por meio da "Moção apresentada ao V Congresso Mundial de Psiquiatria" (México, 1971). (1972, p.57-58). A moção é de repúdio a práticas de tortura medicamentosa, entre outras, descritas em detalhes, para lavagem cerebral de intelectuais contrários ao regime comunista, em hospitais psiquiátricos na Rússia. "A Associação Mundial de Psiquiatria denuncia o perigo das campanhas antipsiquiátricas de inspiração político-ideológica, que levam a Psiquiatria a desempenhar um papel que não é o seu: o de ser um instrumento de repressão social" (PACHECO e SILVA, 1972, p.57). Na sequência cita Esquirol, para discorrer sobre as condições de abandono e maus tratos de internos nos idos de 1818. Só não faz referência ao que acontecia nos hospitais

psiquiátricos no Brasil, as condições de abandono em que viviam os internos, além das violências físicas e psíquicas, por meio de medicamentos e práticas abusivas, como uns anos mais tarde seria denunciado no filme documentário "Em nome da razão" (1979), de Helvécio Ratton, com imagens do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena. Sabemos que essa não é uma realidade isolada e que as condições subumanas de vida integram a história desses hospitais no mundo e no país.

O foco principal da Moção, no entanto, era exercer o terror e a crença, por meio de um discurso defendido pelos militares que tomaram o poder, apoiados pelos Estados Unidos da América, que defendiam a ideia de que o comunismo era um perigo iminente. Colocada no mesmo terreno perigoso, cabia à psiquiatria institucional defender-se da perigosa antipsiquiatria para manter a ordem social, contra "a terra de ninguém [que] se chama antipsiquiatria"³⁵, como é marcada no texto de Leme Lopes, no exemplar de abertura da Rev. psiquiatr. clín. O psiquiatra proferiu, como decano, a conferência "Psiquiatria e Antipsiquiatria"³⁶, onde revela um estilo rebuscado, por vezes difícil de compreender, como no trecho:

...o largo movimento da psiquiatria, que não se pode representar, como seria desejável, pelo curso ascendente de uma flecha, mas se representa por uma assíntota. Resulta, dessa representação gráfica, um terreno intermediário a explorar, um campo de debates, em que somos forçados a penetrar. (LEME LOPES, 1972, p.35).

O leitor, como eu, pode estar se perguntando não só o que é assíntota, mas porque se deveria desejar uma flecha ascendente e o que seria esse terreno a explorar. Bem, assíntota é sinônimo de assímptota, o que não melhora em nada a compreensão desse termo da geometria, que quer dizer "para uma curva plana, é uma linha em que a distância entre um ponto P sobre a curva e a linha aproxima-se de zero, quando a distância do ponto P à origem aumenta indefinidamente". Temos, então,

³⁵ É recorrente na Rev. psiquiatr. clín. o uso de metonímia com a palavra antipsiquiatria, para se referir ao que é contra a instituição psiquiátrica e não somente ao trabalho proposto pelos que se autodenominaram antipsiquiatras, R. Laing e D. Cooper. Bibliografia sobre antipsiquiatria (ANDERSEN, 2008, p.157, n.2).

³⁶ Conferência Psiquiatria e Antipsiquiatria, ministrada no X Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, em Recife, de 17 a 22 de outubro de 1971.

uma frase sem sentido? Ou seria uma dificuldade pessoal em compreender a figura de linguagem do autor? Esse recurso, que chamei gentilmente de estilo do autor, parece uma maneira de constranger o ouvinte ou leitor, em sua ignorância, o que pode resultar em aceitação da suposta sabedoria do palestrante e autor. Teria Leme Lopes se inspirado em *Quincas Borba* ou no Dr. Simão Bacamarte, de *O alienista*, ambos personagens de Machado de Assis? Ele vai mais longe, como no seguinte trecho do «Pai da Psiquiatria Nacional», em sua obra *A Psiquiatria de Machado de Assis*:

E, ao completar este prefácio oito anos após o primeiro estudo, encontramos-nos em pleno fastígio da antipsiquiatria. A nave dos loucos, da qual nos dá Michel Foucault uma pintura tão limpa e tão numerosa como a prancha de Hieronymus Bosch, tem sua predecessora na Casa Verde de Itaguaí. Nenhum Doutor Laing chegou até agora a superar Simão Bacamarte: dar alta num só dia a todos os doentes do asilo. Nenhum tampouco se recolheu ao manicômio vazio para aí ficar a meditar o enigma da loucura. (LEME LOPES apud FROTA et al, 2004, p.318).

Leme Lopes foi um conceituado psiquiatra em seu tempo, mesmo assim se utiliza de uma maneira emotiva e pouco científica para destratar a antipsiquiatria. Para ele, David Cooper teria dito “que os psiquiatras se limitam academicamente a compartimentalizar certas experiências em escaninhos rotulados de doenças, e pensam em seguida armar esquemas para ‘curá-las’, mas o fazem apenas no sentido em que a linguiça é ‘curada’, isto é, mantida numa condição estável, processo inteiramente oposto ao de proporcionar as melhores perspectivas a uma pessoa em sua globalidade” (LEME LOPES, 1972, p.43). Refere-se à dura crítica sobre o rótulo diagnóstico em psiquiatria, que por vezes torna-se um estigma, feita pelos críticos à psiquiatria, nas escolas ou movimentos liderados por Ronald Laing, David Cooper, Franco Basaglia, Thomas Szasz e Gregory Bateson (ROUDINESCO, 1998)³⁷. Em defesa da psiquiatria, o psiquiatra afirma que “todos reconhecemos hoje, com Mac Kewon, que todo ato médico tem um alcance social” e que “a psiquiatria nasceu de um modelo médico” (p. 43). Com essas convicções, ataca as posições da antipsiquiatria, que para ele englobam qualquer movimento contra a psiquiatria hegemônica, para além dos antipsiquiatras ingleses, incluindo Basaglia e Foucault.

³⁷ Consultar o verbete antipsiquiatria.

Os editoriais dos primeiros volumes da Rev. psiquiatr. clín. não deixam dúvidas sobre a expansão da medicalização da psiquiatria no país. Em seu segundo editorial, o editor, o nosso já conhecido psiquiatra Oliveira Bastos, compreende que "o campo da psiquiatria, como é notório, cada vez mais se alarga em suas aplicações, invadindo todas as áreas da atividade humana individual e coletiva, e cada vez mais se generaliza, em toda parte, o interesse pelos assuntos de patologia mental e ciências afins" (BASTOS, 1972, p.63)³⁸. Em seu primeiro editorial foi enaltecido "o desenvolvimento crescente da clínica psiquiátrica", que é exatamente o que chama a atenção no nome da revista. Aqui se pode destacar que a revista se coloca como promotora da expansão do campo de atuação da psiquiatria, que pretende, sem meias palavras, nada menos que invadir a vida cotidiana.

2.3.3 O lugar da sexualidade

Nesse período de efervescência social no mundo ocidental de que falamos há pouco e de ditadura militar no país, foi realizado o I Congresso Brasileiro de Psicanálise, em Caxias do Sul, RS, em maio de 1969, com o tema "Identidade de sexo e seus distúrbios, aspectos teóricos e clínicos". A psiquiatria, por sua vez, no V Congresso Mundial de Psiquiatria, na Cidade do México, em 1971, apresentou o Simpósio Psicofarmacologia e Sexo. Em 1972, foi realizado o I Congresso Brasileiro de Higiene Mental do Adolescente, no Rio de Janeiro. Outros eventos e cursos sobre variações do tema estavam sendo realizados na época. Assim foi escolhido o tema que permeia os congressos e é emergente nos números iniciais tanto na Rev. psiquiatr. clín. como na Rev. bras. psicanál.: a sexualidade.

A Conferência "Desvios da sexualidade"³⁹, proferida por Elza Barra⁴⁰ e publicada na Rev. bras. psicanál. (1968, p.373-386), é marcada por uma relativização dos conceitos de desvio, perversão e aberração sexuais, em relação aos conceitos de anormal e patológico, na psiquiatria e na psicanálise. Inicia definindo o conceito de desvio como

³⁸ Fernando O. Bastos era, além de editor da Rev. psiquiatr. clín., presidente da Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Brasil, no ano de 1972.

³⁹ Conferência pronunciada em junho de 1968 no Curso de Psicologia do Desenvolvimento Sexual e Moral, organizado por formandos da 2ª turma da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

⁴⁰ Elza Barra, profª. Dra. em Filosofia e Psicologia, membro da SBPSP.

função estatística (BIEBER apud BARRA, 1962)⁴¹, ao considerar que desvio envolve o movimento fora da média, assim, seria uma norma estatística que definiria o normal e o desviante. Lembra, porém, que o desvio é considerado pela maioria como patológico, como no clássico da psiquiatria *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (apud BARRA).

Na Rev. psiquiatr. clín. (1972, p.142-149)⁴², Carvalho apresenta diversas posições sobre o assunto na atualidade. Inicia com as pesquisas sobre hereditariedade, dizendo que uns a defendem e outros mostram que isso não pode ser provado, como também causas endócrinas são descartadas por alguns pesquisadores. Ele escolhe algumas análises psiquiátricas e sociais para explicar a constituição de um homossexual. Vale destacar que repete o discurso do desvio e da anormalidade como doenças, ao citar os 12 tipos de homossexualidade para Clifford Allen (1962): o homossexual pode ser imaturo, neurótico, compulsivo, por falta de mulheres, bi-sexual, normal, por deficiência endócrina, personalidade afetada, imitando mulheres, psicopata, alcoolista, psicótico, em consequência de transtornos orgânicos cerebrais ou de demência. Carvalho comenta que a não ser os comportamentos claramente homossexuais, as modalidades de Clifford podem servir a qualquer pessoa e propõe a seguinte questão: por que, então, ligar a homossexualidade aos comportamentos considerados normais ou patológicos pela medicina? Conclui que os diversos "aspectos e problemas surgidos em torno da etiopatogenia da homossexualidade, justificam a afirmativa de que, cada homossexual tem sua própria história, e cada caso deve ser examinado de forma individual e particular" (CARVALHO, 1972, p.148).

Entre os desvios da sexualidade, classificados como patologias pela psiquiatria, em outro artigo da Rev. psiquiatr. clín. (1972, p.15-22)⁴³, Cardo em busca da objetividade no diagnóstico, ao falar em queixas predominantes de transtornos sexuais, considera que há, em geral, uma depressão associada. Aqui parece possível relacionar a expressão de sofrimento diagnosticada como depressão pelo psiquiatra

⁴¹ BIEBER, I. et al. *Homosexuality: A Psychoanalytical Study*. New York: Vintage Books. 1962.

⁴² Henrique Marques de Carvalho, livre docente de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Diretor da Divisão Hospital de Psiquiatria da USP.

⁴³ Walter Nelson Cardo, médico Assistente do Hospital de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP.

ao que a psicanalista Elza Barra analisa como o medo, que afirma ser uma constante nas desordens neuróticas e patológicas. Ao não estagnar a expressão do indivíduo como sintoma de uma doença, ela relativiza os conceitos de anormal e patológico e situa o indivíduo em um contexto social, que se forma na relação do bebê com o mundo, em uma visão psicanalítica de inconsciente e significação de relações de objeto para a formação do eu. Estas relações podem ser traumáticas ou não e se expressam na vida sexual adulta, não necessariamente os desvios se tornando patologias. O diagnóstico de depressão, no caso da psiquiatria, por sua vez, é determinante e produz uma subjetivação no paciente, diante de uma patologia definida pela autoridade médica, que pode se expressar de diversas formas, mas o indivíduo carrega, a partir do diagnóstico, uma doença, um rótulo. Se na psicanálise a depressão ou o medo é uma expressão da condição do paciente e integra o processo analítico, na psiquiatria vem a ser uma patologia, uma entidade doença. Segue um ponto de vista antropológico, segundo a autora.

Cada sociedade determina qual conduta seria julgada normal e qual anormal, conforme esta se ajuste ou não ao contexto social. Por isso, deduziu-se que a homossexualidade é considerada anormal nas sociedades ocidentais, porque assim a ética cultural a designou. A razão relativista cultural estabelece que, se atitudes sociais fossem tão aceitas diante da homossexualidade quanto diante da heterossexualidade, o conceito de inversão não seria patológico. Este ponto de vista contrasta com o argumento da psiquiatria, da psicologia individual e da psicodinâmica. (BARRA, 1968, p.376).

Enfim, a psicanalista recorre a Freud para desbancar a ideia de que a perversão é, necessariamente, uma patologia. Em sua argumentação seria um desvio da norma, de onde pode ou não se desenvolver uma patologia. Discorre, para se fazer compreender, sobre as diferenças entre desvio e patologia, pelas posições de Freud, Melanie Klein, Roselfeld e Bieber sobre homossexualidade, principalmente, transvestismo, fetichismo, masoquismo, sadismo, exibicionismo, voyerismo, pedofilia.

Para Cardo, no entanto, ao citar os tipos de impotência, neuróticas e psicógenas, atribui este último tipo “a indivíduos imaturos e inseguros: estas [impotências] se acompanham de preservação da libido e se evidenciam por impossibilidade de ereção nas relações heterossexuais habituais, ainda que possam, por vezes, permitir

completa ereção no relacionamento sexual com determinadas parceiras ou em atos perversos e solitários (1972, p.16). Admite uma entidade doença, como os tipos de impotência, para afirmar que é impotência aquilo que não seja uma ereção em uma relação heterossexual habitual, quer dizer, a potência seria a capacidade de ereção de um indivíduo do sexo masculino diante de uma mulher cujo relacionamento se dê em circunstâncias morais definidas pela ordem social majoritária, qual seja, o casamento.

Nas palavras de Canguilhem:

Não é absurdo considerar o estado patológico como normal, na medida em que exprime uma relação com a normatividade da vida. Seria absurdo, porém, considerar esse normal idêntico ao normal fisiológico, pois se trata de normas diferentes. Não é a ausência de normalidade que constitui o anormal. Não existe absolutamente vida sem normas de vida e o estado mórbido é sempre uma certa maneira de viver. (CANGUILHEM, 2006, p.175).

Ao considerar a normatividade inerente à vida, os critérios de patologia são bastante diversos. Enquanto de um lado é possível ao psicanalista se apresentar diante do paciente como alguém que sabe o quanto é relativa a condição de anormal em que ele pode se encontrar, de outro lado, o psiquiatra apresenta-se na clínica convencido da verdade moral de seu tempo, para diagnosticar uma psicopatologia a partir da condição de existência do paciente.

Podemos nos remeter à análise de Le Blanc (2007, p.8), que em busca de uma genealogia da norma se pergunta de onde vem esse desejo da norma, que permite a construção da ideia de homem normal. De acordo com suas pesquisas (sobre Canguilhem e Foucault), há diversas normalidades e o conflito está situado entre uma norma majoritária e uma minoritária; assim, não há normas universais, mas normas que atendem a um determinado grupo. Temos em mãos o poder-saber que define um normal em relação ao qual se constroem e se formam subjetividades em um momento histórico. A norma majoritária, neste caso, é a psiquiatria, como já dito, uma clínica voltada às doenças.

Retornando ao material de pesquisa, em artigo apresentado no V Congresso Mundial de Psiquiatria, em 1971, e publicado na Rev. psiquiatr. clín. (1972, p.1-4), Pacheco e Silva⁴⁴ mostra a preocupação do

⁴⁴ Pacheco e Silva, professor da clínica psiquiátrica na Faculdade de Medicina da USP.

homem com a sexualidade, pela existência do instinto sexual para perpetuação da espécie e uma influência no comportamento e na integração social. Justifica sua posição para o bem-estar da humanidade, pelos "textos sagrados – na Bíblia, no Alcorão, no Talmud... – o que exige obediência a umas tantas normas, para a boa formação da família, célula da sociedade" (PACHECO E SILVA, 1972, p.1). O autor resume a história da humanidade e finaliza: "Em síntese, toda ética, uma boa parte da estética e da religião têm a sua origem na prática das relações sexuais" (p.2).

A reflexão do psiquiatra parte de uma visão histórica linear e de progresso, compreende que os homens "alcançaram o mais alto grau de civilização e de estabilidade social", por meio da moral sexual para

preservar o sexo de todas as aberrações, pelo combate à promiscuidade e aos maus costumes, pelo respeito à castidade, à virgindade, ao pudor, à decência, à fidelidade conjugal, às relações normais. ...Na civilização atual, um sem número de fatores têm contribuído para afrouxar a moralidade, para o desregramento dos costumes, para a quebra de uma tradição secular. (PACHECO e SILVA, 1972, p.2).

Diante dessa ameaça à moral, diz que até a Igreja tem se "revelado impotente" e a classifica pelos desregramentos sociais, tais quais:

o desaparecimento progressivo da himenolatria⁴⁵...a emancipação gradativa da mulher que trabalha; o emprego de métodos anticoncepcionais ...a redução, a um nível mínimo, das doenças venéreas, a pornografia generalizada ...a civilização industrial, de consumação, ...têm concorrido, sem dúvida, para a revolução sexual observada nos tempos modernos. (PACHECO e SILVA, 1972, p.2-3).

O psiquiatra chega, enfim, a Freud, para dizer que suas ideias "confundem o espírito dos leigos, particularmente dos jovens", não têm fundamentos científicos biomédicos. Defende, ainda, as aberrações sexuais por lesões diencefálicas e por distúrbios endócrinos, que afirma são determinantes e que não se pode atribuir tais aberrações somente a motivações psicológicas e socioculturais. A esta altura já se tornou

⁴⁵ Himenolatria, palavra criada pelo autor, com o sentido de exigência de virgindade da mulher.

bastante confuso o que seriam os fundamentos científicos e a ordem moral a ser mantida e se os atentados à moralidade são um problema social ou alterações endócrinas. No entanto, em qualquer caso, o médico é aquele que pode induzir o caminho correto, pela orientação sexual de seus pacientes.

Para Pacheco e Silva, os *hippies* são "a decadência da sociedade, em muitos países, por conduta desregrada, amoral, anti-social, pervertida e toxicófila ...contaminando a juventude do mundo e gerando uma psicose coletiva" (p.4). É interessante observar como ele medicaliza o movimento *hippie* ao mesmo tempo em que critica a psicanálise por falta de cientificidade.

A elevada civilização tecnológica em que vivemos poderá, assim, perecer, mergulhada no obscurantismo de uma vida puramente animal. O homem que, com sua inteligência e o seu engenho, dominou os quatro elementos da natureza – o ar, a água, a terra e o fogo – descuidou-se de si próprio e está se deixando conduzir não pela parte sadia da sociedade, mas por aqueles que revelam, pelo seu comportamento anormal, tendência à contestação, à subversão e a práticas anti-sociais, características de grave comprometimento das faculdades afetivas e morais. (PACHECO E SILVA, 1972, p.4).

Apresenta uma solução por meio de "aplicação de medidas de higiene mental, para impedir a degradação da família e da sociedade" (p.4), muito semelhante às ideias de Bastos, apresentadas anteriormente.

De modo a não deixar dúvidas sobre a respeitabilidade desses psiquiatras em seu meio, segue um trecho do necrológio ao Prof. Dr. José Roberto de Albuquerque Fortes (1924-2002), redigido pelo decano Prof. Dr. Jorge W. F. Amaro, no sentido de mostrar a importância dos autores dos artigos aqui citados: "Tenho feito um luto após outro. Perdemos o Prof. Antonio Carlos Pacheco e Silva, o Prof. Fernando de Oliveira Bastos, o Prof. João Carvalhal Ribas, o Prof. Walter Nelson Cardo e vários outros colegas do início dessa grande jornada do Instituto de Psiquiatria. A Psiquiatria brasileira, especialmente a paulista, perdeu mais um de seus colaboradores" (AMARO, 2002, p.264-265).

Retornando à Rev. bras. psicanál. (1969, p.107-112), no relatório final do I Congresso Brasileiro de Psicanálise, redigido por Cyro Martins⁴⁶, podemos encontrar "divergências claras, dividindo-se os

⁴⁶ Cyro Martins, analista didata da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.

participantes em três correntes: biológica, psicológica e sociológica... embora nenhum pretendesse ser exclusivista" (p.109). Conclui que a psicanálise reconhece que nenhuma ciência pode funcionar em circuito fechado (p.110).

Vale ressaltar: "chega-se finalmente à conclusão de que a caracterização de homossexualidade deve ser reservada somente para as situações bem definidas onde existe uma atividade perversa" (p.108). Aqui não é explicado em que categoria seriam classificadas as perversões, mas se levarmos em conta a argumentação de Elza Barra, perversão não seria necessariamente uma patologia. Se não há uma resposta única, pode ao menos permitir-se a reflexão.

No relatório do Simpósio Psicofarmacologia e Sexo, no V Congresso Mundial de Psiquiatria, em 1971, Bastos⁴⁷ (1972, p.5-14) afirma que é extensa a literatura em psicofarmacologia, mas que poucos são os trabalhos sobre possíveis alterações sexuais em tratamentos com psicotrópicos, como "são raras as comunicações sobre a utilização de tais drogas na terapêutica das desordens sexuais" (p.5)⁴⁸. Segundo o autor, algumas hipóteses levantadas por pesquisadores franceses (Pommé Girard; Debost, 1965; Schnetzler; Lamnad; Cassassuce; Carrel, 1964, apud BASTOS), sobre a escassez de informações sobre o assunto se daria, em grande parte, por causa do tabu em se falar sobre a sexualidade; outra hipótese diz respeito à "necessidade de uma boa relação médico-paciente para que sejam devidamente apurados os sintomas de natureza sexual porventura em jogo" (p.5); a terceira diz respeito à necessidade de observação por tempo prolongado para se poder tirar conclusões sobre efeitos de medicamentos sobre a sexualidade.

Podem-se destacar as diferenças dos recursos clínicos entre o psicanalista e o psiquiatra. Para este último, a consulta é um espaço de apuração de sintomas e a boa relação médico-paciente seria uma habilidade intuitiva para criar um ambiente em que o paciente confiaria seus sintomas, enquanto a observação por tempo prolongado seria o acúmulo de informações sobre sintomas ao longo das consultas. Na psicanálise, a relação terapeuta-paciente é um instrumento da clínica e o objetivo não é definir um diagnóstico, mas estabelecer uma relação terapêutica, em que a pessoa, ao longo das sessões, possa conhecer

⁴⁷ Bastos, professor titular de Clínica Psiquiátrica e Chefe do Departamento de Neuropsiquiatria na FMUSP.

⁴⁸ Está na pauta do Congresso Nacional o Projeto de Lei SF nº552/07 sobre a castração química de condenados por pedofilia.

parcialmente o desconhecido inconsciente e elaborar uma via de compreensão de seu processo de vida. A psicanálise é também uma racionalidade clínica, para a qual o sujeito é a resultante de um confronto entre o inconsciente e as expectativas de seu meio, inserido em uma cultura, portanto, o espaço de conflito propício ao desenvolvimento de neuroses.

Os aspectos dos modos de fazer na clínica da psiquiatria como na psicanálise voltarão a ser abordados no capítulo 6, sob uma outra perspectiva. Se aqui o foco foi a ideologia e o momento político, adiante será a questão epistêmica o centro da análise do método clínico, por meio dos artigos das revistas.

No entanto, se falei inicialmente do período dos primeiros anos das revistas, não foi no sentido de seguir uma linha do tempo, mas tão somente por ser um período especial, como vimos, além de situar os antecedentes e o contexto de início de uma e outra publicação.

No capítulo que termina, o interesse foi trazer à tona os modos de pensar e de agir no período dos anos 1960-70, pelas suas peculiaridades e importância dentro do século XX e, particularmente, no Brasil, o período da ditadura militar. Não pretendo criar uma linearidade no percurso das análises, pelos motivos que acabei de expor, de não haver mudança substanciais nos métodos clínicos e sim nas tecnologias e na normatividade social, em parte pela própria medicalização dos comportamentos.

Isso se justifica por a questão do fazer na clínica psiquiátrica não ter sofrido uma alteração substancial no método clínico, ele permanece baseado no diagnóstico, remissão de sintomas e cura. As grandes mudanças ocorreram no âmbito da pesquisa e das tecnologias do complexo médico industrial, além, é claro, das classificações de psicopatologia. Sobre essas mudanças serão analisados excertos de artigos no capítulo 5, passando pelo aporte teórico no capítulo que o antecede.

Na psicanálise, as mudanças, se ocorreram, foram nos modos de interpretação, o que este estudo não aborda. O método é o mesmo, de interpretação por meio da palavra do binômio consciente-inconsciente, no contexto da relação terapeuta-paciente.

O capítulo seguinte é dedicado a Michel Foucault, em um breve percurso em parte de sua obra, passando por seu entendimento sobre a constituição das ciências humanas, o poder-saber e a «épistémè» moderna. De modo a dar consistência às análises e às discussões sobre as práticas discursivas nos artigos das revistas, revejo alguns de seus conceitos e suas posições em relação à psicanálise.

3 DISCURSOS, PODERES E SABERES EM FOUCAULT

No primeiro capítulo, ao me referir ao enfoque e à metodologia, destaquei a importância do pensamento de Michel Foucault, em particular do conceito de formação discursiva. No presente capítulo retomo as reflexões sobre as suas contribuições, sintetizando os entrelaçamentos desse conceito com outros igualmente importantes para as críticas ao binômio normal-patológico: discursos, poderes e saberes, dispositivos.

O discurso crítico de Foucault sobre a loucura, a psiquiatria e as ciências humanas tornou-se fundamental para quem adentre um estudo histórico-epistemológico no campo psi, como mostra a vasta bibliografia sobre e a partir do seu pensamento. No recém publicado *Cahier l'Herne Foucault* (ARTIERES; BERT; GROS; REVEL (orgs.), 2011), 27 anos após a sua morte, os organizadores destacam a sua influência em grande número de trabalhos acadêmicos em filosofia, ciências humanas e sociais na França e em outros países, como também em "antropologia, crítica literária, geografia, estudos de gênero, *postcolonial studies and subaltern studies*"⁴⁹ (2011, p.11). "Foucault vive" (p.13) e seu pensamento está presente na sociedade contemporânea, como vemos em muitos autores brasileiros, por exemplo, Eni Orlandi.

Os pesquisadores do mundo inteiro percebem Foucault, o arqueólogo do saber, como aquele que a partir de materiais de arquivo e do canteiro de obras da biblioteca elabora as estruturas que sustentam obras futuras. (2004, p.65).

Há um fio que perpassa grande parte da obra de Foucault, que relaciona as profundas mudanças na Europa, e especialmente na França, na formação do Estado moderno, liberal e capitalista, ao desenvolvimento das ciências da natureza e ao nascimento da medicina moderna, com a clínica médica e a psiquiatria, entre os principais marcos de uma ruptura epistêmica, em que a relação saber-poder é redimensionada.

Na *História da loucura na idade clássica* (1999a), Foucault empreende uma pesquisa e uma análise do discurso, ou melhor, dos discursos, ao longo de um período que nomeia clássico, que vai da Renascença ao final do século XVIII, onde houve, segundo ele, uma mudança epistêmica. A passagem para a modernidade é caracterizada

⁴⁹ Em inglês, no original francês.

pelo desenvolvimento das ciências positivas, a partir das ciências naturais e das ciências físicas e matemáticas.

Foucault resgata que o século XV já havia banido para o exílio ou eliminado experiências que dizem respeito à sexualidade (magia, profanação ao sagrado e a libertinagem). E ao final do século XVII, segundo suas pesquisas, a centésima parte da população de Paris estava internada: os indigentes, vagabundos, mendigos, senis, internados por cartas régias, paralíticos, crianças, pessoas com doenças venéreas e até loucos. A internação não significava apenas um papel negativo de exclusão, mas também um papel positivo de organização da sociedade, com sua ética marcada em uma divisão entre o bem e o mal, o reconhecido e o condenado, as novas normas na integração social. Por 150 anos as pessoas com doenças venéreas, os insanos e outros marginais sociais dividiram o mesmo espaço, com o mesmo sistema de punição. A época clássica inventa o local de internamento e "a repressão adquire assim uma dupla eficácia, na cura dos corpos e na purificação das almas" (FOUCAULT, 1999a).

Para o autor, a modernidade se caracteriza pela passagem de um poder soberano para um poder disciplinar (FOUCAULT, 1980, 1991), sem que isso implique a desapareição do primeiro ou uma completa novidade do segundo. A soberania seria o poder absoluto, que foi perdendo força na organização social ao final do século XVIII na Europa e, em especial, na França pós-revolução. O poder diluiu-se sem perder sua força, deixando de ser pura imposição para tornar-se formador de subjetividades. Nasce, então, um sujeito que reproduz um discurso de verdade para o qual foi treinado pelas instituições, incluindo a família, que sem perder o pátrio-poder soberano, incorpora o saber da ciência em seu cotidiano. A regulação do Estado se aprimora nestes 200 anos pelo poder institucional moderno, por meio de uma ordem econômica e jurídica, em que o *staff* político é somente a ponta do *iceberg*.

O modo de expressão do sofrimento humano estaria, assim, relacionado ao processo de subjetivação social, por meio de uma microfísica de poder, através do psiquismo na formação do sujeito e da força de trabalho. O reconhecimento de si e dos outros, que se dá pelas regulações sociais, está diretamente ligado ao que se define como normalidade.

3.1 AS CIÊNCIAS HUMANAS

Em sua pesquisa, cujo método chama de arqueológico – "a filosofia é uma empreitada de diagnóstico, a arqueologia, um método de descrição do pensar" (FOUCAULT apud DEFERT, in FOUCAULT, 2006c, p.21) – Foucault destaca duas grandes discontinuidades na «épistémè» da cultura ocidental: a que inaugura a Idade Clássica, em meados do século XVII, e a que abre a modernidade, ao final do século XVIII e início do XIX (entre os anos 1775 e 1825), com a criação do homem como objeto do saber.

Em *As palavras e as coisas* (2002a), que enquanto escrevia Foucault chamava de o livro sobre os signos e que quisera nomear a ordem das coisas (mas não pôde por haver um livro de Jacques Brosse publicado com esse nome.), foi publicado em 1966, com a 1ª edição esgotada em um mês e meio. O jornal francês L'Express o apresenta "como a maior revolução em filosofia desde o existencialismo" (DEFERT, in Foucault, 2006c, p.22). Mas esta não foi a primeira vez que impactou por seu modo de pesquisar, já o tinha feito com a publicação de sua tese *Folie et déraison, Histoire de la folie à l'âge classique*, em 1961, em que muda o objeto de um campo do saber, a psiquiatria, para uma análise arqueológica da construção da loucura e do louco na sociedade europeia.

Em *As palavras e as coisas* afirma que "a ordem assumida como solo positivo" (FOUCAULT, 2002a, p.XVII) se dá de acordo com as culturas e as épocas. Nesse livro, pesquisa "que modalidades de ordem foram reconhecidas, colocadas, vinculadas ao espaço e ao tempo, para formar o suporte positivo de conhecimento tais que vão dar na gramática e na filologia, na história natural e na biologia, no estudo das riquezas e na economia política" (p.XVIII). A busca é por entender como e segundo qual espaço de ordem se constituiu o saber moderno, científico, de modo a decifrar a «épistémè» em que os conhecimentos enraizam sua positividade e, assim, passam a manifestar uma história e as configurações do conhecimento empírico.

Foucault coloca que a biologia não existia antes do século XVIII e isso ocorria pela simples razão de que a própria vida não existia. "Existiam apenas seres vivos e que apareciam através de um crivo do saber constituído pela *história natural*"⁵⁰ (p.175). Descarta a ideia comum a historiadores de que a história da natureza surge do "malogro do cartesianismo". Para ele, uma ciência não nasce "da ausência de

⁵⁰ Grifo no original.

outra, nem do fracasso, nem mesmo do obstáculo encontrado por outra" (p.175).

A sua arqueologia "deve percorrer o acontecimento segundo sua disposição manifesta" (p.298), em que as positivities de umas e outras ciências entram em relação, em um

espaço feito de organizações, isto é, de relações internas entre elementos, cujo conjunto assegura uma função; mostrará [a arqueologia] que essas organizações são descontínuas, que não formam, pois, quadro de simultaneidades sem rupturas... (FOUCAULT, 2002a, p.299).

A mudança se dá na passagem de uma ordem – das riquezas do homem, das espécies da natureza e das palavras de que as línguas são feitas – para organizações analógicas do saber, em que se constituem positivities para além do objeto: a vida, o trabalho e a linguagem. "O que mudou, na curva do século, e sofreu uma alteração irreparável foi o próprio saber como modo de ser prévio e indiviso entre o sujeito que conhece e o objeto do conhecimento" (p.346), em que o saber era uma representação do divino e se dava entre identidades e diferenças, de uma taxonomia geral (classificação), uma caracterização universal.

As ciências humanas nascem quando o homem passa a ser objeto empírico de conhecimento. Só no século XIX é construído um conjunto de discursos (acontecimento da ordem do saber) que formam as ciências humanas, com o papel de "fundamento de todas as positivities" passando o homem para o campo dos objetos científicos.

[As ciências humanas] apareceram no dia em que o homem se constituiu na cultura ocidental, ao mesmo tempo como o que é necessário pensar e o que se deve saber. Certamente, não resta dúvida de que a emergência histórica de cada uma das ciências humanas tenha ocorrido por ocasião de um problema, de uma exigência, de um obstáculo de ordem teórica ou prática; por certo foram necessárias novas normas impostas pela sociedade industrial aos indivíduos para que, lentamente, no decurso do século XIX, a psicologia se constituísse como ciência; também foram necessárias, sem dúvida, as ameaças, que desde a Revolução [francesa], pesaram sobre os equilíbrios sociais e sobre aquele mesmo que instaurara a burguesia, para que aparecesse uma reflexão de tipo sociológico. (FOUCAULT, 2002a, p.476).

Foucault organiza a racionalidade epistêmica do conhecimento do homem em três modelos científicos: a biologia, a economia e a filologia, que tomam por objeto, respectivamente, a vida, o trabalho e a linguagem. Aqui sinaliza que se instituiu o que ele chama o "perpétuo debate" (p. 477), em que as ciências do homem buscam justificar seu método a fim de alcançar o *status* de ciência, por um lado, e seu objeto próprio, por outro, num domínio que fôra da filosofia.

Na análise arqueológica de Foucault há três dimensões no campo epistemológico moderno: das ciências matemáticas e físicas, das ciências da vida, do trabalho e da linguagem e da reflexão filosófica, que podem se desenvolver em relação de formalização do pensamento com a dimensão científica da vida, do trabalho e da linguagem, que por sua vez se intercomunicam por meio de relações causais e constantes de estrutura com a primeira dimensão (2002a, p.479-480).

Considera que as ciências humanas são excluídas dessas dimensões do domínio da «épistémè», ao mesmo tempo em que são incluídas, pois se constituem nos interstícios desses saberes. Articulam relações entre o pensamento e a formalização, adentrando os modos de ser da vida, do trabalho e da linguagem.

Facilmente se acredita que o homem liberou-se de si mesmo, desde que descobriu que não estava nem no centro da criação, nem no núcleo do espaço, nem mesmo talvez no cume e no fim derradeiro da vida; mas se o homem não é mais soberano do reino do mundo, se já não reina no âmago do ser, as «ciências humanas» são perigosos intermediários no espaço do saber. Na verdade, porém, essa postura mesma as condena a uma instabilidade essencial (FOUCAULT, 2002a, p.481).

Falar das novas formas de poder-saber nos remete rapidamente a *Vigiar e punir* (1991) e *História da Sexualidade, a vontade de saber* (1980), publicados em 1975 e 1976, respectivamente. Foucault utiliza-se do modelo do panóptico de Bentham para mostrar uma mudança epistêmica no modo de exercer o poder. O panóptico é um modelo arquitetônico em que uma torre no centro de uma construção ovalada, possibilita que dela sejam vistas todas as celas⁵¹, no caso de um

⁵¹ As celas ou baias, na organização atual de escritórios e de *call centers*, por exemplo, são monitoradas por câmeras. As câmeras estão também espalhadas nas ruas e comércio, nos condomínios, como também em muitos

presídio. A torre possui duas janelas, que permitem uma visão panorâmica ao mesmo tempo em que fica protegida, não sendo possível ver das celas se há alguém na torre. É um poder que se exerce sem que se tenha de vigiar o tempo todo, é individualizante e internaliza uma disciplina. É um modelo concreto, que descreve como o poder disciplinar se espalhou nas instituições, com ou sem o olhar contínuo, formando subjetividades, o indivíduo assumindo para si a verdade disciplinada.

Essa mudança na ordem do saber está diretamente relacionada à organização do Estado moderno. Segundo Foucault houve uma mudança na própria condição humana, a passagem do poder do soberano sobre a vida e a morte, sob uma égide divina, ao poder de estado de manter a vida. O poder disciplinar vai se desenvolver nas instituições, tanto no público como no privado, formando um indivíduo treinado para cumprir um papel.

As mudanças se dão no sentido de formação de um sujeito, não mais dominado pela verdade divina, mas construtor de sua própria verdade, um poder que se constrói nas relações entre pessoas. Não podemos aqui considerar o poder de coerção, em que um tem o total domínio sobre o outro, onde não há mais relação, como na tortura ou em algumas situações de reclusão. A relação de poder, ao mesmo tempo em que possibilita a cada lado colocar sua verdade, traz, e isso me parece trágico, uma verdade constituída nos interstícios das relações hierárquicas, que se processam em uma organização entre estado, ordem jurídica, normalização institucional no nascer do século XIX, conforme situa Foucault.

As instituições deixam de ser um lugar de depósito, como o leprosário ou o asilo da era clássica para serem o espaço de constituição de verdades, de individualização e normalização dos comportamentos. As positivities modernas, como a biologia e a clínica médica, a constituição da psiquiatria como especialidade médica, a educação formal em uma escola para todos, o reformatório, a prisão como modelo educacional, se aparentam ser formas mais brandas de intervenção, deixam marcas indeléveis nos corpos (docilidade dos corpos)⁵² e na sociedade. A disciplina é individualizante e ao mesmo tempo normalizadora, uma verdade que se revela pela classificação das populações, pela demografia e desenvolvimento da epidemiologia, que

estabelecimentos do complexo médico industrial. Servem à disciplinarização como ao controle (DELEUZE, 1992), justificadas como aparelhos de segurança.

⁵² Foucault fala do corpo em sua totalidade, que tem matéria e alma.

possibilita quantificar e definir o que deve ser investigado e sobre quem exercer a vigilância com a justificativa de controlar as doenças (FOUCAULT, 1985). Nesse sentido, o autor desenvolve os conceitos de biopoder e biopolítica.

Retornando às ciências humanas, e em especial à psicologia e à sociologia, Foucault faz uma análise da gênese de cada ciência, ligada a uma região epistemológica privilegiada (LE BLANC, 2005, p.72-73). Esse conceito de região é que vai autorizar o reagrupamento de disciplinas em três grandes regiões das ciências humanas – psicologia, sociologia e linguística - ligadas aos domínios da biologia, economia e filologia, respectivamente. Desse modo, cada uma das ciências humanas desenvolve uma análise da ciência a que está relacionada. Para Foucault, as ciências humanas não são uma análise do que o homem é por natureza; são antes uma análise que se estende entre o que o homem é em sua positividade (ser que vive, trabalha, fala) e o que permite a esse mesmo ser saber (ou buscar saber) o que é a vida, em que consistem a essência do trabalho e suas leis, e de que modo ele pode falar. As ciências humanas ocupam, pois, essa distância que separa (não sem uni-las) a biologia, a economia, a filologia daquilo que lhes dá possibilidade no ser mesmo do homem. (FOUCAULT, 2002a, p.488-489).

A análise de Foucault sobre as ciências humanas é, principalmente, sobre sua forma e não sobre o seu objeto. Interessa-se em especial pelo que chama de modelos constituintes ou categorias, o desenvolvimento de um saber sobre o homem no interior do domínio de cada ciência. No caso da biologia, a psicologia vai definir as funções do homem (reflexos, estímulos, capacidade de adaptação) e criar normas médias de ajustamento. A sociologia instaura regras para aplacar os conflitos gerados da projeção da economia e, por fim, na projeção da linguagem, surge a análise dos sentidos da fala do homem. Para Foucault, "estes três pares, *função e norma, conflito e regra, significação e sistema*, cobrem, por completo, o domínio do conhecimento do homem" (2002a, p.494)⁵³.

⁵³ Grifos no original.

3.2 AS PRÁTICAS DISCURSIVAS E SEUS DISPOSITIVOS

São as práticas discursivas delimitadas em um momento histórico e inter-relacionadas que vão definir uma «épistémè». Essa relação entre os saberes e os poderes define as práticas, por exemplo, o nascimento do asilo para os loucos e sua medicalização.

As práticas discursivas caracterizam-se pelo recorte de um campo de projetos, pela definição de uma perspectiva legítima para o sujeito do conhecimento, pela fixação de normas para a elaboração de conceitos e teorias. Cada uma delas supõe, então, um jogo de prescrições que determinam exclusões e escolhas (FOUCAULT, 1997a, p.11).⁵⁴

Os fenômenos de ligação entre os discursos em um momento histórico formam uma «épistémè», um discurso que interliga saberes e poderes, ciência e política em um tempo histórico. Conforme uma entrevista de 1972, o conceito de «épistémè» para Foucault estaria mais próximo do pensamento de Nietzsche e sua crítica contra a identificação entre sujeito e consciência, feita pelos filósofos desde Descartes (FOUCAULT, 2001a, t.109, p.1239). A isso está relacionado o que ele delimita como práticas discursivas, as quais não se alinham à linguística nem à lógica.

Na passagem do século XVIII ao XIX, uma nova «épistémè» foi definida por meio de uma identidade entre norma e patologia e variações quantitativas do princípio da irritação de Broussais, junto à anatomo-patologia, de Bichat, a teoria positiva de Comte (normal e patológico) e a prática de Pinel (razão e loucura, no alienismo). A nova epistemologia médica da loucura vai se materializar na política do asilo – afastar do social para que a natureza faça a cura. Essa «épistémè» se expressa na determinação da doença como um valor empírico e na capacidade normativa de instituir o normal e o patológico. Nesse período e contexto, a figura subjetiva do anormal "emerge no ponto de intersecção entre o saber médico e a prática asilar de detenção" (NIGRO, 2004, p.143)⁵⁵.

A partir do século XIX, o campo epistemológico se fragmenta ou, antes, explode em direções diferentes. Dificilmente escapa-se ao prestígio das classificações e das hierarquias lineares à maneira de Comte; assim, buscar alinhar todos os saberes

⁵⁴ FOUCAULT, 2001a, t.101, p.1108.

⁵⁵ Tradução da autora.

modernos a partir das matemáticas é submeter ao ponto de vista único da objetividade do conhecimento a questão da positividade dos saberes, de seu modo de ser, de seu enraizamento nessas condições de possibilidades que lhes dá, na história, a um tempo, seu objeto e sua forma. (FOUCAULT, 2002a, p.478).

O modo de Foucault abordar a construção dos saberes e, mais propriamente, a existência social da verdade é singular. "O problema de Foucault é diferente: não é nem epistemológico nem transcendental nem metafísico. É aquele da descrição da técnica histórica a partir da qual se produz o enunciado verdadeiro em uma sociedade (GROS, 2008, p.296)".⁵⁶

Ao distinguir o sujeito do campo de força imanente à dimensão espaço-temporal da história (NIGRO, 2004, p.139), Foucault desenvolve um processo de desconstrução do sujeito filosófico, sinteticamente colocado por Gros, com as seguintes características: o sujeito é essencial, *a priori* e transcendental. Explica, Gros, que Foucault não faz uma afronta ao sujeito filosófico, mas escolhe outro caminho de compreensão da imagem do sujeito, pelas noções de «técnica de si», «práticas de subjetivação» e «cuidado de si», no que se chama o último Foucault.

No percurso das pesquisas de Foucault, como nos diz Roberto Nigro, o seu trabalho nos anos 1960, em especial em *A arqueologia do saber*, foi o de destruir uma ideia de subjetividade dotada de sentido. Seu pensamento possibilitou substituir a história totalitária e desenvolver critérios de análise da «épistémè», em que "o sujeito não é externo ao seu campo de aplicação, não apenas porque o produz, mas porque ao produzi-lo se produz a si mesmo" (NIGRO, 2004, p.142)⁵⁷.

Nessa construção de uma psiquiatria científica, loucura e razão se fundamentam, uma é a medida da outra, a loucura só tem sentido e valor no campo próprio da razão, pois é dessa maneira que a loucura se torna uma das formas próprias da razão (FOUCAULT, 1972, p.44). Da mesma maneira, é possível dizer que normal e patológico fundamentam um ao outro, pois a medida de um está na existência do outro.

⁵⁶ Tradução da autora.

⁵⁷ Tradução da autora. Sobre o assunto, o autor cita Macherey, *Pour une histoire naturelle des normes*, in *Michel Foucault. Rencontre internationale*. Paris: Seuil, 1988.

Poderíamos, ainda, lembrar que Foucault exemplifica, em *O nascimento da clínica* (2006a), a mudança na forma sistemática do saber médico, que se inicia ao final do século XVIII, passando de um foco sobre "O que é que você tem?" para "Onde lhe dói", redistribuindo a relação de significante e significado (2006a, p.XVI). Entre a biopolítica e a disciplinarização, pode-se dizer que o olhar médico passou do indivíduo para a doença, conforme as palavras de Foucault. "Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente" (2006a, p.7), pois ainda que ele seja exterior à doença, sem o corpo a doença não teria como seguir seu curso natural. A partir da investigação das causas orgânicas das doenças, as patologias passam a ser classificadas e a medicina constrói um discurso científico, que se baseia, assim, na etiologia e respectiva nosologia. Há de haver uma referência para a patologia e esta é, sem dúvida, aquele que não é anormal, aquele que não tem patologia, o normal é o que não é patológico.

Em *O poder psiquiátrico* (2006b), Foucault afirma que no período de 1800-1830, a psiquiatria se inscreveu em uma medicina que vinha se constituindo em um modelo epistemológico de verdade médica, baseada na objetividade e na observação. "Tem-se o hábito de pensar que a psiquiatria aparece nesse momento, pela primeira vez, como uma especialidade dentro do domínio médico" (FOUCAULT, 2006b, p.15). Porém, a psiquiatria não partilha do mesmo discurso de verdade e, em uma tentativa de cumprir um modelo médico, vai posteriormente, desenvolver um discurso classificatório (nosológico), que passa a construir quadros de doenças mentais, pelos estereótipos de comportamentos anormais. Investem os psiquiatras na busca de causas orgânicas para o que nomearam doenças mentais e desenvolvem, segundo Foucault, um saber anátomo-patológico para construir uma etiologia da loucura e uma ciência da norma.

3.2.1 A função psi

A psicanálise e a psiquiatria, consideradas por Foucault agentes de organização de um dispositivo disciplinar, são proposições bastante diversas na práxis. Mesmo que qualquer intervenção clínica exerça um poder-saber sobre o indivíduo, pois ao que me parece, faz parte da essência da intervenção alterar um processo, os dois métodos em quase nada se assemelham. Partimos, no entanto, da afirmativa de Foucault de que toda clínica psicológica é uma função-psi (2006b). Se há uma intervenção clínica, há uma intenção de modificar o curso do rio, no caso, o indivíduo que se submete ao *locus* da clínica e seu potencial de alteração do *modus vivendi*.

A função-psi, para Foucault, é o processo de definição de um sujeito psicológico, por meio de dispositivos disciplinares para uma ordem social funcional que sirva ao *establishment* e a suas instituições, como hospitais gerais e psiquiátricos, prisões, escolas, fábricas, dentre outras, em uma economia liberal e industrial, neoliberal e pós-moderna. Para que se efetive a obediência e mais, a assimilação para si da ordem, uma função-psi se desenvolve, por um método disciplinar de delimitação do espaço e do tempo das pessoas.

É aí, nessa organização dos substitutos disciplinares da família, com referência familiar, que vocês veem surgir o que chamarei de função-psi, isto é, a função psiquiátrica, psicopatológica, psicocriminológica, psicanalítica etc. E quando digo «função», entendo não apenas o discurso, mas a instituição, o próprio indivíduo psicológico. E creio que é essa a função desses psicólogos, psicoterapeutas, criminologistas, psicanalistas etc.; qual é ela, senão ser os agentes da organização de um dispositivo disciplinar que vai ligar, se precipitar onde se produz um hiato na soberania familiar? (FOUCAULT, 2006b, p. 105-6).⁵⁸

O poder-saber é da essência da intervenção clínica, na medida em que a relação que se estabelece na clínica psiquiátrica, psicanalítica e psicológica é vinculada a um saber e aquele que busca a clínica, a priori aceita submeter-se ao saber do outro sobre sua própria pessoa, seu corpo, sua alma, enfim, seu ser psicológico. O outro, o terapeuta, é detentor de um saber normatizado, inserido em uma complexa função-psi.

3.2.2 Despsiquiatrização e confissão

Voltando mais uma vez ao início da psiquiatria, para lembrar que ela se instalou em um espaço institucional asilar de exclusão, como se pode compreender em *História da loucura na Idade Clássica* (1999a), de Foucault, e em *Manicômios, Conventos e Prisões*, de Goffman (2003). No processo de institucionalização, o asilo acabou por instalar um regime disciplinar, que definiu o normal e o patológico do comportamento e medicalizou a loucura. Em *O poder psiquiátrico* (2006b), Foucault, conforme análise de Caponi,

⁵⁸ FOUCAULT, 2003, p.86.

mostra que é necessário deter-se nas diferenças entre a figura do médico e a figura do psiquiatra, entre a instituição hospitalar e o asilo, entre as práticas próprias da psiquiatria e aquelas realizadas por um anátomo-patólogo ou um clínico, no mesmo momento histórico. Detém-se nas diferentes estratégias terapêuticas e nos diferentes modos de estabelecer um diagnóstico. (CAPONI, 2009a).

O asilo foi uma estratégia da “psiquiatria que pretendia uma função permanente e universal” – escreve Foucault em um pequeno texto sobre *A ordem psiquiátrica*, de Castel –, assim, "a partir do século XIX, todos nos tornamos psiquiatrizáveis; a mais técnica, a mais racionalizante das sociedades colocou-se sob o signo, valorizado e temido, de uma loucura possível" (FOUCAULT, 2006b, p.326).

No resumo do curso *O poder psiquiátrico* (2006b, p.439-453), Foucault fala em despsiquiatrização, de uma maneira bastante peculiar, porém, salvo engano, não aborda essa terminologia no curso, propriamente dito.⁵⁹ Segundo ele, após as experiências de Charcot⁶⁰ com as histéricas, na Salpêtrière, em Paris, de investimento na produção da verdade da doença mental, induzindo a crise histérica por meio da hipnose e com platéia de médicos, houve duas formas distintas de despsiquiatrização: a primeira, iniciada por Babinski, seria a eliminação do processo da prova, em que a doença se manifesta em sua verdade, para uma redução da expressividade da doença, por meio de sinais e sintomas para o diagnóstico e técnicas para suprimir ou reduzir ao mínimo essas manifestações psicopatológicas. Desse modo, seguiria os passos da medicina, no caminho do hospital silencioso, por uma produção zero de doença mental.

Trata-se de certo modo de pasteurizar o hospital psiquiátrico, de obter para o asilo o mesmo efeito de simplificação que Pasteur havia imposto aos hospitais: articular diretamente um no outro diagnóstico e terapêutica, conhecimento da

⁵⁹ Anteriormente, em uma palestra no Quebec⁵⁹, de 1973, publicada no *Cahier L'Herne Foucault* (2011, p.95-102), Foucault usa para as mesmas configurações a palavra antipsiquiatria. Bem, acho que despsiquiatrização é melhor, por não causar confusão com os antipsiquiatras ingleses; outrossim, o curso é posterior a esta palestra.

⁶⁰ As experiências de Charcot foram bastante exploradas, tanto nas artes plásticas como no cinema (Freud além da alma, de John Huston).

natureza da doença e supressão das suas manifestações. (FOUCAULT, 2006b, p.448).

Inversa à precedente, a psicanálise seria a segunda forma de despsiquiatrização, para Foucault, pela produção intensa da loucura em sua verdade, mas de modo a que o poder médico se dê fora do espaço asilar, em um livre contato entre médico e paciente e que o controle, o poder do médico se estabeleça no discurso, por meio do método da psicanálise. Foucault compreende que o paciente no *setting* psicanalítico deve dizer tudo que vem à cabeça e se isto não ocorrer não é ao médico que se engana, mas a si mesmo:

(...tu serás enganado, preso na armadilha, já que terás perturbado a produção da verdade e aumentado de algumas sessões a soma daquilo que me deves); daí a regra do divã, que só concede realidade aos efeitos produzidos nesse lugar privilegiado e durante essa hora singular em que se exerce o poder do médico... (FOUCAULT, 1997a, p.53).⁶¹

Estaria aqui Foucault pontuando a produção da verdade por meio da confissão, tanto na psiquiatria como na psicanálise. Digo isso, baseada também em textos posteriores, no que se costuma chamar de o último Foucault, em que, resumindo com Roberto Nigro, se evidenciaria a passagem da confissão cristã do monastério para a sociedade moderna.

A partir da era moderna, diversas instituições pretenderam a confissão: a medicina, psiquiatria, literatura, justiça social, as relações humanas. A questão que Foucault nos deixa é: por que a confissão tem desempenhado um papel tão essencial na nossa sociedade? A resposta é que esta constitui o lugar privilegiado para o aparecimento da verdade de si. (NIGRO, 2004, p.146).⁶²

Seguindo com Nigro⁶³, as propriedades da confissão seriam as seguintes: o sujeito declara alguma coisa a respeito de si mesmo, mas

⁶¹ Escolhi a tradução do *Resumo dos cursos* (1997) ao invés da anexada ao final da publicação da tradução do Curso *O poder psiquiátrico* (2006b). Não tenho o original para definir mais adequadamente.

⁶² Tradução da autora.

⁶³ Análise do curso inédito (não encontrei edição posterior ao ano de edição do texto de Galzigna): *Mal faire dire vrai. Fonction de l'aveu en justice* (1981). Fonds Foucault, IMEC, Paris. Curso ministrado na Université Catholique de Louvain. Há uma mesa redonda sobre esse curso. Disponível em:

não avança no conhecimento, é uma enunciação que não passa por tornar conhecido o desconhecido ou visível o invisível; o método impõe ao sujeito da confissão ser aquilo que declara ser; ela se dá em um contexto de relação de poder e modifica a relação do sujeito com a verdade expressa.

Desse modo, o ato linguístico da confissão, para Foucault, coloca o sujeito em uma relação de dependência e modifica a sua relação consigo mesmo (FOUCAULT, 1980, p.61). Nigro assinala que Foucault problematiza diferentemente o tema da confissão em dois momentos de sua obra, primeiramente, como dispositivo de poder, em *História da Sexualidade, a vontade de saber* (1980), onde analisa o poder pastoral cristão⁶⁴ e como as instituições desenvolvem uma ortopedia discursiva (FOUCAULT, 1980, p.31). Em momento posterior, o tema da confissão retorna nas «tecnologias de si», como um jogo de verdade entre o sujeito e a forma de dizer o verdadeiro. Mas esse último Foucault não será abordado nesta tese, pois ele é a filosofia de Foucault, a sua proposta sobre o conhecimento de si mesmo, e aqui nós não passamos do espaço de poder-saber onde a epistemologia e as posições político-ideológicas da psiquiatria hegemônica reafirmam a disciplinarização e o controle social.

Para Foucault, no campo psi somente a antipsiquiatria se opõe a esse poder-saber, seja da psiquiatria ou da psicanálise, porque é uma luta contra a instituição, ela confronta a normatividade social e o estatuto de doença mental à loucura (FOUCAULT, 2001b, t.173, p.74-79).

3.3 A PSICANÁLISE

Foucault esteve algumas vezes no Brasil e há o registro de um debate com o psicanalista Hélio Pellegrino, onde se podem ver, claramente, as diferenças entre o seu pensamento e o da psicanálise. No livro *A verdade e as formas jurídicas*, publicação das conferências e debates na PUC-RJ, em 1974 e em *Dits et écrits I* (2001a, t.139, p.1406), após Foucault discorrer sobre a história de Édipo, nas tragédias de Sófocles, e sobre o *L'AntiCedipe*⁶⁵, de Deleuze e Guattari, está

<http://www.academieroyale.be/cgi?pag=1026&tab=146&rec=10279>. Acesso em: 2 fev. 2012.

⁶⁴ Outros textos de Foucault sobre o poder pastoral: 1995; 2001b, t.306, p.1041; 2006d; 2008b.

⁶⁵ Deleuze, G.; Guattari, F. *Capitalisme et Schizophrénie, L'AntiCedipe*. t.I. Paris: Éd. de Minuit. 1972.

registrado o breve diálogo entre os dois. Se para a psicanálise, o complexo de Édipo é um universal no desenvolvimento da criança, em *L'AntiEdipe*, o psicanalista e psiquiatra Guattari e o filósofo Deleuze vão definir um papel bem diverso, conforme as palavras de Foucault:

Deleuze e Guattari tentaram mostrar que o triângulo edipiano, pai-mãe-filho, não revela uma verdade atemporal, nem uma verdade profundamente histórica de nosso desejo. Eles tentaram mostrar que esse famoso triângulo edipiano constitui, para os analistas que o manipulam no interior da cura, uma certa maneira de conter o desejo, de garantir que o desejo não venha se investir, se difundir no mundo que nos circunda, no mundo histórico; que o desejo permaneça no interior da família e se desenrole como um pequeno drama quase burguês entre o pai, a mãe e o filho. (FOUCAULT, 1996, p.29).⁶⁶

O Édipo⁶⁷, na psicanálise, seria, na visão de Deleuze e Guattari, com a qual Foucault concorda, um instrumento de constrangimento (*la contrainte*)⁶⁸, utilizado pelo psicanalista para conter o desejo do analisando e definir um inconsciente, cuja estrutura familiar, determinada como natural do ser humano, é a vigente na sociedade em que a psicanálise foi criada e não um universal da espécie humana. Na sequência, faz uma análise das peças de Sófocles, em que mostra Édipo como um personagem e relaciona o pensamento de Sófocles, por meio da dramaturgia, com o pensamento de Platão, alguns anos mais tarde.

No debate entre Foucault e Pellegrino, em que o último defende, como psicanalista, Édipo como "uma estrutura fundamental da existência humana" (1996, p.131)⁶⁹, Foucault, dizendo-se com uma visão pluralista, coloca que o psicológico é intrínseco ao social, em um tempo e espaço próprios; ainda, afirma e reafirma que Édipo não existe e que a psicanálise exerce um poder de constrangimento sobre o analisando.

Anteriormente, dissera que: "o que há de essencial no livro de Deleuze é colocar em questão a relação de poder que se estabelece, na cura psicanalítica, entre o psicanalista e o paciente, relação de poder

⁶⁶ FOUCAULT, 2001a, t.139, p.1421.

⁶⁷ Ver também: FOUCAULT, 2001a, Leçon du mars 1971 (p.177-193) e *Le savoir d'Edipe* (p.223-253).

⁶⁸ Em francês, na versão brasileira.

⁶⁹ FOUCAULT, 2001a, p.1494.

bastante semelhante à relação de poder existente na psiquiatria clássica" (1996, p.127).⁷⁰ Em suma, as semelhanças seriam desde o estabelecimento de universais, mesmo que diversos em uma e outra área, ao método, segundo Foucault, confessional e de constrangimento, que ambas exerceriam sobre o sujeito na clínica.

O método de Foucault, no entanto, parte da prática cotidiana e de sua verdade.

O método dessa hermenêutica é o seguinte: em lugar de partir dos universais como tabela de inteligibilidade das «práticas concretas», que são pensadas e compreendidas, mesmo se praticadas em silêncio, parte-se dessas práticas e do discurso singular e estranho que elas supõem, «para passar de alguma forma os universais à tabela de suas condutas»; descobre-se, então, a verdade verdadeira do passado e «a inexistência de universais». (VEYNE, 2008, p.30).⁷¹

Além disso, Foucault viveu um momento especial. "Para qualquer um que tivesse vinte anos no dia seguinte à Segunda Guerra Mundial [...] A experiência da guerra nos demonstrou a necessidade e urgência de uma sociedade radicalmente diferente daquela em que vivemos." (2001a, t.281, p.868).⁷² E, entre muitas contestações, várias ocorreram em relação à psiquiatria e ao manicômio.

A contestação da psiquiatria é entendida de modo comum, mas existem diferenças sensíveis entre as ideias reformistas de certos psiquiatras, entre as mais revolucionárias e/ou marxistas, dentre outras, o movimento *psichiatria democratica*, na Itália, a clínica de La Borde (Jean Oury), na França, a luta do SPK, na Alemanha (coletivo socialista de pacientes da Universidade de Heidelberg) e a ideologia anti-asilar etc. Os autores incorporados a este movimento podem igualmente ter evoluído significativamente na forma de teorizar seu pensamento antipsiquiátrico. (ANDERSEN, 2008, p.158).⁷³

Esses movimentos criticaram também a psicanálise. Mas voltando à crítica de Foucault, desde o penúltimo capítulo de *História*

⁷⁰ FOUCAULT, 2001a, p.1491.

⁷¹ Tradução da autora.

⁷² Tradução da autora.

⁷³ Tradução da autora.

da loucura na idade clássica (1999a), passando por *As palavras e as coisas* (2002a) até a sua morte, em 1984, mesmo que sejam colocações contundentes, Foucault não estabeleceu uma posição teórica mais elaborada em relação à psicanálise, como coloca Lagrange, no artigo "Versões da psicanálise nos textos de Foucault"⁷⁴ (2008-2009). Dedicou-se muitos anos ao estudo do saber-poder da psiquiatria, porém não fez o mesmo sobre a psicanálise. Destacarei, em seguida, brevemente, algumas das ideias que manifestou sobre o tema em diferentes obras e ocasiões, entre os anos 1960 e 1980.

Lagrange lembra que na *História da Loucura*, Foucault ressalta que Freud teria o mérito de restaurar a relação concreta entre terapeuta e paciente, por meio da qual se permitiria reviver a experiência da loucura através da linguagem. Em momento anterior, na *Introdução a Binswanger*⁷⁵ (2001a), de 1954, Foucault mostra como a linguagem é um elemento dialético, que constitui um conjunto de significações da existência.

Em *História da loucura*, Foucault coloca a psicanálise na passagem do olhar sobre a loucura, pela observação e classificação, para a linguagem. Em suas breves referências ao método da psicanálise transmite a ideia de uma relação de poder-saber tão eficaz sobre os corpos como a da psiquiatria, referindo-se, por exemplo, à centralização na família e ao sentido da confissão da loucura. Em *As palavras e as coisas*, de 1966, analisa a psicanálise em sua potencialidade de religar ser e linguagem, o que fora mascarado pela psicologia desenvolvida no século XIX.

Ao falar da situação da psiquiatria, em uma mesa redonda em 1964, Foucault diz que "a psicanálise é, de fato, o grande levantamento dos interditos, definido pelo próprio Freud" (2006c, p.216).

Deve-se, portanto, tomar a obra de Freud por aquilo que ela é: ela não descobre que a loucura está presa em uma rede de significações comuns com a linguagem cotidiana, autorizando assim a falar dela com a banalidade cotidiana do vocabulário psicológico. Ela desloca a experiência européia da loucura para situá-la nessa região perigosa, sempre transgressiva (portanto, interdita, também, mas de um modo particular),

⁷⁴ Este texto foi inicialmente publicado, em duas partes, na revista *Psychanalyse à l'université*, em 1987 (v.12, n.45/46).

⁷⁵ Binswanger, psicanalista, criador da psicoterapia existencial, que interrelaciona Freud e Husserl, psicanálise e fenomenologia.

que é a das linguagens implicando-se nelas próprias, quer dizer, enunciando em seu enunciado a língua na qual elas o enunciam. Freud não descobriu a identidade perdida de um sentido; ele cingiu a figura irruptiva de um significante que não é *absolutamente* como os outros. O que deveria ter bastado para proteger sua obra de todas as interpretações psicologizantes de que nosso meio-século a recobriu, em nome (irrisório) das «ciências humanas» e de sua unidade assexuada. (FOUCAULT, 2006c, p.216).

Na sequência acima, parece-me que ele ironiza – e é intrínseco à ironia, como forma de comunicação, uma dupla linguagem, que confunde o outro –, quando diz que

Será preciso, um dia, fazer essa justiça a Freud: ele não fez falar uma loucura que, há séculos era, exatamente, uma linguagem (linguagem excluída, inabilidade tagarela, fala corrente indefinidamente fora do silêncio ponderado de razão); ao contrário, ele esvaziou dela o *Logos* desarrazoado; ele a dessecou; fez remontar as palavras até sua fonte – até essa região branca da auto-implicação onde nada é dito. (FOUCAULT, 2006c, p.217).⁷⁶

Dizer que nada é dito, parece-me fazer sentido, pois Foucault não aceita a existência do inconsciente freudiano. Como um materialista que é, o inconsciente é somente a reserva da memória, aquilo que no momento presente está fora da cognição. Como diz Paul Veyne, em *Foucault, sa pensée, sa personne* (2008), o inconsciente não existe, seja o de Freud ou qualquer outro, ele está somente em nossa cabeça, em lugar de se ler «inconsciente», leia-se «implícito» (VEYNE, 2008, p.32).

Aceitando ou não a existência do inconsciente, a psicanálise institui uma nova linguagem transgressiva, "Freud institui nas ciências humanas uma nova bipolaridade da consciência e do inconsciente, que sucede às bipolaridades da norma e da regra, realizando a bipolaridade significação/sistema." (LE BLANC, 2005, p.80)⁷⁷.

Em outra abordagem sobre a psicanálise, ao final do capítulo sobre o nascimento do asilo, em *História da Loucura*, Foucault diz que [Freud] criou a situação psicanalítica, onde, por um curto-circuito genial, a alienação torna-se

⁷⁶ FOUCAULT, 2001a, t.25, p.446

⁷⁷ Tradução da autora.

desalienante porque, no médico, ela se torna sujeito.

...O médico, enquanto figura desalienante, continua a ser a chave da psicanálise. Talvez seja porque ela não suprimiu essa estrutura última, e por ter conduzido a ela todas as outras, que a psicanálise não pode e não poderá ouvir as vozes do desatino, nem decifrar em si mesmos os signos do insensato. A psicanálise pode desfazer algumas das formas da loucura; mesmo assim, ela permanece estranha ao trabalho soberano do desatino. Ela não pode nem libertar nem transcrever e, com razão ainda maior, nem explicar o que há de essencial nesse trabalho. (FOUCAULT, 1999a, p.503).⁷⁸

A meu ver, o olhar de Foucault para a psicanálise, nessas citações, é elaborado a partir de seu objeto de análise, a construção da loucura como expressão humana e de sua crítica às formas de contenção da psiquiatria. Estaria a psicanálise estabelecendo um método paralelo à psiquiatria para "desfazer algumas das formas de loucura"? Parece-me que não, que a psicanálise não é um substituto à psiquiatria, o sentido da análise segue outras vias. Vejo-a mais como uma intervenção no sofrimento do sujeito e não um «desconstrutor» de loucura para impor regras de conduta permitidas na sociedade. Se a psiquiatria busca conter a loucura, a psicanálise busca conscientizar as neuroses, ligadas à linguagem e sua interpretação e não à desrazão, como no caso da construção da loucura. De qualquer maneira, é claro, não se pode esquecer que a psicanálise nasceu no espaço de expressão da loucura, mas ela seguiu um caminho diverso do universo da loucura.

Foucault fala que a loucura é uma linguagem excluída e que o que é considerado loucura em uma sociedade, em uma época, pode não ser em outra, pois os interditos da linguagem passam por alterações. Se a loucura passa a ser tratada como doença mental, especialmente a partir do século XIX, pode deixar de ser doença em algum momento próximo. A exclusão da loucura está inscrita na linguagem interdita em seu meio, seja ao código da língua (linguagem dos insensatos, imbecis e dementes), à blasfêmia, à censura ou ao esoterismo. Ela se insere em cada época e sociedade de maneiras diferentes e, sendo assim, a qualquer momento pode ser desfeito o pertencimento de loucura e doença mental à mesma unidade antropológica. Se a loucura como

⁷⁸ FOUCAULT, 1972, p.530.

doença mental é uma construção social, pode deixar de sê-lo em algum momento próximo, esta unidade pode desaparecer com o homem, postulado passageiro, como vimos em *As palavras e as coisas*.

Lagrange afirma que a psicanálise seria uma racionalidade habilitada para ouvir a alteridade, baseado em que Foucault considera Freud aquele que mais "aproximou o conhecimento do homem de seu modelo filológico e linguístico" (FOUCAULT, 2002a, p.499), ao tentar romper com a divisão positivo/negativo, normal/patológico, compreensível/incomunicável, significante/não-significante.

Foucault, entre tantas alusões críticas à psicanálise, deixou seu registro nos livros: *História da Loucura na idade clássica*⁷⁹ (1999a), de 1961, *O nascimento da clínica*, (2006a), de 1963, *As palavras e as coisas* (2002a), de 1966, *História da sexualidade, a vontade de saber* (1980), de 1976. E nos cursos: *Os anormais* (2002b), curso de 1974-1975, e *A hermenêutica do sujeito* (2010), curso de 1981-1982, mas especialmente nos cursos *O poder psiquiátrico* (2006b), curso de 1973-1974, e *Em defesa da sociedade* (1999b), curso de 1975-1976. Além disso, há inúmeras outras citações em textos avulsos, entrevistas e palestras, publicados em *Dits et écrits* (2001a; 2001b).

Muitas das análises sobre a psicanálise se valem de utensílios que não alcançam o binômio consciente-inconsciente, o sujeito em sua vivência inconsciente. A meu ver, Foucault faz parte desses analistas. Ele criou, com maestria, uma racionalidade que serve para analisar as ciências modernas, em especial as que advêm da biologia, como a psiquiatria e as relações de poder e suas instituições. Mas como ele mesmo reconhece que a psicanálise não é ciência e sim uma contraciência (Foucault, 2002a), a sua caixa de ferramentas talvez não seja a mais apropriada para a análise de um método analítico terapêutico construído no binômio consciente-inconsciente.

Portanto, para melhor compreender como se insere ou não o binômio consciente-inconsciente na «épistémè» normal-patológico, abordarei outros autores. Porém, antes abordo aspectos da medicalização e da psiquiatria biológica, em um contexto atual. Para dar a dimensão da medicalização em processo no Brasil, analiso um vídeo do projeto em execução da psiquiatria do desenvolvimento e um artigo do Revista de Psiquiatria Clínica ligado ao mesmo projeto.

⁷⁹ Em *História da loucura* (1999a), a palavra psicanálise aparece nas seguintes páginas: 90, 337, 374, 482, 484, 491 e 499.

4 A OBSERVAÇÃO EXTERNA E A ANÁLISE PELA PALAVRA

4.1 ASPECTOS DA MEDICALIZAÇÃO DAS CONDUTAS

Castel anteviu, em 1981, o que chamou de entrada na "era da pós-psiquiatria e pós-psicanálise" e mostrou como a psiquiatria, principalmente nos EUA investia esforços por um "retorno forte do objetivismo". Retoma, em sua argumentação, a criação da medicina mental, no início do século XIX, que diferentemente da medicina científica em desenvolvimento no mesmo período, cria o alienismo com bases na medicina do século XVIII, em busca de uma "etiologia moral das doenças mentais" (CASTEL, 1987, p.67).

Se desde sua origem a psiquiatria atacou a desordem da loucura mais do que a infra-estrutura orgânica que pode eventualmente constituir sua etiologia, é porque ela foi tanto mais concebida como uma tentativa de redução de uma patologia relacional, e não de uma patologia dos órgãos (p.80). Mas naquele início da década de 1980, Castel mostra como a pesquisa biológica e a terapia comportamental⁸⁰ se expandiam.

A terapia comportamental seduz, por sua simplicidade, sua eficácia... Uma fobia é reduzida em algumas sessões... um terapeuta pode definir com os pais um programa de retificação do comportamento para uma criança difícil, e estes o aplicarão na vida diária, tanto quando a criança brinca como quando come, ritmando toda sua existência pelas punições e as recompensas pudicamente chamadas métodos opostos e condicionamento operante. (CASTEL, 1987, p.96).

A principal resistência às "abordagens objetivistas" é a psicanálise, onde "a escuta é a atitude terapêutica por excelência"

⁸⁰ O método comportamental é difundido, por exemplo, no *reality show* Supernnany, sucesso em muitos países, inclusive no Brasil, onde se pode ver as crianças sendo domadas pela força da retificação do comportamento indesejado. Esse tipo de atitude com crianças é considerado normal e passa despercebido, mesmo no caso de humilhação pública, como no programa televisivo, humilhação que fere o Estatuto da Criança e do Adolescente.

(CASTEL, 1987, p.98), apreendida principalmente na análise pessoal, exigência primeira na formação de um psicanalista. A contra-ofensiva do positivismo médico é protagonizada pelo behaviorismo, de Skinner, nos Estados Unidos da América, e pelas pesquisas biológicas para o desenvolvimento dos psicotrópicos.

A terapia comportamental, em um primeiro momento, não se preocupa com a etiologia, somente com o sintoma e a ortopedia pedagógica, a retificação do comportamento dos «normais». Mas em seguida vai se aliar à clínica da psiquiatria biológica, com o nome de terapia comportamental-cognitiva. "A medicina e a psicologia não são somente racionalidades científicas ou práticas profissionais, mas constituem *também práticas sociais* que participam do governo das condutas." (GORI, 2011, p.312).⁸¹

4.2 A PSIQUIATRIA BIOLÓGICA

François Gonon, neurobiólogo francês⁸², apresenta uma consistente pesquisa sobre o que chama de bolha especulativa da psiquiatria biológica. Partindo de um questionamento sobre as tentativas de descoberta de causas neurológicas para todos os transtornos psiquiátricos, de modo a poderem ser tratados como doenças orgânicas, o pesquisador apresenta uma vasta argumentação sobre dados de revistas científicas a respeito dessa tentativa reducionista da complexidade psicológica do ser humano.

Inicialmente, coloca que mesmo que os transtornos mentais estejam relacionados a fatores sociológicos, psicológicos e neurológicos, a adesão do grande público tem aumentado em favor de uma concepção exclusivamente neurobiológica. Cita artigos publicados em grandes jornais nos EUA, em que é dito que "a psiquiatria americana tende a impor ao resto do mundo sua concepção estritamente neurobiológica das doenças mentais" (GONON, 2011, p.55)⁸³.

Seu trabalho consiste em demonstrar as fragilidades científicas da afirmativa reducionista da causalidade biológica dos transtornos mentais definidos pelo mesmo crivo. A primeira delas foi a tentativa de criar pacientes homogêneos, com a proposta que se autodenomina ateuca do *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*, DSM-3, da

⁸¹ Tradução da autora. Grifo no original.

⁸² François Gonon, neurobiólogo, pesquisador do Instituto de Doenças Neurodegenerativas, da Universidade de Bordeaux 2.

⁸³ Tradução da autora.

American Psychiatric Association (APA), em 1980. "O objetivo era fazer a psiquiatria entrar no campo da medicina científica, pela elaboração de uma neuropatologia, ligando de maneira causal disfunções neurobiológicas aos transtornos mentais" (GONON, 2011, p.55)⁸⁴. Segundo o autor, em 1999, quando do início da elaboração do DSM-5, os participantes estavam convencidos de que em breve se poderiam indicar os marcadores biológicos das doenças mentais. Porém, na fase final de redação do DSM-5, a própria APA reconhece a fragilidade de alguns desses indicadores biológicos.⁸⁵

Outro ponto a ser destacado em sua pesquisa é a constatação atual de que as pesquisas em neurociências não têm como objetivo os marcadores biológicos, mas as novas classes de medicamentos psicotrópicos (p.56). Essa é uma tecla em que Sandra Caponi vem tocando de maneira inequívoca sobre a incoerência e fragilidade da cientificidade da psiquiatria, que inverte a lógica de indicadores causais de doenças e passa a definir a etiologia a partir de pesquisas de efeitos dos medicamentos psicotrópicos, como cito:

Trata-se de um tipo de explicação circular a que Pignarre denomina *petite-biologie* (Pignarre, 2001)⁸⁶. A efetividade do tratamento para esquizofrenia com clorpromazina permite deduzir que a causa da esquizofrenia é um déficit em um neurotransmissor, a dopamina, pois esse medicamento atua sobre esse neurotransmissor. Do mesmo modo, os ISRS (inibidores seletivos de recaptção de serotonina) permitem concluir que a causa da depressão é o déficit de serotonina, pois essa medicação atua sobre esse neurotransmissor. Pignarre sugere que não é possível falar aqui de verdadeira investigação biológica, mas que se trata de uma biologia menor que se beneficia da inexistência dos marcadores biológicos presentes no descobrimento de outros medicamentos, como é o caso dos antibióticos. (CAPONI, no prelo, p.199).

Outra suposição que caiu por terra foi a de origem genética, pois a análise da sequência do genoma de setecentos e cinquenta

⁸⁴ Tradução da autora.

⁸⁵ O autor cita G.Miller e C. Holden, Proposed Revisions to Psychiatry's Canon Unveiled, *Science*, 2010, v.327, p.770-771.

⁸⁶ PIGNARRE, P. *Comment la dépression est devenue une épidémie*. Paris: Hachette, 2001.

esquizofrênicos não evidenciou uma anomalia genética, conforme referência Gonon.⁸⁷ Conclui que mesmo os mais fervorosos defensores da genética estão revendo seus conceitos e aceitando que o meio ambiente exerce um papel central no desenvolvimento dos transtornos mentais. No entanto, em seguida, o autor afirma que as doenças mentais mais incapacitantes (segundo ele, o autismo, a esquizofrenia e o retardo mental) representam menos de 1% da população e apresentam uma hereditariedade forte, além de pouco variar de uma cultura para outra. Mesmo que apresente uma incoerência e também se possa questionar autismo, esquizofrenia e retardo mental classificados em um mesmo nicho de doenças mentais, o que apresenta a seguir tem relevância e ligação com a política dos DSM e das pesquisas de etiologia psiquiátricas definidas ao inverso, a partir de descobertas de componentes químicos que controlam os sintomas definidos como transtorno mental pela padronização dos critérios diagnósticos. Afirma que "o inverso, a prevalência dos transtornos mais frequentes varia segundo as culturas" (GONON, p.58)⁸⁸, como por exemplo, os transtornos de humor, depressão e ansiedade. Novamente, vai dizer que o meio tem grande influência sobre os transtornos, que formam a gama de uma parcela maior da população e que variam e muito de um país para outro. Seriam, assim, pontualmente ligados aos modos de vida de cada país e seria "difícil estabelecer grupos homogêneos de pacientes, o que complica a pesquisa de disfunções neurobiológicas associadas a um transtorno específico" (p.58)⁸⁹.

Se a comunidade científica, em parte, passa a aceitar a influência do meio no desenvolvimento de doenças mentais, não passa nem perto a possibilidade de se questionar os métodos de classificar o que passou a ser chamado de transtorno mental no DSM-IV e menos, ainda, questiona-se a etiologia das doenças mentais.

Além do mais, é evidente que um estado cronicamente hiperativo, depressivo ou ansioso, afeta numerosas redes neuronais, para não dizer todo o cérebro. No estado atual de conhecimentos parece, então, ilusório esperar descobrir um alvo molecular especificamente responsável pelos transtornos mais frequentes. (GONON, 2011, p.58).⁹⁰

⁸⁷ ABBOTT, A. The Brains of the Family. Nature. v.454, p.154-157. 2008.

⁸⁸ Tradução da autora.

⁸⁹ Tradução da autora.

⁹⁰ Tradução da autora.

O marco biológico é paradigmático, desse modo, qualquer questionamento só pode ser feito a partir da doença instalada. O paradigma de que existem doenças mentais e que estas são causadas por fatores biológicos, que podem ser genéticos ou oriundos do meio ambiente, impede o desenvolvimento de um pensamento diferente dos conceitos de normal e patológico.

Ao mesmo tempo, o raciocínio de que os sintomas dos transtornos afetam as redes neuronais é contrário às interpretações conclusivas de algumas pesquisas com psicotrópicos, que afirmam que as causas dos transtornos mentais são as alterações orgânicas, bioquímicas e neuronais. Porém, esse modo de ver a pessoa, por meio de seus sintomas e, mais, a partir de denominações sobre padrões de comportamentos ou definições apriorísticas sobre a classificação de desvios de conduta é próprio da verdade científica da psiquiatria e da medicina, em geral. E é bastante problemática, pois, se por um lado, parte da comunidade científica está aceitando a influência do meio sobre o desenvolvimento da doença, a pessoa continua sendo somente o local onde a patologia pode se desenvolver, um «hospedeiro», e o meio ambiente permanece o marco da verdade sobre as condutas, o marco da normalidade, independente do quão esse ambiente e as relações humanas possam fazer parte da constituição de um indivíduo. A questão do social serve como mais um dado epidemiológico na nosologia baseada em normal e patológico.

A afirmativa de que os medicamentos pouco servem para "os transtornos mais frequentes" se ampara no conceito não menos frágil de risco, ao dizer: "mas eles [os medicamentos] não protegem contra os riscos crescentes de delinquência, de toxicomania e de fracasso escolar" (GONON, 2011, p.59)⁹¹. A teoria do risco populariza a medicalização e, portanto, o pensamento baseado no binômio normal e patológico. O risco iminente de adoecer está ligado à existência de um padrão de normalidade baseado em adequação de conduta a uma medida mediana da população, um homem normal, típico, que não existe, é um dado estatístico (LE BLANC, 2007).

O delinquente, para os psiquiatras que escreveram na Rev. psiquiatr. clín. nos anos 1970 (cap.2), era o jovem que se opunha ao regime militar ditatorial, definido com comportamento desviante e patológico para a psiquiatria hegemônica no Brasil. A psiquiatria se desenvolve em alianças com o Estado e, assim, a verdade patológica é mais próxima do *status quo* do que propriamente um padrão fixo, pois

⁹¹ Tradução da autora.

as patologias acompanham e reforçam a moral. Da mesma maneira, o toxicômano é aquele que utiliza drogas proibidas e isso é novamente um conceito moral, que embasa o jurídico, pois o viciado em drogas permitidas não é, em geral, considerado delinquente, pelo contrário, a sua medicalização é definida pela dependência química. Não se pode esquecer que o uso de drogas que alteram a consciência é prática corrente em todas as civilizações humanas em todos os tempos e o que muda é a moralidade em cada sociedade.

Em relação ao fracasso escolar, também é definido *a priori* que a escola – com seus métodos e objetivos educacionais, o comportamento dos adultos, as leis e tudo o mais que engloba o interesse e o aprender da criança –, não é colocada em questão, é naturalizada como necessária e correta, onde o comportamento e as notas são um fim em si mesmo. O que não é englobado nesse objetivo de formar uma pessoa domesticada e produtiva é fracasso e no processo de medicalização da sociedade, passou a ser diagnosticado como hiperatividade e déficit de atenção. Seria a abnegação condição necessária para definir a criança normal e ajustada ao sistema, independente se este proporciona condições de desenvolvimento dos potenciais, da singularidade e dos interesses da criança em um contexto sociocultural. A prática educacional é de disciplinarização e controle da criança, para ser um depositário de informações do qual se espera uma conduta assertiva. A criança é formada para cumprir metas no mundo do trabalho, para fazer sucesso, competir, vencer, reproduzindo as regras e as normas sem pensar, a fim de se tornar um adulto inserido no sistema econômico, jurídico e científico. E caso o Estado a exclua antes de nascer, ela é culpabilizada e na melhor ou pior das hipóteses pode ser incluída na estatística de criança em situação de risco social. A estas é imposto, quando o Estado resolve intervir, um controle moral mais perverso, ainda, do que o imposto aos normais, por meio das casas de correção, que levam nomes mais amenos hoje em dia. Esse controle moral dos comportamentos, definido mais pelos valores econômicos e de disputas de poder e organização social serve à manutenção de uma ordem estabelecida por poucos para definir os parâmetros de normalidade para a maioria (DONZELOT, 1980; CASTEL, 1981).

4.3 A ANÁLISE PELA PALAVRA

Na curva descendente da «insurreição dos saberes sujeitos» - em *Em defesa da sociedade* (1999b), conforme abordado anteriormente

neste trabalho (cap.2) -, após os anos 1970, com o investimento e novas descobertas tecnológicas, como as ocorridas em genética e no imageamento do corpo, foi reforçada uma verdade hegemônica, onde aqueles saberes novamente foram abafados ou pior, foram feitas releituras reacionárias para encaixá-los à voz aceita pela maioria (seja em número e/ou em poder).

E a psicanálise, que naquele momento histórico foi alijada não só por Foucault, mas também pelos movimentos sociais, tanto pela sua rigidez institucional como pelo que no início do século causara impacto: a sexualidade. Mas para os movimentos dos anos 1960-70, que foram de liberação sexual, de experimentações de sensações e descobertas no corpo, a psicanálise que ousara inserir a energia sexual na formação do eu passa a ser «carente». Ela própria que dera sua parcela de contribuição para esse momento de liberação dos corpos, já não servia mais às reivindicações de «paz e amor». Era tempo de leitura de *O assassinato de Cristo*, *A psicologia de massa do fascismo* e *Escuta, Zé Ninguém*, de Wilhelm Reich, de *A morte da família*, de David Cooper, entre outros, que questionavam a moral cristã, os valores da família e da sociedade, como lutavam pelo direito ao aborto e às opções sexuais. O amor livre não foi retórica, da experiência mudaram-se os valores. Os movimentos contra as guerras e os poderes, a arte psicodélica, as vivências de alteração da consciência pelo uso de drogas e práticas de meditação marcaram um tempo de experimentações de modos de viver. Realmente, a psicanálise não cabia nisso tudo.

Mas hoje, no momento de recrudescimento das liberdades cantadas em prosa e verso há pouco mais de 30 anos, os saberes que lá se «dessujeitaram», foram absorvidos pelo sistema, não sem mudanças, é verdade. Por exemplo, a sexualidade mudou, caiu o tabu da virgindade e muitas das reivindicações dos oprimidos tornaram-se leis e políticas públicas. O aborto, no Brasil, continua criminalizado, mas as relações afetivas têm todas as cores e gêneros e deixaram de ser patológicas.

Mas a história não é linear e se a psicanálise não serviu aos movimentos libertários daqueles anos, por sua posição conservadora institucional ou por ser criticada como mantenedora da instituição da família, hoje ela poderia, estrategicamente, ocupar um lugar diferente, como uma maneira de entender que a verdade não é única e que a relação terapêutica é muito mais importante do que o diagnóstico. Além do rótulo, a medicação psicotrópica mascara a dor e embota a busca de liberdade e a alteridade, não contribui para conhecer a si mesmo.

É importante lembrar que a psicanálise é contemporânea da psiquiatria de Kraepelin e aquela foi uma abertura de pensamento na entrada do século XX e pode novamente ser um movimento na contramão da psiquiatria, esta que no *fin de XX^e siècle*, altamente tecnológico, apresentou-se como neo-kraepeliniana.

La psiquiatria actual se reconoce como heredera directa de esa tradición cuando acepta al *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* – DSM-IV-TR (Apa, 2000), que se define como neo-kraepeliniano, como referencia fundamental para las clasificaciones diagnósticas. Esa actualidad del discurso de Kraepelin nos conduce a interrogarnos por la estructura teórico-metodológica por él inaugurada a fin del siglo XIX. (CAPONI, 2010b, p.475).

A política tem como uma de suas características a flexibilidade. E o momento é grave e é necessária uma relativização da verdade científica no campo psi. Para isso, vejo como uma possibilidade o esforço para dirigir um novo olhar à psicanálise, não em um movimento retroativo ou saudosista, mas como uma abertura do pensamento no campo psi para além da prova científica, por meio da prova pela fala, como analisa o psicanalista Roland Gori (1998).

Dentro deste mercado de ações que é a epistemologia moderna, o caráter metafórico e poético de uma teoria, como se insere a psicanálise, recebeu um veredito pejorativo. Este exemplo em particular é, na minha opinião, o que levou analistas a repudiar o poder mutatório da construção, que Freud afirma como indispensável em seus textos mais tardios. (GORI, 1999, p.286).⁹²

O projeto neoliberal arquitetado entre os donos do poder (Consenso de Washington, 1990) – como é bem colocado no livro *O relatório Lugano* (2002) – o poder legal de estado e da indústria, instaura a sua verdade nos meios de comunicação de massa e de educação. Mas tudo não é negativo, uma janela se abriu com a revolução tecnológica da comunicação, promovida pela indústria, é claro, mas que escapa de suas garras, a criatura passa de dominada a formadora de opinião. Falo das possibilidades criadas pela internet, por meio das redes sociais e suas inesgotáveis tecnologias de interação entre

⁹² Tradução da autora.

indivíduos sem a intermediação da própria indústria da comunicação. Por esse meio popular, pois é pela comunicação e relacionamento entre pessoas, se deu a quebra da indústria de CDs de música e há um movimento contra o controle sobre a arte e a cultura na rede virtual. Além disso, dessa virtualidade nas relações estão se construindo também fatos históricos, como as revoluções, as manifestações contra governos ditatoriais e contra a própria ordem capitalista, como os movimentos sociais que marcaram o ano de 2011 e continuam por todo o mundo, como a «primavera árabe» e os «indignados». Não poderia ser relativizado a partir das possibilidades abertas pelas redes virtuais, o quadro hegemônico da psiquiatria biológica?

A defesa, aqui, não é da psicanálise como a solução ao sofrimento psíquico, muito menos pela remissão de sintomas, mas entender que, como diz Gori, é preciso manter o que há de mais humano, a possibilidade de sofrer e ter consciência de sua própria dor e condições para efetuar mudanças. Claro, poderia então se pensar na filosofia, com o último Foucault, mas aqui tratamos da intervenção clínica e, se por um lado, ela merece a crítica, seja psiquiatria ou psicanálise, por outro ela existe e precisa ser relativizada. Penso que a psicanálise é potencialmente capaz de produzir um espaço clínico de alteridade, pois a relação terapêutica não é uma imposição de verdade. Diverge muito do instrumental da psiquiatria, onde o médico é um observador externo. O psicanalista é integrante da terapêutica, a dinâmica da relação é muito diferente. Poderia ser dito que a interpretação psicanalítica tem o mesmo poder do diagnóstico de patologia, mas teríamos de admitir que o paciente da clínica psiquiátrica é o mesmo do *setting* psicanalítico, o que não é exato, pois a postura exigida em uma e outra técnica influi na postura da pessoa que é atendida. Enfim, a dinâmica de comunicação proposta pelo clínico interfere nas possibilidades do outro, no caso do paciente, aquele que procura ajuda para o seu sofrimento psíquico. A complexidade se amplia quando a psicanálise propõe o binômio consciente e inconsciente.

Substituindo a distinção entre normal e patológico pela distinção entre consciente e inconsciente, Freud produziu uma revolução na configuração epistêmica das ciências humanas, virando as costas à figura do homem ao invés de pensar nisso como uma nova figuração mental do homem. A radicalização da análise freudiana que se esforça em pensar as patologias da vida psíquica sem referência a uma normalidade mental admitida a

priori, e que o vocábulo personalidade seria supostamente para resumir, é completamente ignorada por Foucault. Esse é talvez o ponto mais surpreendente. É que toda a medicalização da pessoa humana, já presente na *História da loucura* e em *O nascimento da clínica*, amplificada na análise sobre o poder disciplinar e mais ainda sobre o biopoder, é estranhamente ausente de um dos maiores *opus* de Foucault, *As palavras e as coisas*. A psicanálise não é nem mesmo convocada sob esse aspecto. No entanto, a clínica da vida psíquica que Freud formula, rigorosamente, não somente situa a psicanálise em uma estreita relação de proximidade e antagonismo com a medicina, mas, ainda mais, questiona o olhar médico sobre o normal e patológico, e assim fazendo, explicita a história das ciências humanas como uma história que corre o risco de ser sempre anteriormente médica. Comte e Freud marcam assim as duas bordas de uma história médica das ciências humanas incrustadas no interior da ficção da normalidade. Não é certo que tenhamos saído da ambivalência das ciências humanas. Seja ao fazer e sempre refazer a normalidade ao mesmo tempo em que ela é derrubada pelas patologias. Seja ao instituir uma normalidade da vida psíquica, seja ao destituir a normalidade na própria análise da vida psíquica. (LE BLANC, 2005, p.26-7).⁹³

A psicanálise, dessa maneira, pode ser considerada uma ruptura epistêmica à psiquiatria e à psicologia do comportamento, não as substituindo, mas constituindo outra linha de pensamento e de intervenção sobre pessoas em sofrimento psíquico. No século XX, Freud e seus discípulos se empenharam em institucionalizar e formar psicanalistas, médicos e não médicos, fora da psiquiatria, fora dos hospitais. Constitui-se, assim, um novo discurso e uma nova estratégia de intervenção clínica.

A psicanálise é uma racionalidade de intervenção clínica, que revolucionou o pensamento sobre sexo, infância e comportamento. Freud criou um *setting* terapêutico singular, que se constrói na relação terapeuta-paciente e não na observação do paciente, como na psiquiatria,

⁹³ Tradução da autora.

que visa a diagnose, prescrição e cura de patologias. O fundamento do tratamento é a interpretação da relação terapeuta-paciente e dos desejos inconscientes, de modo a que a pessoa construa suas possibilidades de mudança na maneira de encarar o seu mundo emocional e as suas relações e meio em que vive. A partir da psicanálise vão surgir inúmeras linhas de pensamento e psicoterapias, influenciando inclusive a psiquiatria.

O inconsciente é tão abstrato quanto a normalidade, à qual Le Blanc atribui a qualidade de ficção, do mesmo modo que Michel de Certeau a atribui à psicanálise.

Ele [Freud] modifica o «gênero» historiográfico ao introduzir a necessidade, para o analista, de *marcar seu lugar* (afetivo, imaginário, simbólico). Ao transformar essa explicação na condição de possibilidade de uma lucidez, ele substitui, assim, o discurso «objetivo» (aquele que visa dizer o real) por um discurso que assume a figura de «ficção» (se, por «ficção», entende-se o texto que declara sua relação com o lugar singular de sua produção). (CERTEAU, 2011, p.74-75)

Isso não quer dizer, que normalidade e inconsciente sejam abstrações de um mesmo teor. A normalidade é parte de um discurso, que se diz objetivo, mas que é abstrato, pois não existe o homem mediano nem tampouco o homem ideal, ambos componentes da normalidade. O primeiro é o resultado de dados estatísticos, como os da epidemiologia, e o segundo, o homem ideal, é fruto de uma ficção sobre moralidade e não-patológico, caminho que promete o não alcançável, a felicidade.

4.3.1 Da observação à relação

Paul Ricœur faz uma análise do discurso freudiano, a partir da fenomenologia, em *De l'interprétation, essai sur Freud* (1965). Inicialmente, delimita seu objeto de estudo, ao dizer que lhe falta a experiência analítica e por não levar em consideração as escolas pós-freudianas, realiza sua análise específica sobre a obra de Freud, o discurso escrito e não a prática analítica. Isso é importante, pois a Rev. bras. psicanál., objeto deste estudo, é associada à IPA e, portanto, não inclui as associações lacanianas. E eu também não tenho a vivência da psicanálise.

Ricœur mostra que a psicanálise é uma interpretação e não uma ciência de observação, como a psiquiatria, e que, principalmente, nos

Estados Unidos da América é-lhe cobrada a cientificidade. A crítica epistemológica dos behavioristas, de Pavlov a Skinner, não aceita o aparelho mental da psicanálise, pois este não é palpável, material. A psicologia do comportamento e a psiquiatria cobram da psicanálise critérios lógicos, concretos e objetivos aos moldes das ciências da natureza e das ciências sociais (RICŒUR, 1965, p.364-383).

O ataque à psicanálise parte de uma epistemologia da ciência hegemônica moderna, uma ciência de observação, que exige a prova experimental (seria o material estandardizado de fatos clínicos) e as proposições teóricas, em relação a sua verificabilidade.

Pode-se tomar como pedra de toque a exigência avançada pela epistemologia de tratar por um certo número de pesquisadores independentes um material estandardizado de fatos clínicos. Esta demanda supõe que um «caso» é uma outra coisa que não uma história, mas uma sequência de fatos suscetíveis de serem observados por múltiplos observadores; certamente, nenhuma arte de interpretação seria possível, se de um caso a outro não houvesse semelhanças não seria possível discernir os tipos. A questão é saber se esses tipos não são mais próximos, do ponto de vista epistemológico, dos tipos de Max Weber que permitem dar à compreensão histórica o caráter de inteligibilidade sem o qual a história não seria uma ciência. (RICŒUR, ^{1965, p.393-4}),⁹⁴

Para Ricœur, "nenhuma filosofia reflexiva se aproxima mais do inconsciente freudiano do que a fenomenologia de Husserl e a de alguns de seus discípulos, principalmente, a de Merleau-Ponty e de Waelhens" (RICŒUR, ^{1965, p.396}),⁹⁵. O filósofo faz uma análise detalhada das aproximações e diferenças entre a fenomenologia e a psicanálise, que não seria o caso de aprofundar aqui. O que me interessa destacar é que a verdade não é universal e que o modo de fazer ciência biomédica não é o único modo de se fazer ciência e nem a epistemologia que a psiquiatria quer galgar é a única aceitável para todo o campo psi.

O historiador Michel de Certeau enumera as intervenções de Freud (novamente é uma análise da palavra escrita e não da prática analítica) na historiografia. Compreende que Freud "considera o «patológico» como uma região em que se exacerbam e se desvelam os

⁹⁴ Tradução da autora.

⁹⁵ Tradução da autora.

funcionamentos estruturais da experiência humana. Desse ponto de vista, a distinção entre normalidade e anormalidade é apenas fenomenal; fundamentalmente, ela deixou de ter pertinência científica" (2011, p.74).

De um foco historiográfico, Freud "desvenda os pontos de constituição de *estruturas* psíquicas" (p.74), que possibilitam o recuo a "cenas primitivas" e à genealogia dos povos.

Na historicidade, ele apreende sua relação com *crises* que a organizam ou a deslocam. Em acontecimentos decisivos (relacionais e conflitantes, originalmente genealógicos e sexuais), ele [Freud] desvenda os pontos de constituição de *estruturas* psíquicas. As confirmações que lhe são fornecidas pela terapêutica permitem-lhe concentrar sua análise em três direções: a) a busca, no adulto, das determinações que recuam a «cenas primitivas» vivenciadas pela criança e pressupõem que esta (epígono situado, até então, nos bastidores) tenha desempenhado um papel central na história; b) a necessidade de postular, na origem dos povos, uma violência genealógica (luta entre pai e filho), cujo recalçamento é o trabalho da tradição (ela dissimula o cadáver), mas cujos efeitos repetitivos são identificáveis através de suas sucessivas camuflagens (existem vestígios); c) a garantia de encontrar, em qualquer linguagem, «fragmentos de verdade» (Stücken Wahrheit) (Freud, *Der Mann Moses*, 1940-1952. T.XVI, p.239), estilhaços e resquícios relativos a esses momentos decisivos, cujo esquecimento organiza-se em sistemas psicológicos e cuja reminiscência introduz possibilidades de mudança em um estado presente. (CERTEAU, 2011, p.74-75).

Compreendo que fala da memória adormecida e recalçada, na construção do sujeito nato e pertencente a uma sociedade, uma cultura e sua normatividade inerente. De Certeau atribui à psicanálise um potencial de ruptura epistemológica com as ciências biomédicas, a história e a linguística.

O importante na clínica não é a comprovação científica, que mesmo que amplie um saber sobre a doença, não necessariamente é condição para a cura ou a amenização do sofrimento. Retirar a dor não diminui o sofrimento, ao embotar a possibilidade de abordar o inconsciente, por exemplo, por meio de drogas psicotrópicas, o

sofrimento vai encontrar outro caminho de possibilidade de expressão, por vezes, somático por vezes comportamental, seja pela desistência da vida ou pela violência contra a vida.

As formas patológicas definidas pela nosologia das doenças mentais são construções da própria psiquiatria, o que se torna um problema na medida em que esta é estabelecida como a verdade da patologia. A partir da classificação é formado o olhar do psiquiatra sobre a descrição do comportamento ou mesmo sobre a ação do indivíduo. A antipsiquiatria dirá que o modo de proceder na diagnose, utilizado pela psiquiatria é um modo de rotular a pessoa que sofre.

Laing diz que a química do corpo é uma contingência de ressonância da situação social e psicológica, ambiental e comunicacional dos seres vivos, é sensível a tudo o que acontece com a pessoa. Considera um erro classificar e diagnosticar as pessoas e o que elas apresentam, o ser-no-mundo. Não é possível integrar apenas com palavras, como psicossocial, psicossomático, psicopatologias, se o outro diante de mim não for visto como pessoa igual a mim –, ao invés de um organismo em seus planos de complexidade molecular, celular, sistêmico ou orgânico –, um agente autônomo, capaz de optar e que traz consigo experiências (LAING, 1975, p.15-26). "A própria existência da psicopatologia perpetua o dualismo que a maioria dos psicopatologistas deseja evitar e que é nitidamente falso". (p.23).

Essa abordagem epistemológica é tão contestável quanto qualquer filosofia, que se apresente como «a verdade», é contestável pela posição integrista, pois se manifesta com intransigência e conservadorismo excessivos. Crer na «verdade única» inviabiliza a dialética e o livre arbítrio.

Outro aspecto a ser levado em conta, é o objetivo da clínica psi, pois a verdade científica não proporciona a possibilidade de alteridade, diminuição do sofrimento psíquico ou o conhecimento de si mesmo. Ela objetiva a remissão de sintomas, definidos pela mesma ciência como indesejáveis, pode-se dizer que é uma espécie de programação de pessoas adaptadas e produtivas.

A dominação do saber pela ciência majoritária se infiltra na sociedade de maneiras diversas, uma delas é a aceitação de seus postulados como paradigmas para o pensamento sobre o sofrimento humano, dominado pelas ciências biomédicas. Aceitar que existem paradigmas já é uma sujeição à epistemologia dominante, aquela definida por Thomas Khun.

Esse paradigma tradicional da racionalidade científica ganhou tamanha importância que

produziu o mito segundo o qual qualquer pensamento formal decorre estreitamente do ideal de exatidão que só poderia ser alcançado pela quantificação, a ponto de se confundir, às vezes, pensamento formal com matemáticas. (GORI, 1998, p.109).

As possibilidades de formação de subjetividades em uma era da comunicação dominada pelo poder econômico são enormes e o complexo médico industrial produz uma disciplinarização midiática, que se expressa como se a única forma viável e confiável de se intervir no sofrimento humano fosse a que leva a chancela de científica pelo *status quo*, ou seja, a psiquiatria e a psicologia do comportamento.

A pressão do discurso que destitui o valor da palavra, o qual domina a epistemologia majoritária, adentra por vezes a psicanálise, como por exemplo, na estadunidense, que transmite o pensamento da cura. Seria uma transformação da psicanálise de uma prática em uma técnica (no sentido moderno do termo), onde se deixaria a mediação de um «pensamento de transferência» em prol de uma «transferência de pensamento» (GORI, 1998, p.287).⁹⁶

Na psicanálise, no entanto, o analista não é aquele que conhece o inconsciente do analisando, mas quem instaura uma dinâmica de transferência-contratransferência, que possibilita uma descoberta das formações inconscientes, que vem à tona, por razão do método.

E o que inevitavelmente faz resistência a esta heurística, por um e por outro, faz propriamente falar objeto e análise; seja sua atualização, seu caminho. Mas este caminho de analisável mantém-se estreitamente dependente do campo da fala e da linguagem. A leitura imediata do inconsciente no sintoma, o sonho ou o discurso interpõe obstáculo impedindo a abordagem freudiana. Ela tende a restituir a significação de sua plenitude, de suas prerrogativas, fazendo reviver a retórica da persuasão e da sugestão. (GORI, 1999, p.287).

Portanto, os resultados dessa percepção do homem calculável, que define o homem médio e o binômio normal-patológico constituem o sujeito moderno da psiquiatria (GALZIGNA, 1992, p.7). A cada vez que o saber científico negligencia o efeito da fala, faz "uma naturalização do

⁹⁶ A psicoterapia de orientação analítica, iniciada nos Estados Unidos da América, é amplamente utilizada no Brasil, por psiquiatras e psicanalistas (EIZIRIK et al, 1989 e 2005).

sujeito falante e uma antropomorfização retórica de seus resultados" (GORI, 1999, p.295). Assim, o homem normal é destituído do ato da enunciação, a abordagem científica não leva em conta o efeito do dizer.

Foucault revela um potencial de ruptura na psicanálise, mas sua interpretação sobre o fazer psicanalítico deixa a psicanálise em uma situação delicada, ao mesmo tempo em que rompe assume um lugar de poder-saber. Desse modo, talvez revele sua perspicácia sobre a instituição psicanalítica, que cerceia as próprias possibilidades da psicanálise. Mas por outro lado, insiste na verdade da «épistémè», de Comte, do binômio normal-patológico. Le Blanc, na citação acima, coloca as rupturas epistêmicas, de Comte e Freud, assim, compreendo que as «épistémès» convivem, são contemporâneas e não sequenciais, a ruptura epistêmica do binômio consciente-inconsciente convive há mais de cem anos com o binômio normal-patológico.

De modo a ilustrar e dar contemporaneidade ao problema do poder-saber da psiquiatria, apresento a análise de um projeto em implantação no Brasil e em outros países, que pretende medicalizar o desenvolvimento infantil.

4.4 A FORÇA-TAREFA DA PSIQUIATRIA DO DESENVOLVIMENTO⁹⁷

“Força-tarefa” é um termo militar⁹⁸ que a psiquiatria do desenvolvimento está utilizando para nomear a missão da *International Association for a Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP)*⁹⁹, com o objetivo de disciplinar e/ou controlar as condutas na infância e adolescência, em prol da saúde mental. Não é de hoje que a medicina se apropria de terminologia militar e policial para expressar suas intenções ou nomear suas ações. Podemos lembrar rapidamente de alguns termos tão familiares, como «campanha», que

⁹⁷ LIMA, A.C.C. e CAPONI, S. A força-tarefa da psiquiatria do desenvolvimento (p.1315-1330). *Physis* Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.21, n.4. 2011.

⁹⁸ Força-tarefa: termo de marinha, termo militar. Grupamento de unidades de diferentes tipos, temporariamente sob comando único, para executar uma missão específica, que exige certa independência de cada unidade (HOUAISS, 2006).

⁹⁹ Castel (1987) cita o Task Force Report from the American Psychiatric Association. *Behavior Therapy in Psychiatry*.

poderia nos remeter à revolta da vacina no Rio de Janeiro, quando a população se rebelou à imposição da vacinação em massa, no início do século XX. Do mesmo modo, o termo «vigilância», inserido no cotidiano de normatizar e fiscalizar, como a vigilância sanitária ou a vigilância em saúde no Brasil, esta que, pode-se dizer, tem suas raízes em uma polícia médica dos séculos XVIII e XIX, em alguns países da Europa, analisadas sob diferentes óticas em Rosen (1980) e em Foucault (1985). Adentremos o teor do projeto, a verdade científica que esses psiquiatras defendem para a realização de uma força-tarefa preventiva na infância, pela saúde mental da sociedade brasileira.

O alvo principal do projeto são as crianças em idade escolar. A tática é infiltrar-se nas escolas e outros aparelhos de institucionalização (pode-se ler disciplinarização) de crianças, incluindo, claro, os serviços públicos de saúde, em uma tentativa de diagnosticar precocemente a população em risco de ser acometida por uma doença mental. O trabalho para prevenir as doenças mentais e diagnosticar precocemente as psicopatologias foi iniciado em 2010 nas escolas particulares, enquanto nas instituições públicas ele é um pouco mais moroso, pois depende de construção de políticas públicas.

A máquina está sendo financiada pela indústria. Os grandes laboratórios financiam as pesquisas e desenvolvem os medicamentos, definem a educação continuada dos médicos em congressos, bem como aparecem no patrocínio ou apoio de cartilhas e outros instrumentos educacionais (ANGELL, 2007). A psiquiatria oferece como recurso terapêutico central a prescrição de medicamentos, especificamente os psicofármacos. Como sabemos, a indústria financia e visa ao lucro, como é apresentado na declaração de conflitos de interesse que aparece no pequeno texto Força-tarefa brasileira de psiquiatras da infância e adolescência (MORAES et al., 2008). Os critérios utilizados pelo complexo médico-industrial, incluídas as instituições de pesquisa, classificam a relação do autor da pesquisa com duas indústrias de medicamentos - que pagam o palestrante, pesquisas e educação continuada do médico - como um conflito de interesses modesto. Há avaliação externa ou a avaliação de conflito de interesse é somente uma formalidade? Voltemos ao nosso foco principal.

Segundo Rohde (2000), o projeto da psiquiatria do desenvolvimento vem sendo construído no Brasil há pelo menos uma década. O texto citado mais acima é uma das primeiras comunicações desse grande projeto de psiquiatizar a infância no país. A partir de dados de pesquisas epidemiológicas internacionais, aceitos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é justificada a necessidade da

subespecialidade em psiquiatria para a formação do psiquiatra para a infância e adolescência.

Os autores defendem a criação de uma área de concentração para atender a essa faixa etária, especializada no desenvolvimento normal e na avaliação diagnóstica, como a dinâmica e a psicopatologia familiar e a forma de comunicação de crianças. Ainda, afirmam que a comorbidade nestas é significativamente maior do que nos adultos, e que há diferenças importantes na terapêutica psicofarmacológica. É possível destacar duas preocupações ao se criar uma subespecialidade chamada psiquiatria do desenvolvimento ou da infância e da adolescência: a defesa institucional (de reserva de saber e de mercado) e a conceituação de uma teoria das condutas e da prevenção de doenças mentais.

O projeto encontra seu fundamento na hipótese não comprovada de que existiria uma lesão cerebral como causa biológica da(s) doença(s) mental(is) ou em uma linguagem mais atual, um desequilíbrio em neurotransmissores e genes. Porém, de fato, são os dados epidemiológicos que definem a verdade sobre a patologia, sem uma nosologia e/ou uma etiologia clara da doença. A demarcação patológica é definida por alguns critérios abrangentes, especificados no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR* (2002), e utilizados para pesquisas epidemiológicas e diagnósticos preventivos.

Ainda, é interessante que, ao mesmo tempo em que defende os dados epidemiológicos, o texto coloca em dúvida sua fidedignidade. Ao mesmo tempo em que se utiliza do resultado de uma alta prevalência de doenças mentais, cita alguns diagnósticos absurdos, ambos advindos de pesquisa epidemiológica, como segue:

Por exemplo, Assumpção e Carvalho (Assumpção FB, Carvalho LN. Realidade do diagnóstico em psiquiatria infantil no Brasil. J. Bras. Psiquiat., no prelo), ao revisarem os dados referentes à morbidade psiquiátrica hospitalar do SUS, segundo os critérios diagnósticos do CID-9 em jovens brasileiros entre 0 e 19 anos de janeiro de 1992 até dezembro de 1997, encontraram 73 bebês com menos de 1 ano diagnosticados como portadores de quadros psicóticos senis e pré-senis, e 2.120 bebês na mesma faixa etária com diagnóstico de psicose esquizofrênica. Os dados não necessitam de discussão – falam por si sós. (ROHDE, 2000).

E, assim, o artigo, na intenção de defender a necessidade de formação específica em psiquiatria da infância e da adolescência, é finalizado com um exemplo que mostra que os dados de pesquisa não são, necessariamente, representativos dos agravos, doenças, transtornos psíquicos das pessoas, mas tão somente o resultado de dados de prontuários baseados em manuais de doenças mentais, preenchidos de forma no mínimo displicente.

Desse movimento inicial, como podemos ver na nota abaixo, foi criado o Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD):

O Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD) realizou nos dias 19 e 20 de março o seu evento inaugural...

O INPD integra um projeto do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que disponibilizou o maior aporte de recursos já destinado para a área de pesquisa no Brasil (R\$ 520 milhões). As verbas foram divididas entre os 101 Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia (INCT) aprovados para participar do programa. Na edição de janeiro, o jornal "Psiquiatria Hoje" realizou cobertura especial sobre os INCT...

O projeto terá duração de cinco anos. Inicialmente, está assegurado o financiamento para os três primeiros; após avaliação, será decidida a continuidade do apoio por dois anos adicionais.

Além do IPq [Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo], o INPD tem profissionais nas Universidades Federais de São Paulo (Unifesp), do Rio Grande do Sul (UFRGS), da Bahia (UFBA), de Pernambuco (UFPE) e do Rio de Janeiro (UFRJ), além da Universidade Presbiteriana Mackenzie, da Federal de Santa Maria, da Universidade Metodista (RS), e da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp). Centros de pesquisa internacionais, como as universidades de Yale, do Texas, Harvard, Duke (Nova Iorque), John Hopkins, da Califórnia em San Diego (UCSD), da Califórnia em Los Angeles (UCLA) e o Instituto de

Psiquiatria de Londres, também colaboram com o INCT (Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INPD, 2009).

O INPD disponibiliza na internet um vídeo institucional de apresentação do projeto de intervenção da psiquiatria do desenvolvimento (INPD, s.d.)¹⁰⁰. O Núcleo de Estudos em Filosofia e História das Ciências da Saúde – UFSC (CNPq) apresentou o vídeo, seguido de um debate, como atividade final do Seminário “A vida medicada: ética, saúde pública e indústria farmacêutica (CAPONI et al., 2010a), em agosto de 2009. Segue uma transcrição do vídeo e alguns comentários.

4.4.1 Análise de um vídeo de mídia persuasiva

A primeira imagem do vídeo é o globo terrestre, um *zoom* aproxima uma cidade, para, e volta a abrir no globo, com a América do Sul em primeiro plano. O áudio, com uma voz de homem, afirma que: “O Brasil possui hoje cerca de 90 milhões de crianças e jovens com menos de 18 anos de idade. Dessa população, nada menos que 10% apresentam algum tipo de doença mental”. Uma pequena pausa e o alento “Calma! O mundo não está ficando louco.” Nesse ponto, o globo gira em sentido anti-horário e passa para uma foto de Einstein, com a legenda “espectro autista”. A voz nos diz: “Ao contrário do que se pensa, as doenças mentais não estão associadas à loucura ou a algum estereótipo parecido. Qualquer distúrbio ou transtorno de comportamento, personalidade e humor, por exemplo, pode ser um problema mental, e isso não impede as pessoas de levarem vidas normais e até passarem despercebidas no nosso dia a dia”.

Enquanto isso, as fotos são apresentadas, cada uma com sua legenda diagnóstica: Roberto Carlos, “transtorno obsessivo-compulsivo”; Van Gogh, “transtorno bipolar”, Steven Spielberg, “hiperatividade” e James Dean, “transtorno de conduta”. A informação audiovisual, mesmo nesse caso em que a qualidade técnica é praticamente a de um vídeo caseiro, é sempre impactante. A utilização de recursos de convencimento, como os da publicidade, com afirmações diagnósticas taxativas dão sim, ao contrário do que fala o locutor, a

¹⁰⁰ Vídeo institucional do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD). O vídeo completo tem a duração de 9 minutos e 7 segundos.

impressão de estereótipos de doenças mentais, que rotulam pessoas famosas.

A primeira informação em áudio é uma afirmativa grave, a de que 10% da população com menos de 18 anos tem ou vai ter doença mental. Na sequência, informações desajustadas - que doente mental não é louco e que pessoas famosas em várias áreas foram ou são doentes mentais, bem como que é normal ser doente mental, pois “qualquer transtorno de comportamento, personalidade e humor pode ser uma doença mental” -, no mínimo deixam quem assiste ao vídeo confuso, o que pode funcionar como um recurso de intimidação.

Essa técnica de comunicação utilizada é persuasiva, um recurso corrente em publicidade e *marketing*, onde a meta é convencer o público de que ele tem uma necessidade que não tinha antes (MALDONATO, 2004, p.171-178). Esse recurso, advindo de uma psicologia bastante questionável por suas intenções de manipulação do pensamento e desejos do indivíduo, chama a atenção ao ser utilizado por uma instituição médica para convencimento da população da necessidade de seus serviços. O recurso serve para captar a atenção e ao mesmo tempo introduzir uma verdade positiva, a fim de convencer a audiência de que o conjunto é verdadeiro.

Segue uma cena de rua, com pessoas indo e vindo, e, à imagem, é sobreposto um esquema de figuras humanas, seguido de ‘pizzas’ usadas em demonstrativos estatísticos, com as indagações: “E então nos perguntamos: o que está sendo feito por esses nove milhões de jovens no Brasil? Que futuro eles terão, qual será o custo de tratá-los? Qual será o custo social em não tratá-los? E, afinal, quais são esses problemas?” Feita essa introdução, o vídeo é orientado pelas palavras de médicos psiquiatras responsáveis pelas pesquisas e projeto em implantação, como segue:

Estudos têm mostrado, claramente, que transtornos mentais que são identificados de forma transversal na idade adulta, têm o seu início na infância e adolescência. Se nós conseguirmos detectar esses quadros na infância e adolescência, nós podemos estar fazendo algo preventivo em termos da idade adulta. Mais do que isso, a psiquiatria trabalha hoje também com a noção de crianças em risco para o desenvolvimento de transtornos. Esse Instituto vai poder trabalhar, alavancar a saúde mental de crianças, dentro dessa concepção de psiquiatria do desenvolvimento. E, ao mesmo tempo, vai permitir capacitar

profissionais da área de saúde mental e professores para noções de saúde mental na infância e adolescência.

A credibilidade da fonte é fundamental em publicidade e *marketing*, quanto maior a credibilidade da fonte, maior a força sugestiva do material veiculado (MALDONATO, 2004, p.175-6). O médico é uma das profissões de maior credibilidade na sociedade contemporânea ocidental, e, aqui, ele é o comunicador, aquele que anuncia a realidade e nos coloca em cena: eu, você, qualquer um pode ser uma criança ou um adulto com doença mental - o risco é generalizado. Mais, os médicos se apresentam com capacidade para tratar a população e prevenir as doenças antes delas se manifestarem (torna doença o que ainda não é doença: a chave é o ainda). Cria-se uma expectativa sobre o impacto da doença “transtorno de comportamento, personalidade e humor” e ao mesmo tempo um temor de contrair o mal. Por outro lado, tranquiliza, oferecendo uma solução para a saúde mental das crianças. Seria pelo controle de condutas indesejáveis? Ou pela diagnose preventiva de crianças em risco? O que aconteceria a essas crianças? Seriam tratadas pela doença que ainda não desenvolveram? É razoável que se altere o metabolismo com drogas medicamentosas como medida preventiva a um comportamento indesejado? E este é indesejado por quem, para quem? Fique claro que é a cura do que ainda não se manifestou, uma cura preventiva do não manifestado.

É introduzido o protagonista, o médico psiquiatra, especialista em desenvolvimento, em infância e adolescência. Ele repete a informação de que os transtornos mentais começam na infância, esse é o conteúdo a ser inculcado na cabeça das pessoas, da população, por inúmeras repetições. Prevenção de doença e detecção de risco aqui são a mesma coisa. Na lógica de que a criança é o futuro adulto, apresenta a proposta, o produto: um trabalho preventivo. A criança não existe em si, é somente um vir a ser, o futuro adulto. O risco não é para a criança, mas de vir a ser um adulto doente e perigoso, desviante da conduta adequada.

Esse é o projeto: capacitar professores e profissionais de saúde para identificar as crianças em risco de desenvolver transtornos mentais e aquelas que já apresentam alterações de comportamento e, portanto, já estão doentes mentais.

Mas vamos adiante, na análise dos recursos de comunicação. Seguem imagens, que parecem estrangeiras, de um *delivery* estadunidense, provavelmente, em que um garoto com casaco e capuz aponta uma arma e realiza um assalto, junto com o áudio: "Isso quer

dizer que boa parte dos distúrbios e transtornos de pessoas adultas foi desenvolvida nos primeiros anos de vida, entre 3 e 12 anos". Acabado o assalto, com a chegada da polícia, entra um cérebro na tela e o locutor nos informa que "sabendo identificar e tratar esses problemas, a probabilidade de cura é muito grande, já que depois da doença manifestada é muito difícil uma recuperação total".

Está feita a associação de ladrão, bandido, assaltante, crime com doença mental. No Brasil, como no mundo, há milhões de pessoas que vivem à margem social e psicologicamente, em ambientes de crime. Agora se apresenta um conhecimento científico capaz de afirmar que tudo isso é doença, e que a solução estaria na medicina. O que parecia ser um problema social em uma sociedade tão desigual se reduz a uma explicação biológica e cerebral. Trata-se de uma estratégia cara ao discurso médico, conhecida como medicalização do social, que já estava presente nos anos 1830, com o primeiro projeto médico de saúde pública, analisado por Roberto Machado (1978).

Continuando o vídeo, aparece outro psiquiatra que nos afirma:

Existem alguns estudos já brasileiros mostrando a quantidade. Contam quantas crianças teriam algum tipo de problema da ordem do comportamento ou da ordem da saúde mental, como a gente fala. Esses estudos tiveram uma prevalência, quer dizer, uma taxa, uma frequência de aproximadamente de 10% a 12% das crianças brasileiras apresentam algum tipo de problema em termos de saúde mental. Isso significa em torno de 9 milhões de crianças brasileiras tendo algum tipo de problema que interfira no seu desenvolvimento. Até o momento não existem políticas claras, bem definidas, de como encaminhar essa questão. Você imagina, aí, que considerando essas frequências, aproximadamente 4 milhões de brasileiros preenchem critérios para déficit de atenção... E, óbvio, uma criança que tem uma dificuldade de se manter academicamente em progresso, ela tem a chance maior de sair do sistema escolar.

O projeto reivindica a necessidade de a medicina criar a subespecialidade psiquiatria da infância e adolescência, para que faça a gestão dos riscos e defina e trate precocemente a população, para evitar doenças mentais. Precocemente, tanto na idade dos afetados pacientes como no determinismo de condutas de risco. A pretensão é adentrar pelo

ensino fundamental, de modo a alcançar toda a população na faixa etária dos 6 aos 15 anos. Sem dúvida, uma combinação de dispositivos disciplinares, que dominem o indivíduo, e uma tática biopolítica, que defina uma prática generalizada, com base em dados estatísticos da epidemiologia.

É uma estratégia de biopoder e de disciplinarização dos corpos, como podemos encontrar nas pesquisas e reflexões de Foucault (1991, 2008a), em sua genealogia da instituição do Estado moderno e processo de industrialização, nos séculos XVIII e XIX, na França e em outros países da Europa. Aqui, a estratégia de biopoder se manifesta por meio da confirmação da doença pelos dados epidemiológicos, que possibilitam a criação de uma verdade científica sobre uma prevalência de doença mental na sociedade e suas consequências sobre o indivíduo. E a disciplinarização se apresenta na intervenção no sistema educacional.

Na sequência, aparecem crianças na escola e o áudio nos informa:

Crianças começam a apresentar sintomas de distúrbios e transtornos desde a primeira infância, e identificar esses sintomas é imprescindível para o encaminhamento e tratamento correto. A partir dos 3 anos de vida, sintomas como atraso na fala, isolamento social, movimentos repetitivos com as mãos, os chamados *flapping*, podem ser um indicativo de transtorno de desenvolvimento e comunicação, um problema que atinge 900 mil jovens no Brasil.

Quanto mais precoce o diagnóstico, menor o risco de adoecer. E identificar esses sintomas, criando confusão entre o áudio e a imagem - a criança que está na tela é ainda um bebê de colo e faz um movimento que quase todo bebê faz -, seria uma solução para esclarecer a necessidade de se tratar o que ainda não se manifestou? Por cima da imagem de crianças, sempre uma 'pizza' de dados estatísticos, indicativa de percentual de acometimento e o nome do transtorno. Novamente a criança é de faixa etária abaixo da citada no áudio. Segue o áudio:

Entre os 5 e 8 anos, sintomas como ter muito medo de ir à escola, ser extremamente preocupado, ter dificuldade para dormir, ter muitas manias, esfregar e lavar as mãos, constantemente, são indicativos de transtornos de ansiedade e transtorno compulsivo-obsessivo, o TOC. A prevalência desse problema no Brasil

chega a mais de 7 milhões de jovens. Outros sintomas presentes na idade entre 5 e 8 anos são estar sempre no mundo da lua, ser extremamente agitado, agir sem pensar, não conseguir parar quieto, como o constante tamborilar dos dedos enquanto realiza outras ações. Essas ações podem identificar transtornos e déficits de atenção e hiperatividade, o TDAH, problema que atinge quase 5 milhões de jovens no Brasil. Problemas de leitura e escrita são percebidos em crianças entre 8 e 10 anos e são indicadores de transtornos de aprendizagem e dislexia, o mais comum na população brasileira. Acredita-se que 9 milhões de jovens brasileiros apresentam esse problema. Problemas da regulação do humor, como irritabilidade ou tristeza e manias em excesso podem representar uma alteração do humor.

Na sequência de imagens de crianças e depois adolescentes, estes mais agressivos, aparece um rapaz de capuz, de costas, esperando o metrô (que bem poderia ser aquele do assalto mostrado anteriormente). “Crianças e adolescentes que passam a se isolar, mudam o padrão de sono, para mais ou para menos” - a imagem na tela é de um adolescente abrindo um armarinho lotado de frascos de medicamentos e depois tomando muitos comprimidos. E o áudio continua:

Mudam o desempenho escolar, mudam o comportamento, às vezes ficando muito exaltadas, às vezes muito desanimadas, ou começam a falar em morte, podem estar apresentando um transtorno do humor, seja depressão ou mesmo um quadro bipolar.

E, novamente, aparece o rapaz pegando drogas medicamentosas no armarinho do banheiro.

A sequência de ações é ilustrada com crianças, por vezes de faixa etária diferente daquela à qual se refere o texto: seria um engano, simplesmente, ou um recurso técnico? A técnica de repetição, aliada às informações de imagem e texto desconectadas, pode impedir a reflexão de quem assiste e, dessa forma, funcionar como um recurso psicológico de convencimento. Da informação de que a criança insegura está tão próxima de um comportamento agressivo na adolescência, segue a tela para nos apresentar crianças e adolescentes em sofrimento, de um ponto de vista da doença, e não do desenvolvimento cognitivo ou do sofrimento psicológico, mas de um ponto de vista do risco de delinquir, a partir de sintomas isolados, sem contexto psicológico, social e cultural.

É interessante notar, como destaquei na descrição do vídeo, que por duas vezes um adolescente abre um armarinho de parede, típico de banheiro, cheio de medicamentos. Sobre isso não há qualquer referência no áudio, mas o que podemos pensar a respeito, que mensagem é essa? Se a sugestão é de que é comum uma casa ter excesso de medicamentos, parece que a responsabilidade é da indústria e de uma medicina associada à difusão do medicamento. E qual o motivo de apresentar essa imagem? A imagem do menino enchendo a mão de comprimidos do armário lotado deles aparece como uma clara referência ao problema da automedicação, ao fato de que indústria farmacêutica e o saber médico se nutrem de uma forte e necessária aliança. Porém, a imagem não é comentada, a questão é mostrada sem qualquer alusão a como essas drogas medicamentosas estão ao alcance da população e seu uso abusivo, no caso, pelo adolescente.

O vídeo continua com as palavras de outro psiquiatra envolvido no projeto, que explica:

Em primeiro lugar, é preciso ter a noção de que os sintomas mentais começam na infância; esse é o primeiro ponto. O segundo ponto importante é que os transtornos mentais são transtornos do desenvolvimento cerebral. Depois que a doença começa e ela se cronifica - a maior parte dos transtornos mentais se cronificam - a gente tem pouco [...] da recuperação total. O que nós conseguimos hoje é uma recuperação parcial desses transtornos que se cronificam. A ideia aqui é que a nossa intervenção passe a ser antes da doença começar.

A nova e definitiva informação: o problema está no cérebro. Tanto faz onde e como se vive, o problema é no cérebro. Um defeito, uma má formação, uma herança genética? Não importa, o que vale é saber que a psiquiatria pode agora resolver esse problema e a sociedade, cada indivíduo, poderá ser curada de sua doença mental, por meio de psicofármacos auxiliados por uma ortopedia das condutas. Claro, se o tratamento for iniciado antes de a doença se manifestar.

Ao se definir como um problema de ordem cerebral, torna-se inquestionável, que o poder está nas mãos dos cientistas, que treinam os médicos especialistas para enxergar no comportamento o problema cerebral. Este, por sua vez, não pode ser detectado por qualquer exame clínico ou com recurso de máquinas que vejam o corpo por dentro ou analisem seus fluidos. É preciso crer nas fontes, por meio da palavra do médico psiquiatra.

Nesse ponto, o vídeo passa a dar informações sobre as instituições que promovem as pesquisas e o projeto de intervenção, acompanhadas das respectivas logomarcas:

O INPD nasce de uma parceria entre o Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade Federal de São Paulo, a partir de um projeto financiado pelo CNPq. E os seus principais objetivos são:

1. Desenvolver um método de identificação precoce de problemas mentais em crianças e adolescentes.

Sobre este, o psiquiatra explica que:

No primeiro estudo nós vamos coletar sintomas subclínicos, indivíduos que não desenvolveram a doença ainda, mas tem sintomas subclínicos. Onde nós vamos tentar preparar os pais para que eles possam ter atitudes mais adaptativas em relação aos sintomas de seus filhos. Sempre dentro desse objetivo de que eles não desenvolvam a doença.

A identificação precoce se dá por meio de busca de sintomas subclínicos de algum mal que não seja uma patologia orgânica, apesar da afirmação de que se trata de doença do cérebro. Por que não são feitos exames de imageamento e exames complementares de laboratório para definir uma patologia? É aceitável cientificamente que sejam criados protocolos de diagnóstico e intervenção clínica de candidatos a doentes mentais em um tempo futuro?

Um detalhe que não pode passar em branco: não se coletam sintomas, a coleta é de material de pesquisa epidemiológica e sintomas são expressões da pessoa que o profissional de saúde identifica como alguma patologia, a quem chamam de sintomas subclínicos. Desse modo, é possível que, potencialmente, qualquer pessoa possa ser sujeito de pesquisa sem o saber.

Continuando com os objetivos, o segundo prega a “formação de médicos psiquiatras sob essa nova perspectiva.”

A educação continuada sugere que o conhecimento segue uma linha evolutiva, de compreensão positiva do saber.

E a palavra do médico:

Aqui o objetivo é formar o novo psiquiatra, o novo médico, com essa visão do desenvolvimento. A ideia de que os transtornos mentais são transtornos do desenvolvimento. E que a partir do

conhecimento das diversas trajetórias ao longo do desenvolvimento, nós vamos identificar aquelas trajetórias atípicas e testar intervenções para trazer esse indivíduo de volta para uma trajetória típica.

Seguem os objetivos. Dessa vez, o terceiro deles recomenda a “transmissão desse conhecimento à população através de professores e profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF).” O psiquiatra esclarece:

E aqui a grande ênfase vai ser no professor. A ideia é criar uma tecnologia que permita ao professor detectar precocemente pequenos sintomas prodômicos. Ele, então, vai encaminhar essas crianças para o Programa de Saúde da Família, que também vai estar habilitado, capacitado, a partir de uma tecnologia apropriada para detectar e diagnosticar precocemente, essas crianças e encaminhar para a rede secundária, que vai se tornar, então, uma rede protetora e não uma rede que só trata do indivíduo doente. Uma rede que vai tratar do indivíduo que ainda não adoeceu.

Parece que cabe ao professor, além de disciplinar, denunciar aqueles que aparecem com desvio da normalidade, cuja conduta indica um futuro (provável) adolescente delinquente. Os portadores de tais sintomas subclínicos, detectados por professores e médicos treinados pelos psiquiatras especializados em infância e adolescência, poderão ser medicados, por até toda a vida. Serão tratados pela doença que não têm e que não apresenta qualquer indício orgânico de patologia. A defesa da verdade para a instauração da práxis clínica é de que todos os recursos tecnológicos, que mostram a credibilidade, serão utilizados.

A propósito do quarto objetivo, “difusão dessas informações através da telemedicina”, o psiquiatra esclarece que:

Nós vamos tentar educar diferentes professores em áreas mais distantes, formar os novos médicos nessa nova perspectiva também, nas áreas mais distantes, nos quatro cantos do país e, por último, nós estamos trabalhando para trazer um prontuário eletrônico, que não só identificamos como o melhor prontuário eletrônico que existe na atualidade. E daí, uma vez traduzido, implementado e adaptado à nossa realidade, vamos levá-lo para a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, de São Paulo, da Bahia, de Pernambuco e vamos fazer um projeto piloto e ver

se nós conseguimos coletar dados a partir desse prontuário eletrônico, em conjunto com todas essas universidades.

O esforço, a verdadeira força-tarefa para solução dos problemas de uma sociedade, defendidos como doenças mentais e enfrentados por meio da medicalização da infância e adolescência, seria uma normalização de condutas e utilização de drogas que alteram o comportamento, com recurso de alta tecnologia para a disciplinarização de médicos, professores, crianças e pais.

Por fim, o vídeo fecha com a seguinte afirmação:

Na verdade, o que nós esperamos do projeto é alavancar de forma significativa a saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil. Espero que a gente possa capacitar profissionais da área de saúde mental dentro dessa visão, que possamos também divulgar e difundir essas informações, não só para o profissional da área de saúde que está em nível secundário e terciário, mas também aquele que está lá na ponta no Posto de Saúde de Família. Que ele possa começar a ter noções básicas de saúde mental dentro do contexto da psiquiatria do desenvolvimento.

Inicialmente, um dos objetivos do empreendimento é inserir as crianças que estão em trajetórias atípicas para trajetórias típicas. Porém, nesse caso, o normal, o típico, não foi explicado. Em nenhum momento foram explicitados os critérios de normalidade e as regras de delimitação de uma infância que a psiquiatria do desenvolvimento considere típica. No vídeo, não há uma explicação do que seria a pessoa normal para a psiquiatria do desenvolvimento. Poderíamos olhar esse ser típico, como o homem médio, aquele inserido às normas disciplinares da sociedade em que vive. Porém, as normas definem diferentes possibilidades do típico, isso depende da dimensão da norma exterior (LE BLANC, 2007, p.39-50). Ainda, teria de ser levada em conta a fronteira que existe entre a pessoa típica e a pessoa ideal, que certamente não seria o mediano. Para que se pudesse compreender o que está fora da norma e da idealização de um adulto típico, seria preciso que fossem definidas as regras de educação, de disciplinarização da criança e, por fim, apresentadas justificativas para afirmar os motivos de ser essa forma de moralização a mais acertada para a manutenção da saúde mental.

E mesmo que se defina um adulto típico, qual seria o valor de uma normalização de condutas? Essa psicologia que se pretende

biológica, hoje chamada psicologia comportamental-cognitiva, é um dos instrumentos utilizados pela psiquiatria para delinear a normalização das condutas. Mesmo que os estudos, tanto genéticos como de observação comportamental, em relação ao funcionamento cerebral, localizem aspectos do comportamento, precisam ser levados em conta os muitos saberes envolvidos na compreensão do ser humano.

A situação mereceria um movimento como o que Foucault chamou de insurreição dos «saberes sujeitados» (1999b). Ele entende por «saberes sujeitados», “toda uma série de saberes que foram desqualificados como saberes não conceituais, como saberes insuficientemente elaborados: saberes ingênuos, saberes hierarquicamente inferiores, saberes abaixo do nível do conhecimento ou da cientificidade requeridos (FOUCAULT, 1999b, p.12)”. Para Foucault, foi por meio do reaparecimento de saberes locais, populares e do ressurgimento de saberes eruditos e novas formas de estudo da história, que esses saberes desqualificados, fizeram a crítica. Esses saberes mesclam os saberes eruditos e os saberes populares. Foucault fala que a ciência assujeita os saberes e define uma verdade que pode ser tão frágil em sua confirmação de verdade científica quanto os saberes não formais.

Podemos dizer que estamos diante de um superdimensionamento do poder de solução dos fatos da vida, por uma medicina psiquiátrica e sua verdade científica, que lança mão de diagnósticos de doenças não manifestadas, baseados em comportamentos a serem contidos por psicofármacos e pela orientação de condutas. É um projeto em fase de implantação, que conta com amplo financiamento, público e privado, e credibilidade institucional para sua implantação. É uma medicalização do social e do psíquico, que serve mais à indústria da doença do que à saúde da população.

4.4.2 O comportamento baseado em evidências

Na Rev. psiquiatr. clín., o artigo "Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes" (2007, p.74-83), é uma revisão bibliográfica, em que cerca de um terço das páginas é de referências, em sua maioria sobre experimentos com crianças e adolescentes, para definir parâmetros e criar escalas de normal e patológico e de pesquisas para testar as técnicas de tratamento.

A medicina baseada em evidências, no Brasil está sendo apoiada institucionalmente com o Projeto Diretrizes (AMB/CFM, s.d.). Os parâmetros se justificam em rígidas regras de pesquisa a fim de dar o

caráter científico hegemônico nas ciências biomédicas. A psicologia do comportamento, desde seu nascimento e, atualmente, em conjunto com a biomedicina, pesquisa o comportamento normal e anormal, por meio de experimentos de laboratório, com comprovação pela repetição e condicionamento. Os «tratamentos» são assim definidos no artigo.

Tratamentos baseados em evidências referem-se a intervenções que apresentam evidência empírica de sua eficácia. Evidência significa que a intervenção foi comparada a um grupo controle ou outro tratamento ativo, sendo demonstrada resposta terapêutica e melhora da psicopatologia (Kazdin, 2004).

A prática baseada em evidência não está relacionada com nenhuma orientação teórica específica. Dentro desse paradigma, qualquer intervenção deve ser fundamentada por evidências objetivas e cientificamente comprovadas. A melhor evidência é aquela obtida por meio de ensaios clínicos randomizados (ECR). (PHEULA¹⁰¹; ISOLAN¹⁰², 2007, p.75).

A função psi em questão, a exemplo do DSM, se apresenta como ateórica, o que mostra uma posição, digamos assim, de que existe uma natureza humana e um comportamento anormal, desviante da norma naturalizada.

Seguindo no artigo, sugiro a inadequação do uso do termo psicoterapia, penso ser mais apropriado nomear essa abordagem como uma psicopedagogia comportamental.

O movimento da psicoterapia baseada em evidências refere-se ao esforço em identificar, testar, desenvolver e, sobretudo, estimular a disseminação e o uso de técnicas validadas em pesquisas científicas (Ollendick e King, 1998).

A Academia Americana de Psicologia determinou, em 1995, a criação de uma força-tarefa destinada a definir diretrizes para intervenções psicoterápicas em determinados transtornos psiquiátricos (American Psychological Association, 1995). (PHEULA; ISOLAN, 2007, p.75).

¹⁰¹ Gabriel Ferreira Pheula, especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência pela UFRGS.

¹⁰² Luciano Rassier Isola, mestrando em Psiquiatria pela UFRGS e aluno do Curso de Especialização em Psiquiatria da Infância e Adolescência da UFRGS.

A instituição da psicologia se uniu à força-tarefa da psiquiatria do desenvolvimento, como se pode perceber no vídeo analisado, uma mídia persuasiva com o objetivo de modelar e treinar os professores e pais para prevenir o desenvolvimento de crianças e jovens com transtornos mentais. Este artigo trata da intervenção no comportamento com a psicologia; no vídeo a intenção é promover o conjunto de ação, psicologia comportamental e psiquiatria biológica.

Kendall et al. (2000) enfatizaram a utilidade das técnicas cognitivo-comportamentais nessa faixa etária, em virtude de acessarem as necessidades específicas do momento do desenvolvimento psicológico, por serem orientadas para resolução de problemas, enfatizarem o processamento de informação e sua ligação com emoções específicas, focarem domínios sociais e interpessoais, utilizarem tarefas e possibilitarem a verificação de melhora em situações práticas e de performance. Além disso, apresentam tendências focal e educativa proeminentes, facilitando a adesão. (p.77-78).

A manualização de tratamentos permite a descrição minuciosa do experimento, condição necessária para aplicação em pesquisa quantitativa. (PHEULA; ISOLAN, 2007, p.78).

Manualização é uma palavra inventada para dizer que os tratamentos são prescritos pelo diagnóstico feito por manual, como o DSM.

As técnicas de reforço, também chamadas de manejo de contingência, são baseadas no condicionamento operante, ou seja, a melhora seria ocasionada por técnicas de reforço aplicadas adequadamente (Mineka e Thomas, 1999). Existem evidências de que sejam mais eficazes do que modelagem ao vivo e estratégias verbais de autocontrole (Sheslow et al., 1983; Menzies e Clarke, 1993; Silverman et al., 1999). (PHEULA; ISOLAN, 2007, p.79).

Essa intervenção behaviorista interfere na imagem do corpo em formação, intervindo com estereotípias de um sujeito ideal, por meio de técnicas invasivas de reforço, condicionamento operante e de autocontrole, como as citadas acima. É uma abordagem que define esquemas corporais corretos, de modo a assujeitar o indivíduo em sua fase de formação. De acordo com a psicanalista Françoise Dolto "a

imagem do corpo não é a imagem que é desenhada ou representada pela massa de modelar; ela se revela pelo diálogo analítico com a criança (DOLTO, 1984, p.16)".¹⁰³ E é exatamente nesse ponto que o behaviorismo, de maneira invasiva, define pelo poder-saber da ciência e pela ação do psicólogo os esquemas corporais adequados para compor um homem normal. Interfere de maneira impositiva sobre os esquemas corporais da criança.

O esquema corporal é um fato da vida, é de alguma forma nossa vida carnal no contato com o mundo físico. Nossas experiências da realidade dependem da integridade do organismo ou de lesões transitórias ou indeléveis, neurológicas, musculares, nos ossos e também de nossas sensações fisiológicas, viscerais, circulatórias – chamadas ainda de cenestésicas. (DOLTO, 1984, p.18)¹⁰⁴.

Essa psicopedagogia pretende definir a imagem corporal adequada para formar um adulto médio, que cumpra o perfil das normas sociais. Se a criança está em sofrimento em relação à norma ou por fatos de sua vida, percebidos na psicanálise pelos esquemas corporais e trabalhados no sentido de a criança desenvolver uma imagem corporal própria, de maneira diversa, pode-se dizer oposta, o sofrimento da criança não é dotado de valor, diante da imposição do binômio normal-patológico. A intervenção se dá no sentido de moldar, modelar, manejar, condicionar, treinar e reforçar comportamentos adequados para que a criança se torne um adulto condicionado à normalidade social. É um assujeitamento para ensinar a ser normal. A normalidade deixa sua marca de intolerância pela produção de uma série de condicionamentos para assegurar um desenvolvimento cognitivo dentro dos limites das normas sociais (LE BLANC, 2007, p.15-28).

Além de programar ou pelo menos tentar definir como a criança deve se comportar, impedindo a experiência e negando um apoio psicológico ao sofrimento, por exemplo, como propõe a psicanálise, como já vimos, são definidos os transtornos mentais e até prevenidos. Como a depressão no adulto, o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é o transtorno mais difundido.

¹⁰³ Tradução da autora.

¹⁰⁴ Cenestesia: designação genérica para as impressões sensoriais internas do organismo, que formam a base das sensações, p.ex., de estar com saúde, de estar relaxado etc., por oposição às impressões do mundo externo percebidas por meio dos órgãos dos sentidos.

De acordo com a American Psychological Association, o treinamento de manejo comportamental pelos pais, com intervenções comportamentais em sala de aula, são considerados de eficácia bem estabelecida (Pelham et al., 1998). O treinamento de pais, desenvolvido principalmente por Barkley (1997), baseia-se no princípio do condicionamento operante, o qual preconiza que, com técnicas de reforço adequadas, há aumento na frequência de comportamentos adequados. (PHEULA; ISOLAN, 2007, p.80).

Assim, chegamos novamente ao método implantado pela força-tarefa da psiquiatria biológica e da psicologia comportamental-cognitiva.

Mais uma vez, vejo semelhança com o final do século XIX.

A grande família indefinida e confusa dos "anormais", que amedrontará o fim do século XIX, não assinala apenas uma fase de incerteza ou um episódio um tanto infeliz na história da psicopatologia; ela foi formada em correlação com todo um conjunto de instituições de controle, toda uma série de mecanismos de vigilância e de distribuição; e, quando tiver sido quase inteiramente coberta pela categoria da "degeneração", dará lugar a elaborações teóricas ridículas, mas com efeitos duradouramente reais. (FOUCAULT, 2002b, p.413).¹⁰⁵

Estaremos ainda sob os efeitos reais da história dos anormais do século XIX? A meu ver, as evidências científicas em que se apoiam a psiquiatria e a psicologia biológicas são construídas em bases tão instáveis quanto foi a categoria de anormal, analisada por Foucault (2002b).

Nesse sentido, serão analisadas no próximo capítulo, por meio de excertos da Revista Brasileira de Psicanálise e da Revista de Psiquiatria Clínica, as posições e algumas concepções sobre neurose, a declaração de seu fim pela psiquiatria e as psicopatologias chamadas a partir de então de transtornos mentais. Em seguida, também por meio de excertos das revistas, serão abordados os fundamentos classificatórios da psiquiatria e o poder mercadológico da indústria de medicamentos psicotrópicos.

¹⁰⁵ Assim Foucault abre o resumo do Curso Os anormais, de 1974-1975.

5 O FIM DA NEUROSE E A ERA DOS TRANSTORNOS MENTAIS NO CONTEXTO DAS REVISTAS

O DSM-III em poucos anos foi traduzido para duas dezenas de línguas (AGUIAR, 2004, p.44) e tornou-se o guia da psiquiatria, marcando, assim, um corte com as subjetividades humanas, passando o sofrimento psíquico e os desvios de comportamento a serem delimitados em um manual. Não é intenção analisar o impacto do DSM ou descrever seu histórico, mas há três pontos a destacar sobre a sua objetividade: 1. padronizar o diagnóstico em um manual, 2. definir-se como ateuórico e 3. desprezar o conceito de neuroses. 1. A padronização classificatória da psicopatologia e de seu diagnóstico aproxima a psiquiatria das regras de objetividade das ciências biomédicas. 2. Ao autodefinir-se como ateuórico (incrivelmente aceito na comunidade científica), permite à psiquiatria assumir que conhece a única verdade das psicopatologias que cataloga e define como devem ser diagnosticados os transtornos mentais. 3. Desprezar o conceito de neurose, para que seja esquecido, foi uma tentativa de anular a verdade da psicanálise e de toda a psicologia profunda. É também um modo de incluir progressivamente o conceito de prevenção em psiquiatria, por meio de delimitação de situações de risco, ao tornar líquidos os limites entre psicose e neurose. Desse modo, a permeabilidade entre «ser normal» e «ser transtornado», ou de vir a ser, abrange uma parcela populacional cada vez maior. Ainda, a palavra transtorno é muito mais leve do que neurose e desfaz-se a fronteira com a psicose, por exemplo, a psicose maníaco-depressiva virou transtorno bipolar, o primeiro nome vinha carregado do estigma do louco, mas era uma psicopatologia pouco frequente; já o transtorno bipolar, com o diagnóstico de manual, é uma psicopatologia, considerada por seus pares, epidêmica. Assim, o risco de desenvolver transtornos é nada mais que ser encaixado e rotulado pelo manual! Os transtornos se multiplicam a cada versão e tornam-se específicos para incluir novas situações de sofrimento e de comportamentos indesejados, inadequados, de acordo com a comunidade científica hegemônica. A psiquiatria clínica, com a imposição do manual diagnóstico, com a premissa de que as pessoas são acometidas de transtornos mentais, descolados de qualquer teoria que faça o médico compreender a verdade de sua clínica, mas pelo contrário, define-se uma verdade única sobre normal e patológico, sem necessidade de o profissional se aprofundar na compreensão das subjetividades humanas e da normalidade social.

A psiquiatria respondeu à demanda da medicina por uma psicopatologia diagnosticável e se adequou aos imperativos da indústria de psicotrópicos, um diagnóstico simples para um tratamento simples. Livrando-se da complexidade do humano, a pesquisa pode se desenvolver sem problemas, provando pela quantidade confirmada nos experimentos, a verdade do comportamento patológico.

A psiquiatria biológica valoriza os transtornos de comportamento, diagnosticáveis por sinais e sintomas relatados pelo paciente ou seus familiares ou até mesmo por meio de relatos à distância. Isso está aliado a uma crescente indústria de psicofármacos, capaz de embotar o desejo e a vontade de conhecer. É reforçada a ciência que crê ser o arauto da verdade e define de fora para dentro a patologia em detrimento do conhecimento de si mesmo.

O decano da psiquiatria brasileira, anteriormente citado e que mostrou um palavreado rebuscado e confuso, ao lhe perguntarem sobre a retirada da palavra neurose das classificações das doenças mentais, mostrou um discurso direto e preciso, como segue.

Se eu quisesse simplificar as coisas, diria: escreva uma carta ao Spitzer, que é o papa da classificação. Mas eu vou dar uma ideia do que eu penso que seja, não sei se é. Se você fizer uma curva das publicações em revistas de psiquiatria de artigos de orientação psicanalítica, você verá que essa curva é extremamente descendente em todos os países de língua inglesa. É porque há um número enorme de revistas especializadas em que os melhores artigos disputam lugar e devem estar esperando época para serem publicados. (LEME LOPES apud FROTA, 2004).¹⁰⁶

Leme Lopes está se referindo ao DSM-III, no ano de 1988, quando no Brasil já são sentidos os reflexos do intenso trabalho pela implementação do manual. Spitzer foi o coordenador da elaboração dessa versão, por isso a ironia. É necessário destacar a sua denúncia sobre a mudança dos interesses das revistas especializadas (hoje mais comumente chamadas de científicas), passando da psicanálise aos interesses do manual e da indústria, conforme vimos falando. Vejamos mais um trecho da resposta do decano.

Mas, ao mesmo tempo, com o sucesso da psicofarmacologia, as pessoas que são

¹⁰⁶ Conferência pronunciada por José Leme Lopes, na SBPRJ, em 24 de outubro de 1988.

responsáveis pela administração da loucura, isto é, dos hospitais, dos locais, ficaram com uma ideia de que limpariam esses hospitais, que acabariam com aquilo tudo e de que não precisavam mais de certas coisas demoradas, complicadas, como é um tratamento psicanalítico. Houve então um certo combate à psicanálise. E, como combater a psicanálise? Acabando com o nome neurose. Eu tenho a impressão de que isso é uma tendência antipsicanalítica que existe nessa classificação americana, e que é seguida, infelizmente, pela Organização Mundial de Saúde. (LEME LOPES apud FROTA, 2004).

O outro ponto de destaque, nessa empreitada da instituição psiquiátrica estadunidense, foi a intencionalidade de passar de uma terapêutica hospitalar para extra-hospitalar, por uma perspectiva medicalizada de prevenção e cura de doenças mentais, incluindo uma parcela muito maior da população e não somente os «loucos». “A novidade desse conhecimento é a proposição da realização de prevenção primária das doenças mentais... A adaptação social é assim expressamente assumida e proposta para a assistência psiquiátrica” (SILVA FILHO, 2001, p.98-99). A prevenção e a clínica psiquiátrica se iniciam com o advento do substituto do hospital, ou seja, a droga química, uma solução mais barata, que começou a ser implantada desde os anos 1950, quando da sintetização do primeiro psicotrópico (AGUIAR, 2004; ROUDINESCO, 2000; SILVA FILHO, 2001).

Estou convicto de que a neurose existe, neurose de tipo psiconeurose freudiana. Eu vi muitos casos. Transformar a fobia numa manifestação de prolapso de válvula mitral eu acho impossível. É o que eles estão querendo. Eu acho que isso aí indica uma orientação de pensamento muito típica de uma certa facção que combate a psicanálise nos Estados Unidos, porque a psicanálise dominou de tal modo os Estados Unidos nos anos quarenta e cinquenta, que houve uma reação. É o pêndulo: agora estão contra, já foram a favor; depois, não sabemos o que acontecerá. Mas continuem a usar na sua clínica o conceito de neurose. (LEME LOPES apud FROTA, 2004).¹⁰⁷

¹⁰⁷ Conferência pronunciada por José Leme Lopes, na SBPRJ, em 24 de outubro de 1988.

As palavras de Leme Lopes mostram sua indignação e a denúncia do complexo médico industrial no campo psi. O psiquiatra, que tanto criticou a antipsiquiatria, condensa em poucas palavras o processo de eliminação das neuroses da classificação de psicopatologias da psiquiatria. Se ela entrou pela influência da psicanálise, saiu pela mesma porta, para retirar qualquer resquício de psicanálise da prática psiquiátrica. Assim se fortalece a era dos psicotrópicos e dos diagnósticos por meio de manuais, que quase nada exigem de conhecimento do médico sobre sofrimento psíquico e psicodinâmica de consultório.

No artigo "As Neuroses", na Rev. psiquiatr. clín. (1993, p.138-153), Queiroz Filho¹⁰⁸ afirma que o termo neurose foi criado ao final do século XVIII, pelo médico escocês William Cullen, com o sentido de doença nervosa, "que não dependem de uma afecção local dos órgãos, mas de uma afecção mais generalizada do sistema nervoso..." (QUEIROZ FILHO, p.138). O autor, no entanto, talvez por não se ter apercebido que na época ainda não existia a psiquiatria (criada no século XIX), diz que "desde as origens, foram classificadas como doenças nervosas e não como doenças mentais (p.138)". Acho que o uso da palavra classificação é vício do ofício do psiquiatra, pois creio que não há uma classificação de neuroses no período a que se refere. De modo a qualificar essa história, cito um outro artigo da mesma revista.

Em resumo, o debate francês de 1860-1861 sobre classificações psiquiátricas é importante por representar um microcosmo onde todas as questões relevantes envolvendo as dificuldades conceituais e empíricas da área foram apresentadas. Desruelles et al. viram isso como reflexo do choque entre os tradicionalistas (defensores do conceito de monomania de Esquirol) e os inovadores (aqueles que seguiram Morel).

...

Os alienistas franceses do século XIX estavam bem conscientes de que a confusão sobre classificação fosse um obstáculo à pesquisa e, em

¹⁰⁸ José Pinto de Queiroz Filho, médico psiquiatra, professor assistente de Psiquiatria da Escola de Medicina e Saúde Pública da Bahia. Trabalho apresentado no I Encontro Luso-Americano de Psicoterapia Analítica de Grupo, 1991.

1889, houve um segundo debate na *Société Médico-Psychologique*. Em nível europeu, houve também dois encontros. Em 1885, o Congresso de Medicina Mental, na Antuérpia, constituiu uma Comissão para considerar todas as classificações existentes. Isso foi discutido no Congresso de Paris de 1889, tendo-se adotado uma classificação estabelecida pelo Dr. Morel de Ghent. De modo impiedoso, Daniel Hack Tuke escreveu em 1892: 'vamos ver se os médicos de asilo irão adotá-la em suas mesas'. (BERRIOS, 2008, p.122).

Queiroz Filho, no entanto, em sua breve história do conceito de neurose, diz que no século XIX surgiram diversas hipóteses, segundo ele, uma "babel de hipóteses" sobre a neurose, e se dispõe a fazer o que chama de "estudo crítico de quatro abordagens teóricas das neuroses: geral, psicanalítica, reflexológica (de onde emergiu o behaviorismo) e comunicacional" (1993, p.139).

Cita Szasz, em *O mito da doença mental*, como é comum em vários artigos na Rev. psiquiatr. clín., neste caso, serviu para amparar os «equivocos metodológicos (p.140)», que Queiroz atribui à psicanálise.

O conceito psicanalítico de neurose é tão essencial à teoria que, para estudá-lo, precisamos analisar os próprios fundamentos da psicanálise. Senão vejamos: para a psicanálise, neurose é doença de natureza psicogênica, dita "funcional" (metáforica ou inventada, de acordo com Szasz), o que significa, simplesmente, que nenhuma anormalidade estrutural ou "orgânica" pode ser encontrada nela. (QUEIROZ FILHO, 1993, p.141).

O psiquiatra atribui essa forma de teorizar de Freud à "grande popularidade da tendência irracional na Filosofia e na literatura de então, que privilegiava os impulsos inconscientes como responsáveis pela conduta das pessoas" (p.141). Segue dando exemplos e afirmativas que depreciam a psicanálise.

Sem dúvida, frente a essa e outras comprovações da ineficácia terapêutica, os psicanalistas (mais usualmente leigos em medicina e paramédicos) improvisaram mais uma explicação *ad-hoc* para salvar a teoria-mãe. Acordaram, inicialmente, que a terapia analítica não tem o objetivo de remover sintomas e, logo depois, que não tem o compromisso... [de] curar seus pacientes do que

quer que seja, configurando uma afirmação esdrúxula: a de que a psicanálise é, paradoxalmente, uma terapia que não cura, ou, no mínimo, não se ocupa com a cura! (QUEIROZ FILHO, 1993, p.143).

Conclui, que ao abrir mão da cura, a psicanálise trai as ideias originais de Freud e "estimula o psicologismo, a licenciosidade, a irresponsabilidade e a prática charlatanesca" (p.144).

Na sequência, fala da antiga visão reflexológica, colocando que Pavlov afirma "que as neuroses seriam manifestações provocadas por pressões (físicas, econômicas e interpessoais) que o cérebro não pode tolerar" (p.144). Vai descrever as experiências de Pavlov com cães em laboratório.

Para melhor ilustrar sobre Pavlov, vou me referir a um artigo nos primeiros anos da Rev. psiquiatr. clín. (1975, p.117-124), onde Miguel Callile Junior¹⁰⁹ define a teoria reflexológica das neuroses, a partir das experiências de Pavlov, em especial como o sistema nervoso reage e se formam as neuroses em laboratório, por meio dos experimentos com cães e resultados advindos de observações fortuitas, como uma tempestade ocorrida no laboratório de Pavlov. O autor fala do movimento cerebral nos estágios do sono, com o intuito de mostrar como se forma uma neurose, em "alterações de personalidades não firmes". "Para a Reflexologia, é o Sistema Nervoso que permite toda e qualquer relação entre o indivíduo e o mundo que o circunda" (p.118). No caso de a resposta a um estímulo não se dar de maneira correta no cérebro vai desencadear a neurose, uma forma de reação não adaptativa ao meio. Sem mais, é este o artigo, uma tentativa de contrapor à psicanálise, mesmo que não o diga, uma teoria cerebral para explicar as neuroses. Nada que relacione com a clínica, a pessoa e muito menos o sofrimento dos animais de laboratório.

Queiroz Filho concorda em parte com a abordagem reflexológica, colocando que foi revisada por Skinner. O seu objetivo, além de criticar a psicanálise, é falar da abordagem comunicacional, que para ele compreende assim o neurótico:

O neurótico não é mau, nem louco, nem doente. É apenas um indivíduo cujo comportamento, por mais bizarro que possa parecer à nossa lógica,

¹⁰⁹ Callile Junior, livre-docente da Fac. Medicina UFRJ; sociólogo FFI/UFRJ; diretor do Instituto Prof. Adauto Botelho/MS; presidente da Sociedade Brasileira de Hipnose Médica; Médico Psiquiatra do QP/MS, Divisão Nacional de Saúde Mental.

traduz somente a pobreza de seu modelo de mundo para fazer escolhas. Tal pobreza pode ser consequência de inadequações dos filtros biológico (ou genético), social (ou interpessoal) e pessoal (ou intrapessoal). Sofre e se sente tolhido porque seu modelo de mundo é ineficaz para lhe proporcionar escolhas adequadas a liberdade para agir. Não é que o mundo seja limitado, ou que não haja escolhas; ele é que se encontra bloqueado para vivê-las, já que elas não existem no seu modelo de mundo. (QUEIROZ FILHO, 1993, p.147).

Mas quem seria esse «nós», que vive em uma lógica que considera bizarro determinados comportamentos? Seria quem tem a verdade da normalidade e a adequação capaz de fazer as escolhas certas. Acho que existe um dito popular, que diz: quem tem juízo obedece. Pode ser nesse espaço que está o «nós adequado» e, portanto, normal e não neurótico, pois este «não tem juízo» e não «obedece» às normas «na nossa lógica», a do médico, a dos normais.

Como sua colega Carmita Abdo (1993, p.55-58), na Rev. psiquiatr. clín., refere-se ao livro de Watzlawick et al. (1988), *Pragmática da comunicação humana, um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. O livro, como revela seu título, é um estudo aprofundado dos modos de interação na comunicação bem sucedida e na comunicação patológica, com uma atenção especial aos esquizofrênicos. Mas o interesse principal do psiquiatra Queiroz Filho, cita essa obra para afirmar que o córtex cerebral é responsável pelo estado de vigília e que a linguagem é regulada pelo cérebro. Em seu entendimento, as bases científicas apoiam as deduções clínicas de Watzlawick, Beavin e Jackson. Por conseguinte, segundo Queiroz Filho, os processos mentais são formados e se realizam sobre a base da atividade da linguagem e o cérebro funciona integrado ao resto do corpo e ao ambiente externo, compondo um sistema tripartite de autorregulação, homogêneo e complexo. No entanto, não apresenta nenhuma comprovação de pesquisa sobre o funcionamento do cérebro, relacionada à origem das formas de comunicação.

Por fim, o psiquiatra classifica os tipos de neuroses e cria uma rápida e superficial técnica diagnóstica, a partir dos modos de comunicação do paciente. Para ele, "neurose é antes de tudo uma «comunicose»" (p.147).

Ao que tudo indica e diferentemente do que parece ocorrer com o psicótico, o sistema nervoso

do neurótico, como um todo, é capaz de processar as informações recebidas, de forma mais ou menos adequada. Entretanto, seus filtros biológicos, sociais e pessoais se encontram, de alguma forma, alterados e, por isto, tal processamento é usualmente pobre, distorcido e limitado, impedindo-o de estabelecer relacionamentos interpessoais satisfatórios. (QUEIROZ FILHO, 1993, p.147).

A meu ver, o autor dá voltas e voltas com a intenção de desvalorizar a psicanálise e provar alguma coisa, mas não passa de confundir mais que esclarecer sobre uma conceituação de neurose e que esta é ligada à comunicação. Não há no artigo, qualquer subsídio de que exista uma origem orgânica para a neurose.

Na Rev. bras. psicanál. (2003, p.993-1008), o artigo "Sobre a clínica psicanalítica da atualidade: novos sintomas ou novas patologias?" e os comentários que seguem (p.1009-1018) apresentam uma problematização sobre as diferenças dos pacientes de hoje em relação aos do início da psicanálise. "Os conflitos infantis comuns a todos os tempos poderiam estar sendo exacerbados pela vida moderna e mesmo mascarados por descrições subordinadas a paradigmas médicos" (LOWENKRON¹¹⁰, 2003, p.993). A psicanalista coloca que os tempos são de incertezas e os pacientes estão se modificando. Questiona, basicamente, sobre as possibilidades de alterações nas organizações psíquicas ou nas manifestações somáticas.

A concordância entre os psicanalistas a respeito desses problemas parece limitar-se à constatação de que há mudanças no perfil dos pacientes, no que tange à diminuição da frequência de sintomas neuróticos típicos, especialmente a conversão histérica, e, além disso, à maior dificuldade de engajamento nas condições do processo analítico padrão. Daí em diante, as descrições e as explicações propostas para as diferenças observadas são, em grande parte, heterogêneas.

Na diversidade dos gêneros mencionados como manifestações preferenciais do sofrimento psíquico da atualidade, sobressaem os transtornos depressivos, o sentimento de vazio interior, de redução da autoestima e de falta de identidade, as somatizações graves, o abuso de drogas e as

¹¹⁰ Aurea Maria Lowenkron, membro efetivo da SBPRJ.

modalidades perversas de existência.
(LOWENKRON, 2003, p.995).

A sua argumentação é amparada em Roudinesco¹¹¹, "com a tese de substituição de paradigma", e Kristeva¹¹², "com o conceito de novas doenças da alma". Em relação à teorização de Kristeva, a autora sugere uma comparação com a concepção freudiana de «neuroses atuais». Explica que Freud as diferenciou das psiconeuroses "por corresponderem a uma carência de representação e por terem suas causas ligadas à vida atual do paciente" (p.995).

A psicanalista destaca um ponto primordial em comum às duas autoras, o de que "sujeito e mundo não podem ser pensados separadamente". Mas houve grandes e profundas mudanças na sociedade, mudanças sociais e culturais. Coloca que o neurótico, para Freud, é "filho da Modernidade, um produto das condições de vida da burguesia urbana emergente no cenário europeu, no qual a família, como demonstrou Ariès (1980), torna-se o lugar obrigatório dos afetos" (p.996).

Atualmente, na sociedade de consumo, "que promove a ilusão de liberdade individual irrestrita, o mal-estar assume muitas vezes forma de apatia, vazio interior, solidão e fracasso" (LOWENKRON, p.997). A autora vê a depressão como uma nova entidade.

O crescente sucesso da nova designação deixa bem claro que as sociedades democráticas do fim do século XX deixaram de privilegiar o conflito como núcleo normativo da personalidade. Em outras palavras, a concepção freudiana de um sujeito do inconsciente, consciente de sua liberdade, mas atormentado pelo sexo, pela morte e pela proibição, foi substituída pela concepção mais psicológica de um indivíduo depressivo, que foge de seu inconsciente e está preocupado em retirar de si a essência de todo o conflito. (ROUDINESCO, 2000, p.19).

Para compreender essa substituição, diz Lowenkron, é preciso "levar em conta a construção das categorias diagnósticas e, de maneira

¹¹¹ ROUDINESCO, E. El psicoanálisis a fine del siglo XX. La situation en Francia: perspectivas clínicas y institucionales. International Psychoanalysis. The newsletter of the IPA. v.6, 1, p.40-45. 1997.

¹¹² KRISTEVA, J. *New Maladies of the Soul*. New York: Columbia University Press.1995.

mais abrangente, das classificações" (p.998). Vimos, na análise dos artigos, caminhando nesse sentido, como cito.

Categorias psicopatológicas, portanto, são construções resultantes de interpretações do chamado 'fenômeno clínico', orientadas por concepções teóricas – reconhecidas ou não como tal – que constituem os vetores de organização das classificações diagnósticas e convergem para objetivos. O objetivo principal que norteia o DSM-IV e a CID-10, as classificações de transtornos mentais vigentes, a busca de fidedignidade do diagnóstico. (LOWENKRON, 2003, p.998).

Em sua problematização, mostra que essa busca de objetividade no diagnóstico exige "uma estabilidade dos sinais e sintomas, que seria independente do contexto cultural e relacional do qual emerge" (p.998). Compreende, portanto, as classificações de transtornos mentais como construção cultural e não "uma essência patológica trans-histórica e transcultural subjacente às manifestações clínicas" (p.998).

Conclui que está ocorrendo uma passagem de uma clínica do sujeito do inconsciente a uma clínica que se recusa ao conflito, como em busca da remissão de sintomas. Mostra, porém, que as neuroses não desapareceram ou foram substituídas por outras categorias, mas estão sendo negadas as suas formas de expressão.

A categoria *depressão*, tão em voga nos últimos tempos, foi construída de acordo com a perspectiva objetivante e essencialista que preside as classificações psiquiátricas vigentes, tendo se revelado um objeto bastante fecundo para a pesquisa no campo da psicofarmacologia, das neurociências e da epidemiologia, disciplinas que operam o método empírico-experimental. Trata-se, evidentemente, de um novo contexto de pensamento, que não é neutro, pois supõe serem os transtornos depressivos decorrentes de anomalias do funcionamento cerebral cujas manifestações comportamentais deverão ser suprimidas por meio de medicamentos, o que pode tornar dispensável a busca de sentido dos sintomas. (LOWENKRON, 2003, p.999).

Em relação às «novas doenças da alma», em Kristeva, remexe com as formações de subjetividades, devido aos modos de vida contemporâneos que empurram para um vazio existencial.

As novas doenças da alma incorporam obstáculos à atividade de representação e simbolização que conduzem ao aniquilamento da vida psíquica, não podendo por isso serem equiparadas às neuroses, nas quais os conflitos entre o desejo inconsciente e defesa se expressa simbolicamente. (LOWENKRON, 2003, p.1001).

Fala de uma "condição de inabilidade para representar" (p.1002), que sugere ser uma concepção mais ligada ao social, segundo ela, em concordância com Bauman.

Condições de grande mutabilidade e turbulência esvaziada de sentido, como as que encontramos no mundo contemporâneo, operam contra a construção de uma vida interior, contra a criação de uma alma, atividade que requer tempo e espaço. Por essa razão, insiste Kristeva, a psicanálise terá de se confrontar com o problema da organização e da permanência da vida psíquica. Mas, para tanto, deve incluir a história social como um dos elementos constitutivos do psíquico. (LOWENKRON, 2003, p.1001).

Apesar de ter feito a crítica às classificações, aos manuais diagnósticos e ao complexo médico industrial, não se aprofunda em uma visão de que a medicalização é produtora de subjetividades e que as novas formas de expressão de sofrimento e de desejo de cura e fuga do conflito são resultantes em grande parte dessas modalidades medicalizantes. A sociedade de consumo produz subjetividades, sem dúvida, mas a oferta de soluções de afastamento de conflitos emocionais é um produto imposto com veemência, enquanto a psicanálise, no Brasil, é colocada à margem do sistema de saúde, tanto público como privado. Assim, arrisco a dizer que as ciências biomédicas, especificamente as ligadas ao campo psi estão «esvaziadas de sentido», «operam contra a construção de uma vida interior».

Na Rev. bras. psicanál., o artigo "Construções em análise hoje: a concepção freudiana ainda é válida?", de Luciane Falcão¹¹³ (2007, p.69-81), é uma revisão do conceito de *Construções em análise*, de Freud, publicado em 1937, articulado com questões da psicanálise francesa atual, principalmente por meio do trabalho de Viderman, A. Green, J. L. Donnet, R. Roussillon, C. e S. Botella, entre outros.

¹¹³ Luciane Falcão, membro associado da SPPA.

Pretendo considerar a questão da *construção em análise* abarcando dois aspectos. O primeiro, introduzido por Freud, no qual refere que há construção 'quando se põe perante o sujeito da análise um fragmento de sua história primitiva, que ele esqueceu' (Freud, 1937, p.295). Um segundo aspecto, uma conjectura ligada à psicanálise contemporânea, na qual pensaríamos a questão da construção como algo psíquico criado pela primeira vez através da relação analista/paciente, em que este passaria a compor novas tessituras psíquicas primevas. (FALCÃO, 2007, p.69-70).

A intenção, ao que parece, não é responder alguma questão, mas levar o leitor especializado ao questionamento do próprio fazer na clínica da atualidade.

Mas sabemos das dificuldades que temos nas análises atuais, nas quais nossos pacientes se apresentam com o vazio, como os buracos, com o vago das tessituras psíquicas que não ocorreram... Aqui nosso trabalho se dificulta e exigirá mais de nosso psiquismo. O espaço analítico existirá a partir das condições que o analista lhe impõe – condições que obrigatoriamente passam pelo seu mundo interno, conhecido ou desconhecido – acrescido pelo funcionamento mental do paciente. (FALCÃO, 2007, p.74).

Há artigos na Rev. bras. psicanál. que vão tratar de aproximações entre psicanálise e neurociências, psicanálise e medicina, a partir de pontos de vista diversos e novas perspectivas para a psicanálise. Destaco na Rev. bras. psicanál., o artigo "Interfaces: psicanálise, medicina e saúde pública", em que Marta Foster¹¹⁴ (2005, p.169-176), trata da importância da escuta psicanalítica como uma contribuição para os serviços de saúde. Relata sua experiência em um projeto para o qual foi convidada a contribuir na implantação de um grupo de atendimento em psicanálise no ambulatório do "Jogo patológico e outros transtornos do impulso", do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (exatamente a instituição que publica a Rev. psiquiatr. clín.). Nesse projeto, ela preparou os psicólogos para a condução do trabalho em grupo. Outra experiência foi com médicos e nutricionistas e seus pacientes, onde

¹¹⁴ Marta Foster, membro efetivo da SBPSP.

conclui que "o conceito de identificação projetiva tem sido muito útil neste trabalho. O contato com pacientes muito debilitados física e emocionalmente, muitas vezes coloca em risco nossa escuta. As teorias psicanalíticas e a experiência clínica têm se mostrado nossas melhores aliadas" (FOSTER, 2005, p.176).

Voltando à primeira das experiências da psicanalista, no IPq-FMUSP, que publica a Rev. psiquiatr. clín., é complicado avaliar o valor de uma intervenção em um grupo cujo nome é "Jogo patológico e outros transtornos do impulso", e em um meio tão adverso, aonde se desenvolvem pesquisas e clínica ligadas ao Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para Infância e Adolescência (INPD), por exemplo.

A Rev. psiquiatr. clín. vem direcionando sua publicação para os transtornos mentais, o imageamento, a psicofarmacologia e a avaliação por meio de escalas.

Nesse sentido, destaco as Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia:

Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia: Conceitos e Depressão - Parte I (1998)

Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia: Conceitos e Depressão - Parte II (1998)

Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia: Álcool e Drogas e Transtornos Alimentares - Parte III (1999)

Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia: Temas Gerais - Parte IV (1999)

Cada uma delas se refere a um número da publicação e é composta por um conjunto de artigos. Cito aqui este exemplo, para dimensionar o modo como a revista é um veículo de educação continuada para especializar o psiquiatra de maneira cada vez mais objetiva ao realizar o diagnóstico, segundo o DSM.

Para finalizar, de modo a se ter uma ideia geral dessas escalas, cito alguns trechos de um editorial

A pesquisa nas áreas de psiquiatria e psicofarmacologia, baseada na avaliação de sintomas e sua evolução, utiliza, de modo geral, escalas de avaliação.

O emprego dessas escalas, internacionalmente aceitas, permite a comparação de resultados de estudos realizados em diferentes países e por isso mesmo é recomendado nas pesquisas.

Embora seu uso esteja disseminado, é restrita a divulgação de trabalhos envolvendo a validação e

as propriedades das escalas traduzidas e adaptadas ao nosso idioma e país. (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 1998).

No Brasil, as instituições de regulação da medicina com o Projeto Diretrizes¹¹⁵, pretendem organizar as "Diretrizes Médicas baseadas nas evidências científicas disponíveis na atualidade (s.d., p.1)", contemplando os procedimentos diagnósticos, terapêuticos e preventivos, recomendando ou contra-indicando condutas (s.d., p.2-5).

Esse seria, basicamente, o conjunto do projeto de implantação da psiquiatria biológica e suas técnicas comportamentais e psicofarmacológicas, por meio da medicina baseada em evidências, no Brasil. Sem dúvida, as experiências de escuta psicanalítica são uma poeira nesse universo «objetivante», mas mostram uma força de resistência ao reducionismo da existência e suas idiossincrasias.

A psiquiatria biológica, o DSM e a medicina e psicologia baseada em evidências são abordagens do binômio normal-patológico, portanto classificatórias.

5.1 CLASSIFICAÇÕES DE PSICOPATOLOGIA

No artigo "Perspectivas e aspectos críticos do método epidemiológico em psiquiatria" (1974, p.7-14), publicado na Rev. psiquiatr. clín, Celso Pugliese¹¹⁶ atribui como um dos problemas para a psiquiatria se adequar ao método epidemiológico é a falta de objetividade do comportamento, o que dificulta classificar as doenças e criar dados estatísticos (p.7-14). A partir dessa premissa, que a doença teria de se adaptar à epidemiologia, o psiquiatra destaca as dificuldades de ampliação de dados epidemiológicos sobre as doenças mentais.

Infelizmente, no campo das enfermidades mentais ainda não se atingiu um consenso geral no que se refere à conceituação e classificação das doenças mentais. (p.7).

Ao contrário, baseia-se em métodos não objetivos – o julgamento clínico do psiquiatra (p.12).

Por exemplo, a prática diagnóstica e o uso de termos diagnósticos variam entre os psiquiatras

¹¹⁵ O Projeto Diretrizes foi iniciado em 2000 e está em contínua atualização. No site consta que há uma publicação em papel, em sete volumes.

¹¹⁶ Professor Assistente do Depto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFBA. Trabalho apresentado no III seminário de temas Psiquiátricos – Psiquiatria social e mental – Salvador, 1973.

nas várias regiões de um mesmo país ou entre países, tornando difícil a comparação intrarregional, como também internacional. (PUGLIESE, 1974, p.11).

Considera importante o conceito de doença como uma entidade (que atribui a Thomas Sydenham, 1624-1689), o qual, segundo ele, deu uma grande contribuição para estabelecer o quadro clínico pela observação do paciente e desenvolver "a etiologia simples ou múltipla de uma doença" (p.8). Nesse sentido, os critérios de classificação são importantes para distinguir uma doença da outra. Segundo o autor, um dos critérios utilizados para agrupar os doentes é chamado de «manifestacional», definido por meio de sinais, sintomas e outras alterações fisiológicas e comportamentais. O outro critério seria o «causal», definido por um tipo específico de experiência, causadora da doença mental. Essas seriam as entidades: doenças ou incapacidades.

Ao abordar a frequência estatística das doenças mentais e da prevalência, explica que esta fica muitas vezes restrita a dados de prontuários de hospitais psiquiátricos, em uns poucos países. Adiante, fala de estudos de prevalência em comunidades, mas sem citar a fonte.

Na grande maioria dos estudos de doenças mentais em comunidades tem havido uma enorme disparidade nas taxas de prevalência, o que reflete não somente a variedade dos métodos usados na coleta de dados e diferenças na classificação da doença, como, também, variação nos critérios diagnósticos. (PUGLIESE, 1974, p.12).

Entre suas preocupações estão doenças físicas com sintomas "interpretados como tendo origem psicológica" (p.12), que chama de doenças de adaptação, decorrentes de "erros na resposta adaptativa ao estresse". Seriam elas, a hipertensão arterial, úlcera gástrica e duodenal, certos tipos de reumatismo, certas alergias e certas doenças renais. Coloca que não há estudos experimentais, clínicos ou epidemiológicos que as comprovem. Teria, talvez, alguma relação com o que posteriormente foi classificado como doenças auto-imunes.

O psiquiatra afirma que em psicopatologia os fatores etiológicos são praticamente desconhecidos e que é preciso construir modelos científicos potencialmente úteis para a identificação desses fatores, de modo a prevenir os «desvios comportamentais». Poucos anos depois, veio a resposta aos seus problemas, com a suposta solução da falta de objetividade. Desde a publicação do DSM-III, quando são eliminadas as neuroses, e, principalmente, no DSM-IV, com a nomenclatura de

transtornos mentais e suas listas de sinais comportamentais desviantes ou inadequados, que de acordo com o seu número, sua frequência e determinadas combinações, fornece o diagnóstico, de maneira simples, ou seria melhor dizer simplória. De posse do manual, o médico prescreve medicamentos e outros tratamentos invasivos, como internação, eletroterapia e psicocirurgia, dependendo da gravidade do caso, como risco de suicídio, atos violentos contra si ou contra terceiros, como também alguns casos de catatonia.

Mas talvez a melhor resposta ao psiquiatra que inverte o sentido da própria existência, ao entender que é o comportamento que atrapalha a epidemiologia, sem se aperceber que a técnica deveria servir ao homem e não o seu contrário, seja a análise do seguinte artigo, publicado também na Rev. psiquiatr. clín. (2008, p.113-127),

As análises históricas sobre classificações psiquiátricas foram até agora escritas sob uma perspectiva preconcebida. Essas análises assumem duas pressuposições: 1) a ação de classificar é inerente à mente humana; e 2) os 'fenômenos' psiquiátricos são objetos naturais estáveis. (BERRIOS, 2008, p.113).

Berrios¹¹⁷, no artigo "Classificações em psiquiatria: uma história conceitual"¹¹⁸, aponta que "a maioria das culturas humanas atravessou períodos de zelo classificatório" e a medicina não foi exceção. Detém-se sobre as características da intensa classificação no século XVIII, que foi "generalizada para toda a criação e crucialmente investida da crença de que «classificar» fosse algo inerente ao homem, que, por sua vez, conduziu essa tarefa de acordo com regras cognitivas escritas seja em seu cérebro, mente ou linguagem" (p.114).

Se a classificação permanece, atualmente deve partir de uma «teoria de conceitos». De maneira detalhada, coloca que a concepção de interrogar a natureza parte de premissas questionáveis: a natureza ser um «tesouro de conhecimento» e a pesquisa empírica, «livre de teorias».

Entretanto é mais provável que, até o momento, a questão não tenha tido resposta; nenhuma ciência (incluindo-se a física) foi capaz de desenvolver um «teste empírico crucial» que possa decidir entre sistemas conceituais rivais. Há a complicação adicional de que a 'pesquisa

¹¹⁷ G.E. Berrios, Department of Psychiatry University of Cambridge, Addenbrooke's Hospital.

¹¹⁸ Classifications in psychiatry: a conceptual history.

empírica' está associada a uma concepção na qual a natureza e seus objetos são plenamente independentes da mente, têm uma 'estrutura matemática' etc. e, portanto, de que ela não possa ser usada para comparar duas 'epistemes' diferentes, particularmente quando uma delas pode de fato rejeitar essa concepção particular da natureza. Em vista de tudo isso, esperar que a psiquiatria desenvolva um teste crucial é utopia (ou seja, apenas pela pesquisa empírica ela nunca será capaz de identificar uma classificação 'real' dos transtornos mentais). (BERRIOS, 2008, p.115).

Berrios situa ou responde a uma questão crucial, a impossibilidade de comparar duas «épistémès», portanto, para nós mais uma vez nos defronta com a questão da incompatibilidade entre os binômios normal-patológico e consciente-inconsciente, que ultrapassa o nível teórico, pois existe um sujeito na clínica e uma disputa de poder-saber.

O outro aspecto fundamental é a afirmativa de que não se chegará a uma classificação «real» dos transtornos mentais. De maneira detalhada, o autor mostra que «classificação» é um termo ambíguo, tanto pode se referir à taxonomia, como ao ato de agrupar, o que na psiquiatria corresponde, em parte, ao diagnóstico, em parte aos sistemas classificatórios de referência, como a CID-10 e o DSM-IV, que são listas, que poderiam, segundo Berrios, serem definidos como «inventários parciais» (p.115-117).

Mencionou-se que, no âmbito de qualquer taxonomia, há sempre uma teoria de conceitos. Essa proposição exige esclarecimento. Classificar pode ser uma atividade simples ou complexa. De acordo com a primeira situação, classificar é o ato de acomodar as entidades de um dado universo em determinados parâmetros oferecidos pela natureza ou inventados pelo homem. (p.117).

...Na medida em que é possível para qualquer um criar uma classificação sem a necessidade de mencionar explicitamente o patrocínio de uma teoria dos 'conceitos' (a CID-10 e o DSM-IV são bons exemplos disso), é também verdade que uma teoria dos conceitos seja sempre implicitamente assumida. No último caso, o classificador irá descobrir que, por não ter trabalhado a teoria dos

conceitos à qual ele se subscreve, pode não ser fácil compreender alguns aspectos de sua própria classificação (por exemplo, seu 'critério de verdade', estrutura interna, alcance, capacidade preditiva etc.). (BERRIOS, 2008, p.118).

Questiona a possibilidade de se construir protótipos e justificar suas fontes, que seriam a própria história das classificações de doenças e a prática clínica. "O modo como essas duas fontes interagem é um dos problemas da psiquiatria. Por não haver nenhum bom simplificador, a última provê os critérios para moldar a primeira" (p.118). Mostra que são necessárias várias premissas para tornar exequível a classificação das psicopatologias.

Para o historiador conceitual há basicamente duas maneiras de abordar as classificações psiquiátricas. Uma é escrever de dentro da «épistémè» e aceitar a "visão preconcebida" de que classificar seja inerente à mente humana. Em uma segunda possibilidade, a que o autor partilha, as classificações psiquiátricas deveriam ser estudadas em um campo exterior à «épistémè» e, assim, consideradas como produtos culturais. Por fim, para Berrios, o esforço de classificação em psiquiatria não é um exercício inútil, mas "precisamos de muito mais trabalho conceitual se quisermos desenvolver classificações que tenham uma função além da epidemiológica" (p.122-3).

Classificações psiquiátricas podem ser discutidas porque não se sabe o bastante sobre etiologia, ou porque a doença mental é tão complexa e misteriosa que não pode ser classificada, ou por não se estar fazendo pesquisa empírica suficiente, ou por não estarmos sendo suficientemente científicos ao permitirmos que fatores sociais contaminem o que deveria ser um empreendimento puramente cirúrgico. Mas muito raramente, ou mesmo nunca, a literatura desafia a validade do ato classificatório em si, independentemente de os transtornos mentais serem ou não suscetíveis à classificação. Uma das afirmações deste artigo é de que esse movimento (xadrez) conceitual precisa ser explorado. (BERRIOS, 2008, p.123).

Eu compreendo para além do que pude destacar acima do artigo de Berrios, que mesmo que se provem marcadores biológicos e localizações cerebrais de determinadas funções, como a capacidade classificatória, ou sobre determinados comportamentos, isso não pode

reduzir a clínica a relacionar biológico, sintoma e medicamento, como por meio dos manuais classificatórios hegemônicos na diagnose psiquiátrica. Além disso, fica clara a pequenez de muitos artigos, em que o pensamento do autor não passa da classificação segundo a «épistémè» científica do início do século XIX, que constrói uma identidade entre norma e patologia e desenvolve uma prática psiquiátrica de isolamento do diferente. Se o crescimento da clínica ambulatorial, sem internação, pôde se desenvolver com a descoberta dos psicotrópicos, a partir da década de 1950, os artigos da Rev. psiquiatr. clín. mostram um psiquiatra encaixado na «épistémè», como tão bem coloca Berrios.

Os psiquiatras, por meio das classificações de transtornos mentais, das escalas construídas a partir das pesquisas de evidências científicas diagnosticam e prescrevem os medicamentos psicotrópicos. Mesmo que estes não sejam nosso objeto de estudo, é preciso falar das propagandas na Revista de Psiquiatria Clínica.

5.2 O *MARKETING* DOS PSICOFÁRMACOS

A Rev. psiquiatr. clín. é um anunciante habitual da indústria de psicotrópicos, o que é impossível passar despercebido do leitor. Destaco, especialmente, o que considero uma mensagem subliminar ao psiquiatra, ao serem colocados em meio ao artigo "As neuroses" (1993, p.138-153), seis páginas de anúncios de nove psicotrópicos. O conjunto, artigo e anúncios, é emblemático para anunciar o fim do conceito de neurose e a apresentação da solução aos transtornos mentais. Os anúncios, como qualquer propaganda, são diretos e simplificam o sofrimento psíquico e a terapêutica, com frases como as que seguem:

De bem com a vida, o antidepressivo ideal deve ser efetivo como monoterapia no tratamento da depressão, ter pouco ou nenhum efeito colateral, não demandar múltiplas doses diárias, nem exigir doses iniciais subterapêuticas para administrar a intolerância.

Os ideais de harmonia e equilíbrio estão presentes em diferentes culturas, em diferentes épocas, como uma necessidade da própria natureza humana. [...] devolve ao seu paciente com ansiedade a harmonia somática e o equilíbrio psíquico.

Dias produtivos... noites repousantes e [...]. O antidepressivo de tempo integral para pacientes cujos sintomas incluam insônia e ansiedade. Equilíbrio perfeito. Eficácia no tratamento e profilaxia dos distúrbios afetivos bipolares, semelhante à do lítio e dos neurolépticos. Aumenta as chances de sucesso do tratamento. Permite tratamentos de longa duração sem afetar a vida do paciente. (1993).

As chamadas são sugestivas e podem até funcionar como jargões para o médico, arriscando até uma pseudofilosofia, sobre os ideais culturais. Enfim, a publicação não se acanha de vender anúncios à indústria e inseri-los entre as páginas dos artigos científicos, e isso não levanta discussão na categoria profissional, é considerada uma coisa normal. Do mesmo modo, é sabido que na medicina os conflitos de interesse são minimizados¹¹⁹, e a cada novidade no mercado, o psiquiatra recebe a visita do representante do laboratório, seus folhetos e amostras, além de financiamento de congressos, entre outras facilidades para a educação continuada do médico. A Rev. psiquiatr. clín. dá sua contribuição para a difusão da indústria farmacêutica, em sua área específica e não considera conflito de interesses utilizar o espaço de artigos científicos para promover a indústria de psicotrópicos.

Na Rev. psiquiatr. clín., o artigo "Psicofarmacoterapia, 40 anos: uma síntese crítica" (1992, p.17-23), é também contemplado com quatro propagandas de psicotrópicos, em duas páginas, sendo que um deles escancara a concorrência de mercado, mostrando sua superioridade, sem reservas, colocando o nome dos concorrentes e a meia-vida de cada um. Em meio aos anúncios de medicamentos vem o do livro *O ajustamento social na esquizofrenia*, com o seguinte carimbo: "Este livro faz parte do Programa de Educação Continuada da Associação Brasileira de Psiquiatria"¹²⁰.

O psiquiatra inicia o artigo com alguns aspectos históricos da psicofarmacologia.

Diz-se, com razão, que a História da Medicina é a história do Placebo. De fato, a grande maioria dos tratamentos (medicamentosos ou não) existentes até fins do século XVIII eram provavelmente desprovidos de ação farmacológica e eram

¹¹⁹ Ver um exemplo na seção 4.4.

¹²⁰ Se não consta aqui o autor, como também os nomes dos medicamentos, é porque não me presto a sua divulgação.

utilizados por seus efeitos psicológicos. Nesse sentido, a utilização de drogas ou substâncias químicas para induzir alterações psíquicas, com finalidade terapêutica, como automedicação, ou para fins místico-religiosos, configura a história da farmacoterapia como a história dos psicofármacos. (GENTIL FILHO¹²¹, 1992, p.17).

O autor mostra, como é comum em sua área, desprezo pela sabedoria popular milenar de todos os povos, ao reduzir o uso de plantas medicinais à automedicação e aos fins místicos-religiosos. Cabe lembrar, que na grande maioria das culturas humanas, as medicinas e as psicologias estão relacionadas ao respeito à natureza e às crenças místicas. Discordo, também, do uso corrente do termo placebo, como uma generalização do placebo experimental, pois se uma ação terapêutica tem sucesso, não pode ser descartada a sua implicação emocional, mostrando um desprezo pela relação terapêutica.

Na Rev. psiquiatr. clín., o artigo "Reações adversas causadas por fármacos que atuam no sistema nervoso: análise de registros de um centro de farmacovigilância do Brasil" (2009, p.137-144), relata uma pesquisa motivada pelo seguinte problema: "A morbimortalidade por uso de medicamentos é um grande problema de saúde" (FONTELES et al., 2009, p.137). Apesar de afirmarem que "medicamentos podem resultar em óbito, aumento de internações hospitalares e dos custos com a saúde" (p.137), a conclusão não aborda o problema, é como uma bula de medicamento, revela as reações adversas. O maior interesse é racionalizar o uso e alimentar o banco de dados estatísticos.

[Há] necessidade de vigilância quanto ao uso dos medicamentos que atuam no sistema nervoso, em razão dos riscos que eles podem acarretar para a saúde das pessoas. Ressalta-se que centros de farmacovigilância, como esse, podem dar suporte a registros nacionais, analisando, apropriadamente, as suspeitas de casos de reações adversas notificadas, realizando, inclusive, uma relação de causalidade e gravidade, dada a proximidade e viabilização de informações para o processo de avaliação e análise, promovendo, dessa forma, o registro e a documentação de informações, o incremento de banco de dados e a possibilidade de intervenções. Esses centros

¹²¹ Valentim Gentil Filho, professor associado do Departamento de Psiquiatria da FMUSP.

podem ser importantes estratégias para intensificar o exercício da vigilância dos fármacos entre os profissionais de saúde e na comunidade. (FONTELES et al., 2009, p.143).

O psicanalista Renato Mezan¹²² contemporiza a questão dos psicotrópicos, e se posiciona sobre seu uso em algumas situações.

Ao que parece, além da dimensão emocional, esses distúrbios podem ser motivados também por excesso ou falta de determinadas substâncias químicas, como as dopaminas. Mas, como disse, isso não invalida a dimensão do sentido, da significação, que é o território próprio da psicanálise: o que o indivíduo que tem essas dificuldades faz da sua vida, como lida com elas, porque e como fracassa ou tem êxito em conviver com o corpo que tem (aí incluídas, evidentemente, as taxas de tal ou qual substância. (MEZAN, s.d.).

Compreendo e compartilho de sua posição, que o medicamento possa ser utilizado em alguns casos graves, de maneira a complementar um tratamento, dentro de um contexto psicológico e não como a solução de uma causa, como se esta pudesse ser localizada e definida.

Os binômios normal-patológico e consciente-inconsciente serão analisados no próximo capítulo, a partir de excertos da Revista Brasileira de Psicanálise e Revista de Psiquiatria Clínica, de modo a expor a dimensão de uma e outra clínica. Assim, completar-se-á, com a análise das práticas discursivas da prática na clínica da psiquiatria e da psicanálise, o conjunto das categorias de excertos analisados. De modo a introduzir o lugar da prática, abordo, inicialmente, o conceito de normatividade social, de Canguilhem, para nos colocar diante do ser que sofre.

¹²² Psicanalista e pesquisador da PUC/SP.

6 OS BINÔMIOS NORMAL-PATOLÓGICO | CONSCIENTE- INCONSCIENTE NA EXPERIÊNCIA DA CLÍNICA

A palavra clínica se refere tanto ao exercício da medicina como ao conjunto dos sinais, sintomas e evolução de uma doença observáveis diretamente, enfim, clínica se refere ao exercício da medicina e por extensão às profissões da área de saúde, segundo o Dicionário Houaiss. A definição de terapeuta também está relacionada à função de cuidar e curar doentes, usada mais comumente para psicanalistas e psicoterapeutas. Mas consideremos com Foucault e Deleuze a clínica psi englobando a prática de médicos, psicólogos e psicanalistas.

A clínica não remete absolutamente às práticas médica e neurológica; remete às práticas psiquiátrica e psicanalítica, pois são essas as referências clínicas que encontramos na obra de Deleuze. No campo da filosofia contemporânea, parece-me que apenas Foucault se interessou intensamente por psiquiatria e psicanálise, tendo realizado uma das obras maiores sobre a arqueologia da clínica médica (BIRMAN, 2000, p.463).

6.1 A NORMATIVIDADE SOCIAL E O SOFRIMENTO PSÍQUICO

Falar na clínica psi abre um debate entre o desejo da norma e o sofrimento do ser humano. Le Blanc (2007) parte da convicção de que existem diversas normalidades e que a norma admite desvios. Por meio do discurso da psicanálise, ele explica a formação do sujeito submisso a uma normatividade social. A criança se torna um sujeito na dinâmica entre inconsciente, eu e supereu. Essa dialética traz em si um desejo contra a norma. Desse modo, a normalidade teria sua origem em uma violência inicial na formação do eu e o homem normal seria um normopata, um homem doente da norma.

Pergunta-se, então, o autor, onde está esse ser humano normal: não existe. A normalidade é simplesmente um padrão que não é ninguém e exige de cada um e de todos a busca do modelo que se configura entre uma norma majoritária e uma norma minoritária, sendo que esta se expressa nas experiências de desprezo social destinadas a alguns grupos e indivíduos excluídos das condições básicas de vida de um cidadão.

As operações de formação do si mesmo se dariam por meio do assujeitamento, que compreende a subjetivação, e da individuação, o que nos coloca diante de um paradoxo, pois como se pode ao mesmo tempo um sujeito ser subjetivado e processar uma individuação. Essa complexidade do ser da norma se expressa e se explica no espaço de articulação entre um sujeito real e um sujeito exemplar.

Se existe um homem típico, ele está inserido em uma sociedade de instituições disciplinares, como nos apresentou Foucault, que lhe ensina a se esforçar em cumprir as normas, seja no trabalho, nas escolhas de lazer, na constituição familiar, nos modos de entender as relações humanas e os próprios direitos e os dos outros. Novas questões e paradoxos se apresentam, pois se as normas, pelo processo de disciplinarização promovem subjetividades e assujeitamento, promovem elas também, a autonomia, que parece ser uma ilusão própria de uma sociedade da comunicação, própria do homem normal. A autonomia e a disciplina não são opostas, mas duas vertentes normativas na construção do homem típico. O ser humano não típico se expressa por normas minoritárias, inserido em situações sociais ou psíquicas, escolhidas ou impostas; não se adapta à normalidade, não se encaixa a uma norma majoritária, vive em uma fronteira entre ser social e ser não-social (LE BLANC, 2007, p.49-52).

Segundo Le Blanc, Canguilhem rompe o modo de olhar as relações do vital e do social, ao indicar que obedecem a duas perspectivas incomensuráveis. Em toda sociedade se constroi uma cultura e sua normatividade, que em termos individuais e coletivos possibilita uma liberdade subjetiva, em uma dialética entre o social e o vital. A «resistência» é a ressignificação da liberdade subjetiva, da própria experiência da subjetividade, da possibilidade de individuação e de formação de novas normatividades. Há uma ligação decisiva entre a afirmação da subjetividade e a ação de «resistência» (LE BLANC, 2002, p.252).

Em um segundo enfoque de Canguilhem, a normalização diferentemente da normatividade, é assinalada pela sua arbitrariedade social, sua ausência de conexão com a vida. A normalidade social não pode ser confundida com a normalidade vital. As normas sociais funcionam como regras de medida que repartem os comportamentos, qualificando-os em normais e patológicos. Desse modo, a normalização social são decisões externas ao objeto normalizado, supondo uma intenção normativa. individual e coletivo. Pela perspectiva vital, a vida é

sujeito necessário de suas normas, segundo a perspectiva social, a sociedade é sujeito contingente de suas normas.

Canguilhem se afasta do pensamento de Foucault, que enfatiza a eficácia das normas sociais para respostas normativas produzidas pelos seres humanos. As normas sociais, como solicitam a adesão dos indivíduos às regras que enunciam, constituem um dispositivo, um diagrama pelo qual os indivíduos, medidas avaliadas, são assujeitados. (LE BLANC, 2002, p.255).

As normas, em Foucault, constituem a racionalidade da sociedade, de acordo com os valores econômicos e por meio das técnicas disciplinares. Entre as metas se pode destacar a produtividade no trabalho e a aceitação das próprias normas majoritárias, que oprimem o sujeito.

Para Canguilhem, a atitude do ser humano diante da vida é uma experiência dinâmica que interliga biológico, social e existencial em um tempo histórico. Essa complexidade é reduzida pelo binômio normal-patológico. A clínica do sofrimento do homem normal se desenvolve nos interstícios entre normal e patológico, que passa pelo "risco de procurar basear a significação fundamental do normal por meio de uma análise filosófica da vida compreendida como atividade de oposição à inércia e à indiferença" (CANGUILHEM, 2006, p.198).

Mas a clínica médica não é unicamente um construtor de normalidade, ela sustenta uma referência do estado normativo, que apresenta uma ambiguidade de sentido ao termo normal, que ora se refere a uma média estatística ora, a um ideal de perfeição. A clínica psiquiátrica promove uma teorização no campo psi e não o contrário. Não nascem no laboratório as especificidades da clínica psicológica, pelo contrário, a psiquiatria se inicia dentro do social, tomando uma posição política ao medicalizar o anormal. Por exemplo, a medicalização da masturbação no século XIX está ligada à moralização da sexualidade naquela sociedade européia e a sua codificação etiológica cria patologias e seus doentes. A culpa ou a crença de que a masturbação causa doenças contribuiu para o processo de adoecimento psicológico e físico (FOUCAULT, 2002b, p.304-5). A construção classificatória de psicopatologias é formadora de subjetividades na construção de doentes, que cumprem a etiologia construída no binômio normal-patológico. Nesse sentido, Hacking (2000) desenvolveu o conceito de doenças transitórias e as etapas de construção de

psicopatologias, que afetam as subjetividades em um tempo e espaço específicos.

Existe hoje certo consenso sobre as dificuldades implícitas na multiplicação e proliferação de novos diagnósticos psiquiátricos (CONRAD, 2007; HORWITZ, 2002; LANE, 2007). Essas classificações, relacionadas prioritariamente a comportamentos socialmente indesejados, permitem que quase todos os nossos sofrimentos e condutas sejam redefinidos em termos médicos. As fronteiras entre o normal e o patológico parecem ter-se tornado cada vez mais ambíguas, móveis e instáveis. A medicalização de condutas classificadas como anormais se estendeu a praticamente todos os domínios de nossa existência. Novos diagnósticos e novos transtornos surgem a cada dia, levando-nos a agrupar num mesmo espaço classificatório fenômenos tão diversos e heterogêneos como a esquizofrenia, a depressão, os transtornos de ansiedade e sono, as fobias e os mais variados e inimagináveis tipos de comportamento considerados indesejáveis. (CAPONI, S. 2009b).

Assim, não é de uma história dos fatos da loucura e do progresso científico que se trata, pois a ciência não deixa de ser uma construção sócio-histórica e no campo psi a experimentação clínica tem suas especificidades. A clínica da psicopatologia desqualifica a palavra, no modelo das ciências contemporâneas, o que quer dizer que desqualifica o sujeito da clínica.

Quando duas pessoas consideradas sadias por consenso geral se encontram, um reconhece o outro como a pessoa que o outro julga ser. Mas quando de uma pessoa foi tirada a credibilidade familiar ou social de que é sadia, ela paga por não partilhar da verdade comunal. O profissional julga segundo categorias próprias diante das quais aquele que está desesperado inevitavelmente fracassa. É difícil transportar-se ao mundo de uma pessoa cujas experiências podem ser totalmente carentes de qualquer certeza existencial. Pode ter medo de perder a identidade, sofrer um sentimento de vazio, pode estar petrificada pelo medo da perda de si mesmo. Diante de um interrogatório e de uma postura de desconfiança é fácil que uma pessoa em tal estado de fragilidade sintase ameaçada (LAING, 1975, p.27-66).

Minha impressão, com base na prática e experiência psiquiátrica, é que a única coisa

importante, que realmente faz diferença, para as pessoas que estão num estado de angústia, é encontrar outro ser humano que realmente esteja lá, com uma presença real para elas. E isto é muito raro. (LAING, 1976, p.282).

Em outra perspectiva da constituição da psicopatologia e do método clínico, a psicanálise se constrói pela escuta do ato de enunciação, ou seja, configura o ato da fala em um binômio consciente-inconsciente e é por meio da interpretação da relação terapeuta-paciente que se analisam os meios psicológicos utilizados pelo paciente.

O sofrimento, em nome do qual o paciente vem se consultar, só é analiticamente tratável no momento de sua inserção e determinismo no mal-estar da situação analítica. Isto pelo próprio jogo da regra fundamental que é a interpretação primeira. Ao convidar o analisando a falar, o analista desloca para a origem do sofrimento, do qual se queixa o paciente, para o lugar do discurso antecipado das sessões de psicanálise. Desde aí, a natureza e a estrutura da situação analítica serão os recursos da nossa ação e da sua teorização. (GORI, 1998, p.40).

Não há espaço na epistemologia moderna para o caráter metafórico e poético de uma teoria, isso é visto de maneira pejorativa, como no caso da psicanálise, pela destituição da prova pela palavra (GORI, 1999, p.285-318).

O sofrimento psíquico é condição da vida e dessa angústia da norma, em uma instabilidade dinâmica permanente. O homem normal sofre de uma angústia que não reconhece em si mesmo, por ser um sujeito que se reconhece pela exterioridade da norma, pelo próprio desejo da norma. Se a adaptação é uma condição para o assujeitamento, é também uma condição para a criatividade, pois a vida psíquica está relacionada ao pertencimento a um grupo. O sofrimento é intrínseco à vida e ao ser isso reconhecido está dado um passo para a possibilidade de se resgatar ou até preservar a criatividade e a possibilidade de o sujeito romper sua condição de assujeitado.

É por isso que uma clínica do sofrimento psíquico não pode consistir, simplesmente, em aliviar o indivíduo em si, dando-lhe os meios de se readaptar às normas em vigor em uma sociedade. Ela não é uma técnica de readaptação, mas, sobretudo, um protocolo de ajuda, emergindo do interior de um sofrimento, destinado a sustentar

novamente uma criatividade da vida psíquica e, também, suscitar, não as condições de uma vida normal, mas de uma vida que mesmo que guiada dentro das normas, consiga criar, a partir de sua relação com as normas enfim assumidas e assim tornar-se criativo, de agora em diante algo desejado. (LE BLANC, 2007, p.134)¹²³

As clínicas da psiquiatria e da psicanálise mostram suas diferenças nos discursos e a análise de alguns excertos será no sentido de deixar à mostra os modos de compreender o ofício, propriamente dito, de clinicar.

Sem me preocupar com o período dos artigos utilizados, a análise que segue se detém sobre os modos de fazer a clínica ou mesmo de entender como ela deve ser feita.

6.2 O OBJETO DA CLÍNICA NO CONTEXTO DA REVISTA DE PSIQUIATRIA CLÍNICA

Sem os conceitos de normal e patológico, o pensamento e a atividade do médico são incompreensíveis.
Canguilhem¹²⁴

Na psiquiatria, se não houve mudanças no método clínico, com o fim das neuroses e início da era dos transtornos definidos em manual, parece que foi se perdendo o interesse em falar do fazer clínico e os artigos, ao longo dos anos 1980, mas com muito mais vigor desde os anos 1990, tratam dos resultados de pesquisas, que possam contribuir para o diagnóstico de transtornos mentais. Pouco ou quase nada se fala da dinâmica de consultório e do outro, o sujeito da clínica.

6.2.1 O psiquiatra e o homem típico

A normatividade social se expressa de maneira exemplar na Rev. psiquiatr. clín., por meio do editorial "A dimensão humanística na prática médica" (1975). João Carvalhal Ribas¹²⁵ pretende divulgar a criação de uma comissão cultural, sob sua responsabilidade, a fim de promover a cultura geral e o humanismo. Ao longo do texto, é possível entender que esse humanismo estaria relacionado à vida social e cultural

¹²³ Tradução da autora.

¹²⁴ Canguilhem (2009c, p.200).

¹²⁵ Prof. Adjunto de Clínica Psiquiátrica – Medicina USP.

do médico, muitas vezes, segundo o editor, deixada de lado, em função da prática profissional.

Quando o médico dispõe de um momento de lazer, aproveita-o para a atualização dos conhecimentos da especialidade, de acordo com um dever convencional de ofício. Depois do jantar, fatigado e sonolento, apenas consegue folhear uma revista ilustrada, assistir um programa simplório de televisão e, nas noites de mais inspiração heróica, condescende em levar a esposa ao cinema, desde que o filme seja cômico ou de ‘bang-bang’. (RIBAS, 1975).

Esse é o típico profissional que o autor diz que trata o “paciente como máquina”, vive no “corre-corre da clínica”, porta-se como um técnico, seja ao prescrever medicamentos ou até como psicoterapeuta ou psicanalista, “com o paciente no divã, associações automáticas de ideias e interpretações estereotipadas, à base de complexo de Édipo, sentimento de culpa e outros slogans, torna o homem mais ou menos coisificado”. Poderíamos pensar que a formação do médico o deixou distante da clínica, o que dizer sobre essa crítica ao médico psicanalista? Será que este se esqueceu rapidamente um longo investimento em sua psicanálise pessoal e a participação na vida cultural que as sociedades e institutos de psicanálise proporcionam? É suspeita essa relação causal entre o médico que considera típico e um psicanalista, mesmo que médico!

Esse médico típico, segundo o autor, o psiquiatra e o psicanalista, seria o homem normal no mundo da medicina e o homem médio, aquele que cumpre um perfil das normas, encaixado a um modelo social de médico especialista, dedicado ao máximo, especialista e estudioso, e homogeneizado em seus esquemas mentais.

As normas sociais... constroem uma sequência comum entre uma novela televisiva, uma conduta profissional valorizada, um divertimento e uma cena da vida amorosa, forjando os tipos de atitudes, de comportamentos, que são como tal respostas normais e, assim, comumente preferidas às outras e aparecem como portadoras de uma normalidade que outras respostas não têm. (LE BLANC, 2007, p.40).¹²⁶

Esse homem típico está inserido em uma sociedade de instituições disciplinares, que o treina para se esforçar em cumprir as

¹²⁶ Tradução da autora.

normas, seja no trabalho, nas escolhas de lazer, na constituição familiar, nos modos de entender as relações humanas e os próprios direitos e os dos outros. Estaria essa performance normal do médico na fronteira entre o homem médio e o tipo ideal, um homem inconsciente das subjetivações e pressões sociais, que o fazem sofrer, como o seu paciente? Entre os grandes normatizadores está o mundo do trabalho. O ser humano adulto constrói sua vida referenciada pela normatividade do trabalho, seja quando tem um seja no desemprego ou na exclusão pela miséria ou por discriminação social (LE BLANC, 2007, p.73-79).

Em outro trecho do editorial, é possível situar melhor sobre o que ele considera cultura, uma informação já passada pelo crivo moral.

Se o médico não houver adquirido a vivência do atual contexto sociocultural, ao tumulto da vida fora do consultório e do hospital, através da leitura, da arte e da meditação à margem da medicina, como poderá compreender e assistir, por exemplo, um jovem de hoje, com a gíria, o palavrão, a barba, o traje unissex, a maconha, a promiscuidade sexual? Ainda será um tipo normal? Apenas um marginal? Já um criminoso? Um psicopata? (RIBAS, 1975).

Se o leitor pensou que a preocupação do autor fosse o vazio existencial, a mediocridade ou a vulgaridade do médico, com a citação acima, terá de tomar outro caminho de compreensão. O autor preocupa-se com a atualização do especialista, de modo a que este possa acompanhar as mudanças sociais e melhor distinguir o normal do patológico, o criminoso do doente mental e as aproximações entre crime e doença mental, revolta ao sistema e crime! Suas preocupações são rasas e pretendem disciplinar o lazer do médico, para que possa exercer seu ofício com maior destreza. Apesar das palavras iniciais, tudo leva a crer que a intenção é azeitar a máquina e não deixar de ser uma.

Assim, de maneira no mínimo equivocada, o psiquiatra utiliza o conceito de humanismo descolado da filosofia, seja como desenvolvimento das potencialidades humanas ou como compreende Heidegger.

Todo humanismo ou se funda numa metafísica ou se converte a si mesmo em fundamento de uma metafísica. Toda determinação da Essência do homem, que já pressupõe, em si mesma, uma interpretação do ente sem investigar – quer o saiba quer não – a questão sobre a Verdade do Ser, é metafísica. Por isso, a característica própria de

toda metafísica – e precisamente no tocante ao modo em que se determina a Essência do homem – é ser «humanista»... (p.37)

O primeiro humanismo, o romano, e todo humanismo, que, desde então, tem surgido, pressupõe evidente a «essência» universal do homem. O homem é considerado como *animal rationale*... é condicionado pela metafísica. (HEIDEGGER, 1967, p.38).

Por essas poucas palavras de Heidegger, podemos perceber que a intenção do psiquiatra não passa nem perto de qualquer compreensão de humanismo, está de maneira tosca promovendo a criação de uma comissão para os psiquiatras se instrumentalizarem de maneira adequada para o exercício moral de sua clínica.

Nessa maneira simplória de entender saúde e doença, o que seria mais danoso à existência do sujeito? A mesmice de ficar em frente à televisão ou as experimentações dos jovens com sexo, drogas e *rock'n'roll*?¹²⁷ Há um fio que perpassa a maioria dos artigos da Rev. psiquiatr. clín. de reafirmação da moral ligada ao normal, o que dá quase no mesmo que dizer que há uma medicalização dos comportamentos, pois o que não é normal é patológico.

6.2.2 A relação médico-paciente

Poucos foram os artigos encontrados sobre a relação médico-paciente e me ative ao que analiso a seguir, pela riqueza de nuances que explicitam o olhar clínico distante da pessoa que sofre, pois é centrado no diagnóstico. Foi realizado em 1975 um Simpósio sobre “O paciente difícil”¹²⁸. Não imagine que o paciente seja difícil por algum motivo relacionado à gravidade de seu mal, ele é difícil, principalmente, por não responder às expectativas diagnósticas do médico psiquiatra e/ou por não aderir ao tratamento determinado. Seja como for, por erro do médico ou por não se estabelecer uma relação de confiança com o paciente, este é chamado de difícil.

Bastos diz que todo paciente é difícil pela complexidade da personalidade humana e pela doença que a altera. Isso me lembra *O*

¹²⁷ Raul Seixas deixa isso claro, na música Ouro de Tolo: "...Ah! Eu que não me sento no trono de um apartamento com a boca escancarada cheia de dentes esperando a morte chegar..."

¹²⁸ Relatório de Fernando de Oliveira Bastos, do Simpósio sobre “O paciente difícil”, promovido pelo Instituto de Psiquiatria do Centro de Ciências Médicas da UFRJ, ago1975.

nascimento da clínica (2006a), onde Foucault diz que a doença tem seu curso e que o doente é o meio para que ela se desenvolva. O médico é um observador externo, a premissa é de que se há paciente há doença e que esta altera a entidade personalidade. Não é explicado neste e em outros artigos o conceito que utilizam de personalidade, mas algumas posições são definidas, tanto pelos anúncios de medicamentos como em artigo já comentado, que explica as neuroses como doença de personalidade fraca.

Mas voltemos ao paciente difícil: “dentro dos objetivos sugeridos pelo temário do Simpósio, paciente difícil é aquele que, quaisquer que sejam as razões, se torna um problema para os fins colimados¹²⁹ numa determinada eventualidade” (BASTOS, 1976, p.131-2). Inicialmente, chama a atenção que a frase de esclarecimento sobre o objetivo seja pouco esclarecedora, a meu ver ao contrário, ela dificulta o entendimento do que seria mais ou menos algo em torno de que o paciente difícil é aquele que se torna um problema ao ser submetido à observação com instrumento apropriado numa situação clínica. Seria ele paciente se não houvesse qualquer complexidade em sua vida? Essa é minha questão, pois é chamado de difícil, alguém que traz problemas, enfim, o paciente é alguém indesejado, ele atrapalha o percurso da doença. Realmente, estamos em *O nascimento da clínica*!

O paciente difícil é aquele que não se dobra à caixa de ferramentas do psiquiatra. A finalidade da clínica seria alcançar o alvo doença e se o meio de se alcançar a patologia é o ser humano, no caso de este não contribuir para que se alcance "os fins colimados", poderia ser colocado em questão se o instrumento utilizado é apropriado. Mas não é isso o que ocorre ao autor, inapropriado é o paciente, que não contribui para que o alvo doença possa ser calmamente identificado e de maneira obediente este paciente aceite sua condição e o tratamento definido pela autoridade médica amparada pela ciência psicopatológica.

No relatório do Simpósio "O paciente difícil" não é explicado em relação a quem o paciente é um problema, limitando-se a enumerar as situações em que o paciente pode ser "difícil": "1) na relação médico-paciente, 2) no diagnóstico, 3) na terapêutica (preventiva ou curativa), 4) no ensino, 5) na pesquisa, 6) em condições especiais" (p.132). Bem, elencou as possibilidades de ser paciente.

A descrição da relação médico-paciente não é propriamente da relação, mas das condições de atendimento, em que o objetivo parece

¹²⁹ Colimado: submetido à observação com instrumento apropriado (HOUAISS, 2006).

ser o de criticar o incipiente serviço público da época. Cita o “Mestre Leme Lopes”, para quem o encontro médico-paciente dentro da perspectiva tradicional se dá por uma “livre-escolha do doente com referência ao médico”, “o encontro de dois homens livres”, “de duas personalidades autônomas, capazes de dar ao ato médico o significado de uma escolha” (p.133). Significado este que não se concretiza e pode gerar o paciente difícil “porque a socialização da Medicina terá de impor-lhe o profissional de sua conveniência”. Se por um lado denuncia a impessoalidade do atendimento público, esquece de dizer que essa perspectiva tradicional é de um atendimento privado e caro, restrito naquela época como hoje a uns poucos. A socialização da medicina, o acesso a todos, não é a preocupação, pelo contrário, considera um entrave a uma boa medicina e não especula a possibilidade de essa medicina servir às pessoas, mas pelo contrário, o paciente é que deve servir ao conhecimento. Essas «duas personalidades autônomas», de Leme Lopes, poderiam ser exemplificadas como um fazendeiro ou industrial residente na av. Paulista da primeira metade do século XX e o médico particular que atenderia toda a família, como o padre, frequentador da casa. Essa é a relação entre dois homens livres, homens não no sentido genérico, mas do sexo masculino e com alto poder econômico e social, em uma sociedade absolutamente desigual. Se hoje podemos constatar um Brasil desigual, era há poucas décadas de maneira muito mais acentuada, pela absoluta impossibilidade de acesso a qualquer coisa pela maioria da população. A crítica do autor é a um primeiro movimento de políticas de atendimento a uma parcela da população. Desde então, há muitas críticas da categoria médica a uma perda de poder de elite. Os médicos antes somente profissionais liberais, no topo da pirâmide social, passariam a fazer parte, mesmo que em pequena quantidade, da classe trabalhadora, o Estado oferecendo empregos a médicos. O que este psiquiatra vislumbrava se concretizou e o médico cada vez mais tem espaço de trabalho em órgãos públicos e por meio de convênios, no primeiro caso com a criação do Sistema Único de Saúde, nos anos 1990, e no segundo, com o início das cooperativas médicas e seguros, a medicina de grupo, que se tornou um item essencial na economia doméstica da classe média e desejo de consumo na sociedade brasileira.

Voltando ao entendimento do psiquiatra sobre o paciente, que se torna difícil "porque não se processa sua adequada transferência ao médico, do que resulta sua falta de colaboração", agravada pela limitação de tempo imposta pela instituição, que pode dificultar o exame e "gerar no profissional reações contratransferenciais igualmente

indesejáveis" (p.133). O autor usa de maneira equivocada os conceitos de transferência e contratransferência, talvez impelido pela força que a psicanálise tinha no período. A transferência e a contratransferência se processam nas relações, mas só são assim chamadas quando integram a relação analista-analisando na sessão psicanalítica e nunca seriam classificadas, seja de adequadas ou indesejáveis ou qualquer outra qualidade positiva ou negativa, pois elas são o cerne do método e nunca seriam analisadas como um fator externo indesejável.

Médicos como esse, que defende a clínica baseada na ciência, se permite falar de assuntos que absolutamente desconhece, como nesse caso sobre transferência e contratransferência. Porém, o uso de componentes da psicanálise mostra a força desta na clínica. A meu ver, o psiquiatra estaria falando de o médico descontar no paciente os problemas institucionais do exercício da clínica, o que chama de contratransferência, uma interpretação simplória da técnica em questão. Ainda assim, se há transferência e contratransferência na consulta, esse local não é disponível a esse método, portanto, se não é utilizado o método da psicanálise, de que serve um psiquiatra se utilizar em um relatório de simpósio de terminologia alheia a sua técnica!

Outras condições, segundo Bastos, que configuram o paciente-problema são a dissimulação, a recusa de se submeter ao exame clínico, o desinteresse pelo tratamento, como no caso do alcoólatra, que não se julga doente, não tem consciência de seu estado mórbido, aquele se coloca na situação de vítima e não de doente, como o delirante persecutório ou de ciúmes. Ainda, no grupo dos indisciplinados, insere os pacientes com "sentimentos profundos de autopunição ou autodestrutivos comandados por Tânatos ou Instinto de Morte em oposição a Eros ou Instinto de Vida" (mais uma vez se utiliza de conceitos freudianos), como nas toxicomanias, bem como na "policirurgia, em que motivos inconscientes geram sintomas simuladores de organicidade" (p.136). E, por fim, os casos de indivíduos que se acidentam com frequência desusada. Por diversas vezes adentra o jargão da psicanálise, de maneira leiga e simplista, como na citação sobre instintos e no caso seguinte.

Assume que existe inconsciente, vejamos como ele o apresenta. Uma mulher grávida com enjoo que a impediam de se alimentar lhe foi encaminhada pelo clínico geral e obstetra. Atribui o sucesso da diagnose de sintomas psicógenos pelo conjunto de uma anamnese cuidadosa, o bom-senso do médico e o bom nível social da paciente, que a partir da descrição do mecanismo sintomático, "teve perfeito *insight*" (p.136).

Enfim, o que o autor vê como problemas não seriam exatamente as aflições, que levaram a pessoa ao consultório de um psiquiatra? Mas o artigo trata como problemas que atrapalham o trabalho de diagnose e a prescrição de terapêutica. O que espera ele, que o paciente chegue ao seu consultório e relate descritivamente um quadro nosológico, como um observador de si mesmo?

A observação do autor sobre o *insight* da paciente se dar porque ela tem um "bom nível social", inicialmente, não explica de onde conclui que a percepção de instâncias inconscientes esteja relacionada a nível sócio-econômico e de escolaridade, como acredita o médico, e mais uma vez mostra seu elitismo, na medida em que a melhor medicina é a medicina aplicada aos melhores pacientes, da mesma elite a que pertence o médico. Mostra, assim, não só ignorância e limitação no exercício profissional, oriundas de ideologia, na sua forma mais complicada, quando nem se tem consciência de que o que pensa tem fundo ideológico, acredita ser a verdade, única e necessária na organização da sociedade.

Para Bastos, "um diagnóstico correto nem sempre exige o paciente de ser um problema" (p.135) por causa das "aberrações da prática médica", como as técnicas exploradoras exageradas e desnecessárias e as regras institucionais, já citadas. Considera o paciente um problema e não o diagnóstico ou a relação de consultório problemática. Como também mistura a clínica aos problemas institucionais, que poderiam ser trabalhados em outra instância, como em reuniões institucionais. Porém, são somente farpas que solta, sem análise, por isso mesmo acabam na conta do paciente, esse problema, esse ser que dificulta o trabalho do médico. Grande parte dos problemas deste psiquiatra e outros tantos com esse tipo de pensamento, aparentemente foram resolvidos com os manuais diagnósticos, nos anos que se seguiram.

Apela, então, ao bom-senso do médico, "qualidade admirável que tanto exalta a formação dos verdadeiros cultores da nossa arte" (p.135), como um Olavo Bilac de gabinete.

Há dois exemplos de pacientes difíceis, em que Bastos descreve que os médicos utilizaram terapêuticas erradas e ele foi chamado e conseguiu encontrar a causa do problema. No primeiro caso, "em que o colega o medicara [o paciente] de modo inteiramente adequado, sem ter conseguido o menor resultado". Esse é o cerne da sua narrativa, de que o paciente é difícil, quando apresenta algum sintoma que pode ser encaixado em uma nosologia ou poderia ser debelado pelo medicamento que impede a formação de sintomas, mas não responde à terapêutica.

Assim, o erro não é do médico, mas do paciente que porta algum mal que ou não está classificado como doença ou se refere a alguma coisa que somente o bom-senso do médico poderia levar a uma investigação para além da etiologia das doenças. No primeiro exemplo, a dor lombar foi detectada pela investigação que “sua cama modesta, de colchão de capim, atritava contra o plano do leito a região afetada”. Assim, resolvido o problema, o sintoma desapareceu e o paciente deixou de ser difícil, mas pouco importa que tenha ingerido drogas medicamentosas sem qualquer necessidade, interessa que deixou de ser um problema.

O outro exemplo é de uma mulher rotulada de «neurótica» pelo psiquiatra, porque percorreu diversos ginecologistas sem que um corrimento vaginal fosse resolvido. Mesmo depois de descobrir que a mulher tinha alergia ao *nylon* das calcinhas, ela não deixou de ser neurótica, havia utilizado diversos medicamentos, e os médicos nem por isso foram considerados ineptos, a «neurótica» é uma paciente-problema (p.136). Nenhum dos casos é de problemas psicológicos ou de comportamento, mas de fatores externos, que bem poderiam ser descobertos por uma anamnese médica detalhada, sem precisar recorrer ao psiquiatra.

Em dois momentos distintos, Bastos cita a narcoanálise, no primeiro se utiliza desta terapêutica para tratar uma paciente difícil cujo problema era fobia de médico, ao que conclui que se tratava de conflito inconsciente ligado à pessoa do médico de sua mãe. Descreve a narcoanálise como um tratamento similar ao da hipnose, porém induz a alteração da consciência por meio de droga, com a intenção de trazer à consciência uma situação de vida. No segundo, a narcoanálise não foi utilizada, mas vejamos sua função e o desfecho do caso. O psiquiatra é chamado para dar seu diagnóstico em uma perícia: um homem após um ano de casado pedia a anulação acusando a mulher de coitofobia, esta em sua defesa acusou o marido de impotente. O médico foi chamado e

por não haver elementos absolutos de prova diagnóstica daquelas sexopatias, e também, por não ter sido praticada uma prova de sinceridade – a narcoanálise – que não julguei em consonância com os princípios básicos do Direito e da Justiça. No caso, concluí pela presunção da coitofobia da mulher, específica em relação ao marido, em vista do peso muito maior de probabilidades apuradas no sentido dessa conclusão. (BASTOS, 1975, p.139).

A conclusão do psiquiatra é arbitrária, pois não fornece qualquer motivo de seu diagnóstico. A medicina serviu a provar culpa e não a tratar de doenças. E se a mulher tinha um problema sexual, porque deveria ser culpada ao invés de ser ouvida e se de acordo, fazer um tratamento? Bem, e a narcoanálise, se é uma prova de sinceridade e um dos dois mentia, pelo que disse o médico, porque não foi utilizada? E qual a ética médica em chamar um procedimento de prova de sinceridade e dar diagnóstico sem embasamento clínico? Ainda, o desfecho é pela culpa da mulher, rompeu para o lado do oprimido social. Mais um caso de paciente problema!

E, por fim, como seria de se esperar, o caso clássico de Charcot, em um "exame pericial de um doente mental" (p.139). O paciente estava internado há meses em um "hospital especializado" de um amigo de Bastos, como dito por ele; o diagnóstico era "depressão apática". Mas, ao contrário da atitude inerte constante do doente, ao se ver sozinho com um médico desconhecido, mostrou "um quadro delirante estruturado e produtivo, que ocultara até o momento, por julgar todos os elementos da população hospitalar seus próprios perseguidores" (p.139). Conclui o psiquiatra, que o paciente tornou-se difícil para seu colega, por uma situação vinculada ao quadro delirante. Bem, interessa fazer o diagnóstico, para poder prescrever uma terapêutica medicamentosa ou até de eletrochoque, isolamento ou cirúrgica. Mal sabia «o louco» que mais perigoso seria trazer à tona a verdade de seu sofrimento, como fez no que o psiquiatra chamou de quadro delirante!

Em conclusão, "não é o doente, propriamente, que é difícil, mas é a doença, em si mesma, a fonte originária da dificuldade" (p.140). Caberá ao médico fazer com que o paciente deixe de ser um problema para que se possa fazer o diagnóstico correto e promover a cura ou minimizar os sintomas. Por isso, é de suma importância a classificação pormenorizada de todo e qualquer mal que possa acometer o paciente, todo tipo de comportamento, de síndromes, deve compor a nosologia psiquiátrica para que o médico possa cumprir o seu dever, finaliza assim o artigo.

Mais recentemente, a abordagem principal do artigo "Relação médico-paciente e iatrogenia", na Rev. psiquiatr. clín. (1993, p.55-58), é sobre o despreparo do médico para a abordagem clínica. Carmita Abdo¹³⁰ coloca que a iatrogenia é uma preocupação interna à

¹³⁰ Carmita Abdo, professora associada do Departamento de Psiquiatria da FMUSP; Diretora Executiva do IPq do Hospital das Clínicas da FMUSP.

medicina¹³¹, mesmo que uma minoria se lance a resolvê-la. No sentido de trabalhar esse problema, propõe uma abordagem de comunicação necessária de ser ensinada aos médicos. Segundo a autora há pesquisas que comprovam que:

...opiniões, pontos de vista, expectativas e predisposições de um experimentador ou entrevistador, ainda que nunca manifestadas, exercem efeito definido no comportamento do indivíduo pesquisado – seja ele um homem ou um rato – foram apresentados por Rosenthal (1966).

No entanto, a dificuldade em combatermos concretamente, e respaldados na teoria, o fenômeno iatropatogênico se mantém ainda em nossos dias.

...apesar dos conhecimentos teóricos, da prática e da capacidade de racionalizar adquiridos ao longo dos anos de profissão, o médico não consegue se proteger de todo contra a angústia oriunda do contato com determinados pacientes (ABDO, 1993, p.55)

Esses excertos mostram preocupações com a postura do médico, mostram que há um alvo a alcançar, qual seja o de minimizar o que chama de fenômeno iatrogênico, por meio de modificações na formação dos médicos. O médico deve se basear em teorias, pesquisas científicas e a racionalidade referente à doença e seu tratamento. Propõe "ensinamentos sobre teorias da Comunicação" para solucionar "a interação com o paciente" e diminuir a iatrogenia. Discorre sobre esta advir em grande medida da formação do médico, onde lida com cadáveres humanos e animais, animais de laboratório posteriormente sacrificados e máquinas diagnósticas; um "«paciente» que jamais reclama, o que ensaja a sensação de controle onipotente", segundo a autora.

Para falar da angústia suscitada por alguns pacientes, cita Melanie Klein, rapidamente fala de ansiedades e defesas, concluindo que "o médico representa (para o doente) proteção". Ele, o médico, deve evitar a sobrecarga de ansiedade e para isso precisa saber lidar com as suas

¹³¹ Nada tem a ver com a crítica de Ivan Illich sobre a própria essência da medicina moderna. A crítica aqui não é à epistemologia da medicina, mas uma proposta de inserir no ensino da medicina teorias da comunicação, como as da escola de Palo Alto. Desse modo, é convergente ao binômio normal-patológico e a tudo que isso implica.

próprias ansiedades, geradas pelas dificuldades do paciente e "pela insegurança ou dificuldade do médico em ouvir e aceitar" as emoções do paciente (p.56). Do mesmo modo que reduz Melanie Klein ao contexto fechado da interação médico-paciente, o faz com Winnicott, para mostrar como o médico deve acolher o paciente. Assim, rapidamente, descola os psicanalistas de seu *setting* para servirem de exemplos teóricos que validem a atitude médica, como conclui.

O paciente psiquiátrico, bem como qualquer outro, sofre os efeitos iatrogênicos do não reassseguramento na realidade externa. Se sucessivas vezes é desqualificado, desconfirmado ou feito prisioneiro de uma situação de duplo-vínculo ou vínculo-papel, tende a regredir. (ABDO, 1993, p.57).

A teoria do duplo-vínculo (*double bind*) foi desenvolvida por Gregory Bateson (2000, p.271-278) no contexto de uma pesquisa com famílias com esquizofrênicos. Trata-se de uma comunicação dúbia, contraditória e concomitante, por um ou mais canais de comunicação, como pela fala, por meio dos gestos, das expressões faciais e modulação de voz. Um exemplo simples e comum é quando em uma situação pública a mãe ou o pai da criança diz a ela «tudo bem» e dirige um olhar de reprovação, como um subtexto «em casa você vai ver». Ou quando um médico ou os pais ou os professores, aqueles que detêm um poder sobre os pacientes, os filhos ou os alunos, respectivamente, produzem comunicações assertivas que levem o outro a uma confusão entre a própria liberdade de pensar e agir e um assujeitamento à verdade do poder-saber do outro.

A autora afirma que não vem sendo ensinado na formação como deve ser o envolvimento do médico e propõe a organização de um arcabouço teórico e um modelo de análise da comunicação médico-paciente mais pragmático e menos especulativo. Está se referindo, em grande parte, mesmo que não o cite, como também não citou Bateson, ao conhecimento contido em *Pragmática da comunicação humana, um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*, de 1967 (1988), de Watzlawick, Beavin e Jackson, do Instituto de Pesquisa Mental de Palo Alto, Califórnia.

O que na psicanálise integra a terapêutica, como a transferência, a contratransferência e a resistência, na psiquiatria ou é considerado mais um sintoma de uma patologia ou é negado, mantido em nível inconsciente. Os *acting-outs*, que possam ocorrer, tanto do paciente

como do psiquiatra, são considerados, muitas vezes, simplesmente, como não adesão ao tratamento, mais uma vez o paciente problema, difícil, que não coopera. A relação médico-paciente é uma preocupação do médico, seja ao considerar o paciente um problema, mas principalmente ao constatar problemas na comunicação entre médico e paciente, questionamentos sobre a dinâmica na clínica. No entanto, não encontrei na Rev. psiquiatr. clín. algum artigo crítico em relação à postura de observador externo da clínica.

6.3 O SUJEITO NA CLÍNICA NO CONTEXTO DA REVISTA

BRASILEIRA DE PSICANÁLISE

6.3.1 A sessão psicanalítica

A formação de psicanalista referida nos artigos da Rev. bras. psicanál. é aquela realizada pelos Institutos de Psicanálise, ligados às sociedades associadas à Febrapsi, por sua vez filiada à Associação Internacional de Psicanálise (IPA). As associações e sociedades são responsáveis pela formação, mesmo que existam regras gerais a serem cumpridas por todas. As formações realizadas nos institutos definem a inscrição de candidatos conforme o estatuto da sociedade a qual pertence. Assim, algumas só aceitam médicos, mesmo que o ofício de psicanalista não seja da ordem de conhecimento da medicina. A profissão de psicanalista não é regulamentada e a instituição, de modo geral, concorda com isso, prefere essa condição, por muitos motivos, que não cabem agora (ver cap.7).

Na Rev. bras. psicanál. são numerosos os artigos descritivos da sessão analítica e de análise do processo relacional estabelecido na sessão.

A situação analítica é uma situação social artificial, onde se estabelece o relacionamento entre paciente e analista, e em cujo palco o primeiro dramatiza e revive seus conflitos emocionais objetivados no analista, enquanto este se ocupa em traduzir as vivências em termos de pensamento e conhecimento. (BICUDO, 1969, p.503).

A sessão psicanalítica é a unidade de tratamento e uma experiência única (CÉSIO, 1975, p.183-4). É um encontro de duas pessoas em que cada uma tem um papel definido, que se estabelece por meio de um contrato terapêutico, em que o terapeuta estipula o tempo de

duração de sessão, periodicidade, honorários do psicanalista e responsabilidades de cada um.

O paciente é a razão do estabelecimento do contrato e a psicanálise é iniciada, se cumprido o método estabelecido por Freud, por meio da associação livre, que tem maior eficiência com o uso do divã, que "tem por objetivo limitar os estímulos sensoriais, limitação que tende a criar as melhores condições para a análise de transferência por proporcionar uma situação de relaxamento do controle racional" (CÉSIO, 1975, p.185).

A posição a tomar junto ao paciente é de simplesmente ficar ouvindo sem dirigir a mente ou ocupá-la com especulações e sem se preocupar se está retendo algo, mesmo se o que vem do paciente dá impressão de obscuro, ininteligível e mesmo desconexo, beirando o caótico. (WERNECK, 1979, p.146).

O psicanalista precisa saber ouvir, é uma escuta apreendida nessa complexa formação e ao longo da própria prática. Deve desenvolver uma capacidade específica para compreender a experiência transferencial e criar a interpretação. E isso pode ser apreendido em uma formação longa e *sui generis* em relação às outras formações para o exercício da clínica. A formação é composta de análise pessoal, cursos teóricos e prática, com supervisão de caso. Para alguns dos autores, os cursos só deveriam ser iniciados após o candidato já ter certo conhecimento de si próprio, conforme se espera seja alcançado no desenrolar da análise. Essa posição pretende preservar o aprofundamento na análise pessoal e evitar resistências que possam se desenvolver pela "intelectualização estimulada pelos cursos e as interferências provocadas pelos contatos no Instituto e Sociedade como outros candidatos e com analistas em geral, inclusive o seu próprio" (WERNECK, 1979, p.157).

A arma decisiva da técnica psicanalítica é a interpretação... Boa parte do que se passa no processo analítico escapa à percepção do analista. O paciente se cura não tanto por aquilo que o analista supõe estar fazendo em sua intervenção técnica consciente, mas antes de tudo, por aquilo que o analista inconscientemente faz. (MARCONDES¹³², 1982, p.110).

¹³² Conceito de Interpretação em Psicanálise. Apresentado no I Congresso Psicanalítico Latino-Americano, Buenos Aires, 1956 e publicado The Concept

E a técnica da palavra se dá em uma dinâmica própria, como coloca o psicanalista: "Podemos analisar uma sessão isolando aspectos constitutivos da mesma: o enquadre, a associação livre, a atenção flutuante, a transferência-contratransferência e a interpretação" (CÉSIO, 1975, p.184). A atenção flutuante é a contraparte da associação livre, a escuta psicanalítica das representações de ideias latentes advindas da associação livre do paciente.

[A] interpretação de fato concreto insiste em fazer o paciente perceber que só ele pode encaminhar a solução. Para consegui-lo, o linguajar alusivo do analista funciona como estímulo à manifestação do peculiar ao paciente.

[A] importância da identificação projetiva para a compreensão e o conhecer. O mito e o símbolo aparecem como veículo de escolha para a comunicação e a transmissão da mensagem através do tempo. (CORRÊA, 1979, p.321).

Durval Marcondes desenvolve seu raciocínio baseado em sua experiência e em diversos autores psicanalistas, curiosamente, quase metade mulheres. De maneira breve, o pioneiro psicanalista brasileiro nos diz que na interpretação, o confronto não se dá entre fantasia e realidade, passado e presente, o confronto é entre a fantasia que reproduz a situação original (objeto infantil) e outra fantasia correspondente a uma fase mais madura do desenvolvimento do paciente e que ele não pôde atingir na ocasião oportuna. É por meio da "atitude interpretativa" que o analista torna possível ao paciente o encontro sucessivo dos objetos infantis e a possibilidade de dominar esse passado.

Na transferência repete-se a cada instante o drama infantil do conflito entre a dependência e a independência. A análise implica, para o paciente, uma opção entre duas relações objetais concomitantes no presente, mas distintas no passado. A interpretação é um convite à mudança. Ela atinge seu objetivo na medida em que o analista consegue transmitir contratransferencialmente a segurança necessária ao movimento propulsivo. (MARCONDES, 1982, p.113).

Além de conceituar a atitude interpretativa, ao final toma posição pela "improvisação intuitiva" (p.115) do analista e os riscos, como "uma diluição extrema das fronteiras da técnica psicanalítica", porém ressalta que "a excessiva rigidez das normas técnicas tem prejudicado imensamente os resultados práticos da psicanálise". E acrescenta que ao analista é preciso "saber libertar-se da tirania das regras aprendidas durante seu preparo acadêmico" (p.116).

Durval Marcondes mostra em toda a sua carreira ser um homem de coragem e determinado na intenção de desenvolver a psicanálise no Brasil. Nesse artigo, isso transparece em suas posições, de certa maneira audaciosas em seu tempo e lugar, que deixam espaço aos detratores ao tomar uma posição pela liberdade do paciente condicionada pela liberdade do analista, que é o condutor do processo, porém não escolhe o caminho, esse é obra do autor da análise, o paciente. Essa posição é audaciosa pela novidade e pela liberdade para o estabelecimento da relação psicanalítica. Trata-se de um homem aberto ao novo, como foi desde a graduação em medicina, quando ouviu pela primeira vez o nome de Freud e sua psicanálise. Isso foi em 1919 nas aulas de Franco da Rocha, médico psiquiatra que ficou conhecido pela direção do Hospital do Juqueri, na cidade que hoje leva seu nome.

Nunes Filho preocupa-se com "a dissolução da técnica em nome de uma relação integral com o paciente" (1977, p.417), de um lado, e de outro um grupo que defende a rigidez da técnica. Coloca que a psicanálise atravessa uma crise de fundamentos e está se fragmentando em vários grupos que se hostilizam. O autor vai organizando sua posição em relação à técnica e aos problemas dos psicanalistas no país e resgata o percurso de Freud na construção da clínica, quando deixa as técnicas de submissão, que eram a hipnose e a sugestão. Cito:

Freud foi se aproximando, progressivamente, da regra básica da livre associação. O paciente não devia ser *dominado por palavra ou atos imperativos*. Em vez disso, o médico assumia uma posição de co-participação, de *atenção flutuante*, que lhe permitisse ouvir, não uma exposição ordenada, senão um relato solto dos aspectos inconscientes e irracionais do paciente, cujo sentido era necessário descobrir. (NUNES FILHO, 1977, p.419).¹³³

A liberdade do paciente deve ser resguardada e dessa forma é possível o aparecimento da verdade. "Em psicanálise, o papel do

¹³³ Os grifos são do original.

analista é facilitar o aparecimento da verdade. Buscar a verdade é deixar o paciente ser de modo mais livre" (p.421). Para o autor, "todo o trabalho de Freud é uma antecipação da tese de Heidegger¹³⁴, que diz ser a liberdade a própria essência do ser" (p.421).

A experiência da dupla é determinante do que conhecemos por desenvolvimento na transferência – a capacidade que o analisando vai tendo de expressar, na experiência, aspectos que estavam «deixados», mas que na presença do analista vão sendo novamente incluídos, dando-se a oportunidade de acompanhamento; o desenvolvimento na experiência emocional de aspectos transferenciais totais na presença do analista propiciam a integração de aspectos cindidos; são transformações do analisando e do analista, proporcionando um jogo dialético na experiência em trânsito, permitindo formulações dos movimentos. (GOLDSTAJN, 2003, p.398).

Estabelecido que a relação na clínica é a própria condição da análise, vamos olhar alguns artigos sobre o método psicanalítico. É preciso diferenciar método de técnica. No artigo da Rev. bras. psicanál. (2000, p.111-130), Baptista desenvolve um raciocínio indutivo até chegar a uma síntese, como segue:

O objeto da psicanálise é a transferência considerada segundo dimensões puramente sincrônicas vividas pelo homem em condição de análise, transferência e condição de análise geradas pela aplicação do método interpretativo e seu corolário; o método psicanalítico é o método interpretativo quando aplicado sincronicamente à transferência do homem em condição de análise.

O objeto da psicanálise estará, sempre, em condições de receber a aplicação de qualquer técnica psicanalítica. (BAPTISTA, 2000, p.125).

Ressaltando o artigo do colega, na Rev. bras. psicanál. (2003, p.355-363), Luiz Marcílio Machado acrescenta algo muitas vezes repetido nos artigos, que método e pesquisa em psicanálise, desde Freud, caminham juntos.

Enquanto ciência que estuda o aparelho psíquico, a psicanálise define o seu objeto como sendo o

¹³⁴ Citado pelo autor : HEIDEGGER, M. *De l'essence de la verité*. Paris : Vrin. 1948.

inconsciente. Em outras palavras, é uma disciplina que estuda as formas de armazenamento da memória inconsciente e seus deslocamentos pelas cadeias de significantes intra-sistêmicos. Não por acaso a este fenômeno representacional, Freud também chamou de transferência. (MACHADO, 2003, p.362).

A psicanálise é uma terapia pela palavra com o foco no binômio consciente-inconsciente, que cria um espaço-tempo próprio e um método de interpretação do eu e do outro, em contínua relação como condição de ser nada mais que humano.

6.3.2 Subjetividade, objetividade e neutralidade

A Rev. bras. psicanál. (1997) dedica um número ao tema subjetividade/objetividade, do qual apresento alguns excertos, de maneira não a marcar as posições deste ou daquele psicanalista, mas com a intenção de dar uma ideia geral do que foi escrito.

A psicanálise, em sua originalidade, é constituída graças a um corte epistemológico que faz dela uma ciência pós-paradigmática, inteiramente diferente de todas as outras. Trata-se do mais profundo de todos os cortes, uma vez que atinge simultaneamente o sujeito e o objeto do conhecimento. Graças ao processo analítico que a caracteriza, a psicanálise introduz uma cesura (*Caesura*) no próprio sujeito, que se apresenta, de um lado, como sujeito do consciente e, de outro, como sujeito do inconsciente. (REZENDE¹³⁵, 1997, p.305).

Inicialmente, esse trecho me soou pretensioso, mas ao longo do artigo fui percebendo a fluidez na colocação das ideias. Destaco no excerto acima, a questão da ruptura epistêmica da psicanálise ao binômio normal-patológico na mudança de foco para o binômio consciente-inconsciente, como se pode verificar abaixo.

Nas ciências formais, a verdade como coerência é a causa última do conhecimento científico; nas ciências empírico-formais, a causa da ciência é a verdade como correspondência ao real; nas ciências humanas, é a verdade como consenso simbólico. Na psicanálise, a causa da ciência é a verdade como *alétheia*, no seu sentido primitivo

¹³⁵ Antonio Muniz de Rezende, membro da SBPSP.

de desvelamento e não-esquecimento. Desvelamento do inconsciente recalçado, não-esquecimento do inconsciente dinâmico, em sua realidade última. (REZENDE, 1997, p.308).

Freitas¹³⁶ constrói um artigo bem fundamentado, em busca de justificar a psicanálise como uma ciência, mas destaco aqui como coloca a questão temática da subjetividade e objetividade na psicanálise.

São subjetivos, em psicanálise, o mundo interno do analisando, bem como o do analista, e ambos são vivenciados na relação intersubjetiva do analisando com o analista, no *setting*. A subjetividade do analista – mundo interno, caráter, experiência, referencial teórico, conceitos, contratransferência – interage com a subjetividade do analisando, na relação transferencial, sendo esta interação o que vai produzir o primeiro fato objetivo em psicanálise – que a fundou e tornou possível, a compreensão objetiva pelo psicanalista daquilo que se passa na transferência e será comunicado ao analisando. Esta compreensão objetiva é a matéria-prima da interpretação. (FREITAS, 1997, p.440).

Entendo que o que considera a compreensão objetiva do analista, poderia ser uma objetivação do analista sobre a palavra do analisando, em um terreno perigoso como é o da análise psicanalítica. Ou talvez o autor, como outros na Rev. bras. psicanál. invista seu discurso em uma tentativa de explicar ou justificar a prática da psicanálise por meio da epistemologia da ciência moderna, que se considera objetiva.

Em especial gostaria de despertar interesse pela questão da liberdade como possibilidade ou não da condição humana, questão que, a meu ver, coloca-se necessariamente na situação analítica. (REGO FILHO¹³⁷, 1997, p.339)

O autor afirma que há uma distância entre "os modelos teóricos, abstratos, com que os cientistas pensam a realidade/natureza" e o que ele chama de "o comportamento prático desta mesma natureza" (1997, p.340). Ele quer, assim, defender que "em psicanálise, o método de investigação é simultaneamente um método de ação terapêutica" (p.340). Segue em sua argumentação e apresenta as diferenças com a medicina.

¹³⁶ Ednei Freitas, membro associado da Sociedade Psicanalítica de Recife, SPR.

¹³⁷ Osvaldo Costa Rego Filho, membro da SBPRJ.

Mas se é verdade que o analista não tem o mesmo objetivo curativo do médico, isso não significa que o analista não tem qualquer objetivo. Sua meta terapêutica é justamente analisar...

Vamos nos ocupar inicialmente do paciente. Este procura o psicanalista com pelo menos dois objetivos em vista: o primeiro é alguma coisa que podemos genericamente descrever como um desejo de melhora, algo que se aproxima do desejo de cura próprio dos que procuram um médico clínico; o segundo, o desejo de se analisar. ...Por outro lado, ao longo do processo de análise supomos que ele é movido por desejos que desconhece e que determinam, em grande medida, seus processos psíquicos e suas ações. (REGO FILHO, 1997, p.340-341).

Após embasar teoricamente o método psicanalítico, pergunta: "Qual o objetivo da experiência analítica?". A resposta deve ser dada pela teoria, cita *Análise terminável e interminável*, de Freud, quando fala em «reforma do eu», compreendendo, assim, que o homem é alguém que se desenvolve numa certa direção (p.350).

Mas aprendemos (ou decidimos) que não é o caso de buscarmos esta reforma atuando diretamente sobre o eu, adaptando-o, e sim trabalhando, de alguma maneira, em suas relações dinâmicas, inconscientes, como o id – e neste deve ser incluída esta formação peculiar, o supereu. Durante o já extenso desenvolvimento da prática clínica da psicanálise, foram se sofisticando as formas de acesso a essas relações inconscientes... (REGO FILHO, 1997, p.350)

Zaslavsky¹³⁸ e França¹³⁹ utilizam praticamente os mesmos autores ao abordar a intersubjetividade na prática clínica. Ela é exatamente o ponto da relação emocional entre terapeuta e paciente. O primeiro psicanalista destaca no desenvolvimento da função de escuta do analista, as relações históricas (Freud), as relações intrapsíquicas (Klein) e a narrativa interpessoal (Bion). A escuta, o modo de escuta é apreendido na formação psicanalítica, na análise pessoal, só pode ser apreendida na vivência paciente-analista, pode ser considerada uma modalidade de comunicação (ZASLAVSKY, 1997, p.312). O segundo

¹³⁸ Jacó Zaslavsky, membro da SPPA.

¹³⁹ João Baptista Ferreira, membro da SBPSP.

psicanalista, ao falar que o conceito de intersubjetividade é recente, cita os conceitos precursores: a contratransferência (Freud, 1910, 1º enfoque) e "a questão do papel real do analista, como agente e não apenas como alvo de projeções ou objeto do mundo interno do paciente" (FRANÇA, 1997, p.384-5), e a empatia, em Klein e Bion. Ambos vão discorrer sobre os elementos que proporcionaram à psicanálise desenvolver o conceito de intersubjetividade.

Se no início das investigações em Psicanálise, os autores viam o paciente e seu mundo emocional como objeto isolado de investigação, atualmente se pensa que não existe paciente sem analista, com as emoções deste fazendo parte integrante do processo. (FRANÇA, 1997, p.390).

Ainda dentro do tema subjetividade/objetividade, Ruth Froimtchuk¹⁴⁰ aborda a questão da neutralidade na situação analítica, em uma dimensão ética e, assim, propõe se distanciar de uma neutralidade da ideologia "cientificista", de "fé inabalável na pureza e transparência do analista" ou na "crença onipotente no poder da ciência de levar o homem à posse da verdade e, daí, à felicidade" (1997, p.324).

Para a autora, a intenção inicial de Freud foi constituir a psicanálise como uma ciência natural, o que se justifica em sua época.

Freud reconheceu, mais tarde, que qualquer que fosse a técnica utilizada, o vínculo afetivo com o terapeuta estaria presente [...] Ou seja, uma situação terapêutica bastante complexa e cheia de riscos! Como conciliar esta descoberta com o espírito científico positivista de sua época, segundo o qual qualquer teoria que se pretendesse científica, teria de se livrar dos obstáculos que impedissem a leitura neutra dos dados pelos quais a natureza ditava a sua verdade? (FROIMTCHUK, 1997, p.325)

A psicanálise se constitui na prática por meio da interpretação da relação transferencial, que se estabelece entre analista e analisado, de onde se criou uma duplicidade de modelo.

Nesse sentido, havia uma duplicidade de modelos: por um lado, o modelo das ciências naturais, de base empírica e verificacional: a exigência de rememoração no processo analítico era tomada como um critério fundamental de verificação de suas hipóteses metapsicológicas e clínicas; a

¹⁴⁰ Ruth Froimtchuk, analista didata da SBPRJ.

neurose seria uma enfermidade da memória e, portanto, levantando a amnésia infantil e permitindo ao sujeito recuperar sua história real, o ego se afastaria dos seus mecanismos de defesa inadequados e ganharia algum grau de liberdade (concepção historicista, baseada no determinismo psíquico). Ao mesmo tempo, outros enunciados do discurso freudiano anunciavam a construção de um saber da interpretação (dimensão hermenêutica da psicanálise), que a situava no campo das ciências da cultura: cada objeto é construído a partir do sujeito e o objeto histórico não escapa a esse relativismo; o objeto ou o fato histórico, como qualquer outro, é construído, o que põe por terra o realismo ingênuo e a possibilidade de o analista ser neutro. (FROIMTCHUK, 1997, p.324).

Se, inicialmente, na psicanálise, o que era dito pelo paciente foi considerado como um fato, uma realidade vivida por ele, como registra Zaslavsky (p.310), a psicanálise hoje vê os fatos como passíveis de reconstrução. Ruth Froimtchuk conclui que Freud percebeu, ao longo de seu trabalho, que "era preciso exigir de cada analista a arte, o tato, o farejar, pressentir e interpretar, práticas dignas dos xamãs e magos, e não de profissionais da área técnico-científica". E levanta a seguinte questão: "Como recriar a analogia com as técnicas científicas e garantir a credibilidade do seu método?" (p.326). Para ela, a genialidade de Freud foi transformar os obstáculos em fundamentos da técnica, pois o que perturba a análise é justamente o que deve ser levado em conta, como a resistência e a transferência. A contratransferência "é parte constitutiva da estrutura do campo analítico" (p.333). Porém, o terreno continuou perigoso e a instituição se fechou e definiu regras de modo a controlar o trabalho dos psicanalistas. "O essencial era o respeito ao protocolo analítico da regra da abstinência e neutralidade." (FROIMTCHUK, p.329).

Conclui que não é mais possível tratar a neutralidade do analista como uma ausência de subjetividade. A neutralidade, nesse sentido, de impessoalidade, é uma utopia científicista. A conduta do analista é do campo da ética. "A função do analista é reconhecer a potência das forças irracionais presentes nesse encontro e a existência de uma assimetria que favorece a relação de poder de um sobre o outro" (p.332). De maneira concisa, resume o objetivo da psicanálise e o ofício do analista.

O papel da psicanálise é levar o sujeito a buscar soluções próprias para a sua diferença e para a sua singularidade, em contraposição aos fenômenos socioculturais que caminham no sentido de homogeneização das individualidades. Ou seja: o objetivo da psicanálise é fazer com que os analisandos tornem-se não conforme a norma, mas eles mesmos.

[...]

Regras técnicas e conhecimentos teóricos psicanalíticos não são suficientes para promover um processo analítico sensível e criativo. A interpretação é algo muito mais complexo, pois o analista não pode dizer o que faria mais sentido, porque não existe um único sentido; o sentido só se faz à medida que o outro percebe, no mesmo instante, com um mínimo de deformação possível. Esse trabalho atento, cuidadoso e exaustivo, não se reduz a uma mera aferição intelectual e objetiva de dados; ele é obtido a partir de um meio saturado de afetos, em constantes movimentos, exacerbados e contidos, em que seria impossível (e até negativo, prejudicial), que o analista se mantivesse frio e impassível. [...] O analista é talvez um guia, mas é o analisando quem deve terminar sabendo aonde ele quer ir. (FROIMTCHUK, 1997, p.332).

A psicanalista compreende que toda ciência humana é processual e não cabe sustentar uma ideia de verdade científica, a ciência humana "participa das condições históricas e sociais, ela não é isenta de valorações e ideologias" (p.329). A psicanalista compreende que não existe "objeto real", e que ele "só se torna científico quando pensado por uma teoria. Assim sendo, o fato não é neutro, porque de algum modo envolve o observador" (p.330).¹⁴¹

Na Rev. bras. psicanál. (2011, vol.45, n.1), o artigo "Freud: normalização e crítica", chama a atenção pela familiaridade do tema com o presente estudo.

Resumo: Com base nos textos "Neurose e psicose" (Freud, 1924) e "A perda da realidade na neurose e na psicose" (Freud, 1924), retomamos o posicionamento de Freud ante as semelhanças e

¹⁴¹ Ver no cap.2, a posição de Ruth Froimitchuk sobre a atitude de algumas sociedades psicanalíticas no período de ditadura no país.

diferenças entre neuroses e psicoses, a fim de circunscrever a concepção de "desvio" a um momento específico da obra desse autor. Questionamos, então, o discurso atual que reputa Freud como adepto do ideal normativo. Para tanto, redesenhamos as principais linhas de força traçadas no texto "Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna" (Freud, 1908) com o objetivo de demonstrar a crítica contundente de Freud à moral social e às concepções adaptacionistas; concepções essas que tomam a sociedade como dado visível e completo. Por fim, destaca-se o valor do pensamento freudiano para a crítica à normalização social. (MACHADO, 2011).

Reproduzo o resumo aqui, para destacar o interesse do psicanalista Sérgio Bacchi Machado sobre a questão da normalização social e religar ao início do capítulo. A meu ver, os artigos dos psicanalistas possibilitaram não só entender um pouco mais do ofício do psicanalista como de diferenças epistêmicas em relação à psiquiatria. E os psiquiatras mostram suas preocupações com o alvo da patologia, em busca da normalidade, que se expressa no homem típico.

O próximo capítulo aborda uma preocupação que perpassa todo o texto, que são as disputas de poder-saber entre as áreas no campo psi e as vantagens, se é que pode nomear dessa maneira, que leva a psiquiatria pela condição majoritária de sua instituição, sempre ligada ao *establishment*.

7 AS DISPUTAS PELA REGULAÇÃO DO CAMPO PSI¹⁴²

No sentido de problematizar a condição majoritária da psiquiatria como intervenção no campo psi, serão apresentadas algumas situações históricas emblemáticas de modo a tornar compreensível ao leitor que as divergências políticas entre a psiquiatria e outras profissões ou ofícios cujo objeto de intervenção é o ser psicológico, como a psicologia e a psicanálise, são consequências de disputas entre poderes e saberes. Algumas situações, aparentemente questões legais, estão intrincadas a diferenças de pensamento e tentativas da medicina, em geral, e da psiquiatria, em particular, de imposição de uma verdade científica sobre o conhecimento do sofrimento humano e da intervenção clínica. A heterogeneidade do conhecimento na área, que se expressa pela quantidade de linhas de pensamento sobre a psique, o sofrimento, a cognição e o comportamento representa um campo em ebulição epistêmica, o que leva a pensar o sujeito como uma construção epistemológica e não um ser em si mesmo, uma natureza dada *a priori*.

A psicanálise realizada por psicanalista não-médico foi chamada de análise leiga pelos médicos contemporâneos de Freud. Entende-se, portanto, que o psicanalista é leigo em medicina, mas não em psicanálise, do mesmo modo que o médico é leigo em psicanálise e não em medicina. Chama a atenção que o assunto ainda não tenha sido ultrapassado, passado praticamente um século: em nome da medicina, em geral, e da psiquiatria, em particular, profissionais e suas instituições tentaram e tentam coibir as práticas não-médicas no campo psi.

Para evidenciar aspectos da análise leiga, foram selecionados alguns textos de Freud e o resultado de um evento de psicanalistas, no Brasil, em que reforçam a análise leiga, pelo ofício de psicanalista com formação centrada na análise pessoal e não acadêmica e contra o projeto de lei do ato médico. No tocante à profissão de psicólogo, foi escolhida uma matéria de uma revista médica quando da regulamentação da profissão no país.

A medicina, por meio de suas instituições profissionais e de formação, pretende ser o regulador do campo psi. A força da verdade de uma comunidade científica majoritária transparece tanto no investimento econômico, na indústria de medicamentos e de aparelhos

¹⁴² LIMA, A.C.; CAPONI, S.; MINELLA, L.S. A ruptura epistêmica como um problema legal no campo psi: as disputas dos saberes. Revista Mal-estar e Subjetividade, Fortaleza, v. X, n.1, p.37-60, mar/2010. Reprodução parcial.

hospitalares como na formação de opinião. O senso comum, amparado pelos poderes da comunicação (mídia) admite que é óbvio, evidente e natural que o modelo médico convencional é a abordagem correta, por excelência, e que o sofrimento psíquico é uma doença que pode acometer qualquer um, ninguém está livre de ficar louco (FOUCAULT, 1999a). A clínica, com base na biomedicina, é para o senso comum a verdade científica, fortalecida tanto pelos profissionais de saúde como pelo poder de formação de opinião dos meios de comunicação, em que os outros saberes, de modo geral, são considerados como complementares, alternativos e muitas vezes até tratados com desprezo, como se fossem charlatanismo ou placebo.

A literatura sobre o tema mostra que desde a antiguidade a loucura chamou a atenção de estudiosos e práticos. Porém, a neurose é interesse de uma modernidade que criou o indivíduo como objeto de estudo¹⁴³, o que podemos encontrar tanto em livros de psiquiatria, como *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (2000) como na *História da Loucura na Idade Clássica*, de Foucault (1999a). Ao longo de décadas, uma questão tem ocupado um lugar central: existe um limite claro entre loucura e neurose? As respostas a essa questão variam conforme o subcampo psi. Assim, a psicopatologia, na medida em que classifica quadros de sintomas, conforme o DSM-IV (1994) e DSM-IV-TR (2002), responde através da classificação dos comportamentos, das condutas e define patologias mentais. Para a psiquiatria, a definição de um diagnóstico é fundamental. Para a psicanálise, no entanto, definir a psicopatologia não só não é fundamental, como pode influir negativamente no sucesso da análise.

As disputas das comunidades científicas (FLECK, L. 1986) pela hegemonia de um pensamento sobre outro podem se tornar fundamentalistas e por vezes os motivos são ligados a interesses, como o da vaidade e de vantagens pecuniárias, diretas e inseridas no modelo econômico. Podemos pensar que qualquer verdade é contextualizada e transitória, e que rupturas epistêmicas não substituem, simplesmente, o modo de pensar, podem coexistir duas «épistémès» diferentes, como ocorreu quando da criação da psicanálise e a crescente adesão de

¹⁴³ Em *As palavras e as coisas* (2002a), Foucault afirma que as ciências humanas não recebem nada dos séculos anteriores ao XIX – o homem não existia como objeto empírico de conhecimento. Só no século XIX é construído um conjunto de discursos (acontecimento da ordem do saber) que formam as ciências humanas, com o papel de “fundamento de todas as positivities” passando o homem para o campo dos objetos científicos.

médicos e não médicos, interessados nesse novo modo de pensar o campo psi.

O modo de pesquisar e de chegar a resultados sobre as qualidades de uma terapêutica precisa ser coerente com a «épistémè» na qual se baseia, assim, por exemplo, é contestável a possibilidade de se obter resultados assertivos em uma pesquisa sobre a psicanálise, com um método de pesquisa quantitativo. O objeto de pesquisa e o método precisam ter coerência interna, como bem colocam dois psiquiatras brasileiros contemporâneos, Cláudio Osório e Marcelo Fleck, ao defenderem que os métodos de pesquisa em psicoterapia e psicofarmacologia não são os mesmos, haja vista terem pressupostos epistêmicos diferentes, pois “não existe apenas uma maneira de compreender e tratar pessoas com problemas psiquiátricos, e sim diferentes «perspectivas», «escolas», «correntes de pensamento» ou, mesmo adequadamente, «paradigmas» na psiquiatria” (OSÓRIO; FLECK, M. 2005, p.407).

De forma a problematizar as diferenças entre alguns dos saberes no campo psi e a proposta hegemônica da psiquiatria como profissão, serão abordadas brevemente algumas das críticas à práxis tradicional da psiquiatria, para introduzir o pensamento de Freud sobre a formação do psicanalista e, em seguida, a reação de psiquiatras, que ocupavam cargos de direção de instituições, à época da regulamentação da profissão de psicólogo no Brasil. Para finalizar, será resumida a questão dos projetos de lei da medicina, que tem a pretensão de regular as práticas em saúde, inclusive no campo psi.

7.1 A PSIQUIATRIA

A medicina ocidental moderna está estruturada sobre a etiologia e a nosologia das doenças, a saber, a causa das doenças e sua classificação, respectivamente. A clínica diagnóstica se realiza através do conhecido exame do corpo, com exames complementares, prescrição de drogas medicamentosas, cirurgia, internação e prescrição de condutas saudáveis para prevenir doenças. A história da psiquiatria de Kaplan (2000) – amplamente aceita e estudada em cursos de medicina e especializações em psiquiatria, bem como em cursos de psicologia – nos parece uma história «à moda antiga», traça uma linha mestra de acontecimentos em tempo cronológico, retrata uma psiquiatria que nasce na antiguidade clássica grega e evolui ao correr dos tempos.

De outro ponto de vista, Foucault mostra uma história da psiquiatria (2006b) e da loucura (1999a), em que se empenha em “não

passar os universais pela glosa da história, mas fazer a história passar pelo fio de um pensamento que recusa os universais” (Foucault, 2006c, p.58, nota de 1979). Nessa dimensão histórica, a psiquiatria nasceu no século XIX, quando médicos assumiram o saber no hospital de alienados, que deixaria de ser um depósito de excluídos para se transformar no lugar de tratamento da alienação, passando a loucura ao status de doença. Ou seja, sem deixar de ser lugar de exclusão, a exclusão passou a ser medicalizada (Foucault, 1999a; 2003/2006b). O doente mental diagnosticado pela psiquiatria não é reconhecido como alguém que detém saberes sobre seu próprio sofrimento.

A medicina com fundamentos nosológicos (fundamentada na classificação das doenças) se distancia da pessoa que sofre. Se as ciências biológicas e a clínica médica se constituíram sobre a doença e suas manifestações, a psiquiatria constituiu-se no espaço asilar, por si só o isolamento social e familiar e a imposição de uma regularidade disciplinar, formaram uma terapêutica moral (Foucault, 2006a, 2006b).

A psiquiatria não abandonou a ideia de buscar causas orgânicas para o sofrimento psíquico e as possibilidades técnicas alcançadas a partir da década de 1980, permitindo o acesso ao cérebro em funcionamento, incrementaram as pesquisas sobre comportamento e funcionamento cerebral e bioquímico, para comprovar as causas dos desequilíbrios, reforçando uma medicina que busca a normalidade em contraponto ao patológico.

7.3 A PSICANÁLISE E A ANÁLISE LEIGA

Há pouco mais de cem anos, a psicanálise implementou um *setting* terapêutico ao mesmo tempo em que começou a desenvolver um saber sobre neuroses, diferenciado do saber psiquiátrico, essencialmente hospitalar. O lócus da loucura vai permanecer no hospital, sem grandes mudanças em sua terapêutica de observação e contenção da psicopatologia e da pessoa que sofre, com técnicas bastante invasivas, até ser questionado após a II Guerra Mundial.

O lócus da neurose se instala no consultório psicanalítico e se desenvolvem inúmeras linhas de pensamento e práxis em psicoterapia, de modo geral, com base na psicanálise, mesmo que sejam dissidentes. A literatura mostra que a psicanálise não segue o modelo clínico da medicina, nosológico (em que o foco é a doença e o doente é aquele que carrega uma doença que precisa ser tratada), nem a prática da internação psiquiátrica. Breuer, Freud, Jung e possivelmente outros desenvolveram no final do século XIX trabalhos semelhantes de terapia pela palavra,

em que propunham à pessoa que falasse o que viesse à cabeça, quebrando a lógica do inquerito e da racionalização. Dessa técnica, surgiu um material novo, tanto para o terapeuta como para o paciente, que entrou em contato com conteúdos desconhecidos de si próprio. A psicanálise desenvolveria uma clínica psicológica que proporcionou a criação de outras linhas de pensamento em psicoterapia.

O objetivo da psicanálise, portanto, não é definir um diagnóstico, descobrir uma doença e tratá-la, mas estabelecer uma relação terapêutica, em que a pessoa ao longo das sessões possa conhecer parcialmente o desconhecido inconsciente e elaborar uma via de compreensão de seu processo de vida. A psicanálise é também uma racionalidade clínica, que compreende que o sujeito é uma resultante de um confronto entre o inconsciente e as expectativas de seu meio, inserido em uma cultura, espaço de conflito propício ao desenvolvimento de neuroses.

Os avanços do debate sobre o tema assinalam que a psiquiatria, inicialmente, rejeitou a psicanálise, mas ao perceber que esta encontrava seu espaço no tratamento das neuroses, passou a se utilizar da premissa de que a medicina é o regulador do universo das doenças e tentou incorporar a psicanálise à medicina. Nesse contexto, Sigmund Freud escreveu "A questão da análise leiga: conversações com uma pessoa imparcial" (1996a). Com clareza e simplicidade, que o levam a servir como uma introdução ao ensino da psicanálise, o artigo é escrito em forma de diálogo entre o psicanalista, o «Autor», e um interlocutor, a quem chama de «Pessoa Imparcial». O objetivo é esclarecer as dúvidas sobre o método da psicanálise e sua finalidade. O «Autor» responde de forma minuciosa às perguntas da «Pessoa Imparcial» e explica que ser médico não contribui para a apreensão do conhecimento teórico e de formação de um psicanalista. Na verdade, considera que ser médico pode até dificultar a formação de um analista, posto que ele seja formado para exercer sua profissão sobre pressupostos epistêmicos que em muito diferem da psicanálise.

Freud pondera que se os médicos defendiam que somente eles podiam intervir nos problemas das pessoas, certamente pessoas com perturbações emocionais buscavam os médicos. Freud explica à «Pessoa Imparcial» que

os médicos também formulam as categorias nas quais se acham divididos esses males. Eles os diagnosticam, cada um de acordo com seu próprio ponto de vista, sob nomes diferentes: neurastenia, psicastenia, fobias, neuroses obsessiva, histeria.

Examinam os órgãos que produzem os sintomas, o coração, o estômago, os intestinos, a genitália, e concluem que estão sãos. Recomendam interrupções no modo de vida habitual do paciente, exercícios de fortalecimento, tônicos, e por esses meios ocasionam melhoras habituais – ou absolutamente nenhum resultado. Eventualmente, os pacientes vêm a saber que há pessoas interessadas de modo bem especial no tratamento de tais males e iniciam com elas uma análise. (FREUD, 1996a).

No ano seguinte, ou seja, em 1927, Freud escreveu o Pós-Escrito, em que diz: “Minha tese principal foi no sentido de que a questão importante não é se um analista possui um diploma médico, mas se ele recebeu a formação especial necessária à prática da psicanálise” (FREUD, 1996b). O Pós-Escrito foi elaborado em resposta a uma acusação de charlatanismo contra um psicanalista não-médico, da Sociedade de Psicanálise de Viena, que por falta de consistência foi anulada.

Freud esclarece que a psicanálise é uma parte da psicologia, não da psicologia médica, mas da psicologia, simplesmente. Percebe a psicanálise como o alicerce da psicologia. Explicita a “animosidade com que a profissão médica tratou a análise desde o começo” (1996b). A preocupação de Freud, além da formação adequada a um analista, tem lugar também no que a medicina faria com a psicanálise: “se desejam tomar posse de seu objeto com a finalidade de destruí-lo ou de preservá-lo” (1996b).

Somente *a posteriori*, com a publicação do artigo Os Fragmentos do Pós-escrito (FREUD, 2003), que não foi publicado na época, por conselho de seus discípulos, é que podemos ver com que veemência Freud se posiciona em relação à rápida disseminação da psicanálise nos Estados Unidos da América. Faz duras críticas ao nível intelectual das escolas estadunidenses, que considerava muito abaixo do europeu, além de ter como objetivo maior o lucro (FREUD, 2003, p.11-17). Com o passar dos anos, as preocupações de Freud foram confirmadas, pois se desenvolveu nos Estados Unidos da América uma linha de psicoterapia de orientação analítica, que se utiliza de recursos da psicanálise, entre

outros, para terapias de curta duração (EIZIRIK¹⁴⁴; AGUIAR; SCHESTATSKY, 1989 e 2005)¹⁴⁵.

Freud iniciou o processo de institucionalização da psicanálise e rapidamente a Associação Psicanalítica Internacional (IPA) se expandiu por muitos países, viabilizando a formação de analistas, regulando a prática e criando um mercado de trabalho (ROUDINESCO, 1995; PONTE, 1999). A psicanálise desde cedo teve e continua tendo divergências internas, que não são pequenas nem poucas; nas cisões formaram-se outros grupos, sendo que a IPA retirou o nome de Lacan de seu quadro de psicanalistas, em 1963, formando-se assim escolas lacanianas não associadas à IPA. (ROUDINESCO, 1995, p.222-274).

A compreensão das instituições psicanalíticas é de que não é possível formar um analista na universidade, já que o analista se constrói em seu processo de análise, imbricado com a apreensão da teoria e outros conhecimentos sobre o homem e a sociedade (Freud, 2003). De modo geral, as sociedades e escolas psicanalíticas não querem a regulamentação da profissão de psicanalista e aceitam não-médicos em suas formações de analistas. Nesse sentido, podemos ver a posição de vários psicanalistas, representando diversas escolas psicanalíticas (lacanianas e freudianas)¹⁴⁶, contra um projeto de lei para regulamentação da formação do psicanalista, contra o qual se uniram a psicanálise e a psicologia, conseguindo seu arquivamento, e contra o projeto de lei do ato médico, como segue, na Revista da Escola Letra Freudiana (2003, p.209-231):

A psicanálise não é uma profissão, mas um ofício, uma práxis, um campo peculiar que, operando com conceitos fundamentais pétreos, não saberia afirmar sobre si mesmo quando ele é psicanalítico ou não. O ato psicanalítico só se faz sentir a *posteriori*, no manejo da transferência. Ele não só se auto-regula como não admite a regulamentação pelo Estado (2003, p.209).

A psicanálise é uma terapia da palavra que se expressa em um *setting* terapêutico, pela associação livre e se faz discurso na transferência analítica; a psicanálise propõe uma verdade teórica, por

¹⁴⁴ Cláudio Laks Eizirik foi presidente da IPA, de 2005–2009.

¹⁴⁵ As duas edições de *Psicoterapia de Orientação Analítica* são tomos diferentes, publicados respectivamente em 1989 e 2005.

¹⁴⁶ Mesa redonda: O que regula a psicanálise?, realizada na Jornada da Escola Letra Freudiana “Formação e Função do Psicanalista”, PUC-RJ, em maio de 2003. Relatórios de representantes de diversas entidades.

meio de uma práxis clínica (FOUCAULT, 2002a, p.517-536). Freud defende que a psicanálise é uma parte da psicologia, mas não de uma medicina da psicopatologia classificatória de doenças; a psicanálise se propõe a tratar as neuroses por meio de técnicas clínicas de acesso ao inconsciente.

Compreende-se, portanto, que é chamado de leigo aquele que não tem o conhecimento médico, o que leva a pensar que psicanálise e psicologia não são saberes, mas intervenções feitas por curiosos, como uma espécie de voluntarismo, sem embasamento teórico-técnico. Na prática, a psicologia é uma profissão regulamentada com formação universitária, capaz de construir saberes e práticas, legítimos no campo científico. A psicanálise, por sua vez, construiu sua instituição fora da academia universitária e é regulada nacional e internacionalmente por seus pares, mesmo que com divergências e dissidências, oferece formação teórica e análise pessoal, minuciosa e longa, como Freud defendia e muito têm contribuído para a compreensão dos conflitos humanos. Inspiradas na compreensão de Bourdieu sobre o campo científico como âmbito de disputas incessantes, compreendemos que se os profissionais desse campo são chamados de leigos, isso resultaria das suas divergências em relação à «épistémè» dominante da medicina (BOURDIEU, 1983). Isto é, esse rótulo expressaria as tensões entre o campo psi e a medicina.

7.4 O INÍCIO DA PSICOLOGIA CLÍNICA NO BRASIL

A profissão de psicólogo, no Brasil, tem entre seus precursores os «psychologistas», que atuavam em equipes de saúde mental, formados no Curso de Especialização de Higiene Mental Escolar, na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP, ao final dos anos 1930; em seguida, a Universidade do Brasil, no Rio de Janeiro, seguiu caminho similar. Alguns desses «psychologistas» se tornaram psicanalistas e participaram na formação das primeiras sociedades de psicanálise no país (SAGAWA, s.d.).

Na segunda metade do século XX houve uma grande ampliação de profissões no mundo ocidental. No Brasil, a profissão de psicólogo foi regulamentada pela Lei nº4119, de 1962, e Decreto nº53464, de 1964¹⁴⁷. As faculdades de Filosofia passaram, assim, a oferecer cursos de Psicologia, tanto aqui como em outros países. Segundo essa Lei,

¹⁴⁷ Lei Federal nº4119 e Decreto nº53464. Disponíveis em: <http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/>. Acesso em: 12 jan. 2009.

entre as atribuições de um psicólogo estão o diagnóstico psicológico e a solução de problemas de ajustamento, configurando a psicologia clínica, como uma de três grandes áreas de atuação (clínica, trabalho e educação).

Em reação a essa regulamentação, a publicação O Médico Moderno, Revista Profissional e Cultural da Medicina, consagrou ao assunto a matéria de capa, em outubro de 1965: "Psicologia clínica: médicos veem perigo na nova lei". A reportagem ouviu cinco psiquiatras e um professor do recém criado, na época, curso de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP).

A matéria traz título semelhante ao da capa, seguido de um texto em destaque, da seguinte forma: "psicologia clínica: médicos apontam riscos na nova lei - Lei que autoriza aos psicólogos a solução dos problemas de desajustamentos é julgada pelos psiquiatras: o perigo estaria na criação dos consultórios de leigos" (1965, p.30-34). A autoridade do médico informa ao leitor médico sobre os perigos do paciente ser atendido por não-médicos, que chamam de leigos do mesmo modo que o psicanalista não-médico fora chamado no tempo de Freud.

A profissão de psicólogo é chamada de formação de leigos como se fossem curiosos a se infiltrar no campo da medicina. Para os psiquiatras entrevistados, a profissão de psicólogo seria perigosa pela falta de rigor sobre o campo de atividades e, por não ter fronteiras rígidas, estaria intervindo no campo da psiquiatria. Entre as queixas, é pontual a do Dr. Paulo Fraletti, diretor do Manicômio Judiciário de SP (1965), sobre a lei ter sido elaborada e aprovada sem serem consultadas as sociedades de psiquiatria, bem como as escolas e serviços psiquiátricos. Afirma que isso "representa uma intromissão no campo das atividades médico-psiquiátricas". Para ele, tanto neuróticos como psicopatas, oligofrênicos e psicóticos são "pertencentes" à área de ação da psiquiatria. A restrição desejada seria que o psicólogo somente atuasse com desajustados que não fossem enquadrados no domínio da psicopatologia, mesmo assim isto seria complicado, pois desajustamentos "podem ser manifestações de uma fase incipiente de esquizofrenia ou de defeitos de personalidade sujeitos a surtos psicóticos". E os psicólogos clínicos não teriam condições de diagnosticar a origem da psicopatologia, comprometendo o tratamento. O entrevistado acrescenta, ainda, que os desajustamentos profissionais, vocacionais e familiares podem ser "superestruturas psicológicas em personalidades psicopáticas".

Parece-nos que esse discurso expressa a necessidade de controle e de vigilância da medicina sobre o comportamento, uma necessidade de vigilância moral, uma medicalização dos comportamentos, regulada pelo médico. Enfim, todo e qualquer desajustamento psicológico e/ou social é qualificado como um desvio às normas e sob a avaliação do psiquiatra pode ou não ser diagnosticado como doença mental. Só, então, o psiquiatra pode encaminhar um tratamento, desde um aconselhamento até uma internação e/ou prescrição de medicamentos ou outro tratamento, como psicoterapia. Esgotados seus argumentos, para que não fique qualquer dúvida ao leitor, ele afirma que os psicólogos “estariam violando o código que proíbe o diagnóstico feito por não médicos”. E que o trabalho do psicólogo seria bem recebido sob a orientação do médico coordenador de uma equipe. Por duas vezes, ao final dos anos 1970 e nesta primeira década do século XXI, veremos essa sugestão ser incorporada em projetos de lei, assunto ao qual voltaremos adiante.

A queixa do psiquiatra expressa a institucionalização do saber sobre a pessoa e seu psiquismo, representando seu olhar à única verdade científica que deve ser aceita. Isso confere aos psiquiatras o domínio sobre a doença e seu tratamento, conforme a história das ciências da saúde, em que o diagnóstico, a categorização das doenças (nosologia) e a intervenção para eliminar a doença formam a verdade da medicina. O médico citado acima defende o poder sobre o louco e mais, sobre todos, pois ninguém está livre de enlouquecer, sendo necessário exercer uma constante vigilância sobre o comportamento. Foucault (2006a), Laing (1975), Cooper (1989), Szasz (1978) foram os arautos da denúncia à medicalização da vida, mesmo que não utilizassem essa expressão, que surge posteriormente nos discursos de sociólogos, como Castel (1978;1991) e Conrad (2007), entre outros. Não podemos deixar de citar Illich (1975) e sua crítica contundente, em que considera a medicalização uma iatrogênese da medicina.

Para o Dr. Henrique Levi, diretor do Hospital Central do Juqueri (1965), o psicólogo não sabe distinguir o normal do patológico, “confinado aos problemas dos perfis psicológicos”. Ainda nessa seara, o Dr. João Bernardo Mota-Campos, psiquiatra do Manicômio Judiciário do Estado de SP (1965), constata que “é a falta de vivência médica, que envolve a formação técnica e o contato diário com o paciente, a principal deficiência dos psicólogos clínicos... uma visão global do mundo médico”. Aqui mais uma vez vemos realçada a doença e a instituição médica, como único lugar de saber. E, como disse o Dr. Levi, importa diagnosticar o patológico em detrimento de conhecer o que

chama de perfil psicológico, recusando outro tipo de saber. A partir desse tipo de constatação, fica claro que para este psiquiatra a psicologia apresenta pressupostos epistêmicos diferentes dos da medicina. É preciso ressaltar que a instituição em que trabalha foi uma das maiores colônias agrícolas manicomiais do país, certamente ainda com mais de dez mil internos na época em que nos fala.

O Dr. Wilhelm Kenzler, um dos médicos entrevistados na mesma matéria, não atua em hospital, é apresentado como psicoterapeuta e lembra que “a supervalorização exclusiva da medicina orgânica pode conduzir ao não atendimento dos componentes emocionais das manifestações psicossomáticas” e que a questão não é de opção por psiquiatria ou psicologia, mas o encontro de formas de cooperação entre as duas especialidades, para o “atendimento integral do doente”. E cita sua experiência na Alemanha e nos Estados Unidos da América, países onde trabalhou com psicoterapeutas não-médicos. Porém, concorda que o diagnóstico e a supervisão do tratamento devam ser realizados apenas por médicos, mostrando uma abertura da medicina a outros saberes, desde que seja mantida a supervisão médica a todas as atividades.

Há de se chamar à atenção ao fato de que também foi entrevistado o professor Arrigo Angelini, na época titular de Psicologia Educacional da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP, representando o outro lado, o do perigo, o que forma os tais leigos. Afirma ele que os psiquiatras estariam ocupando áreas que competiriam ao psicólogo, defendendo a necessidade dessa nova profissão. Ao defendê-la, fala de um saber que necessita ser delimitado em seu espaço de produção de conhecimento, de formação e de atuação. Lembra, no entanto, que “existe uma região comum às duas profissões, de limites esquivos e imprecisos, na qual tanto psicólogos como psiquiatras devem auxiliar-se mutuamente, em trabalho de equipe”.

Observamos ao longo das nossas trajetórias, que em nossa sociedade o poder dominante tenta destruir novos saberes e abordagens e ao não o conseguir tenta incorporá-los ao *status quo*, deixando muitas vezes irreconhecíveis suas bases e finalidades, conforme Freud percebeu com clareza no século passado.

7.5 A DEFESA LEGAL DA NOSOLOGIA NO BRASIL

Em 1978 foi apresentado, na Câmara dos Deputados, o projeto de Lei do deputado Salvador Julianelli, reapresentado como projeto de lei nº2726, de 1980, contra o qual as categorias profissionais e as sociedades de psicanálise lutaram contra, que após alguns anos de

tramitação e discussão pública não foi aprovado (JACÓ-VILELA et al., 2005). Com a mesma finalidade, de submeter todas as profissões de saúde e a psicologia, além das não regulamentadas acupuntura (medicina tradicional chinesa) e psicanálise, foi apresentado, no Senado Federal, o projeto de Lei nº025, de 2002, de Geraldo Althoff; o qual gerou novos projetos e substitutivo¹⁴⁸. O projeto de lei do ato médico ou das atividades privativas do médico está em trâmite na Câmara dos Deputados¹⁴⁹. Tem sido intensa a manifestação contrária dos trabalhadores das profissões e ofícios envolvidos em aproximadamente uma década, o que fez com que houvesse modificações e não se chegasse a um termo e votação final. A nuvem ainda não se dissipou, ronda o perigo, não da análise leiga, mas da norma majoritária exercer sua coerção com amparo legal.

A questão sobre a quem os psiquiatras chamam de leigos permanece, mesmo se não explícita? Não seriam nomeados leigos os psicólogos, que têm uma formação diferenciada da medicina, repetindo o mesmo processo que Freud trouxe-nos em seus artigos, em relação à psicanálise? Não seriam nomeados leigos os psicanalistas e psicoterapeutas não-médicos?

Nesse caso, como pudemos perceber, a matéria da Revista Q Médico Moderno é emblemática. A institucionalização da profissão de psicólogo e do ofício de psicanalista, junto às pesquisas no campo, ao longo do século XX, foram vistas por parte dos médicos e suas instituições de representação de categoria profissional como exercício de medicina por leigos, o que seria nada mais nada menos que exercício ilegal da profissão de médico. Porém, a psicologia e diversas profissões da área de saúde foram regulamentadas na segunda metade do século XX, no Brasil e no mundo. E é exatamente em reação a isso, que desde a década de 1970 até a atualidade, as instituições médicas pretendem aprovar uma lei que regulamente a medicina e submeta as profissões de saúde e o campo psi e suas abordagens clínicas (psicanálise e psicoterapias) ao médico. No caso de o projeto de lei em tramitação na Câmara dos Deputados vir a ser aprovado, sofreríamos um recrudescimento teórico-prático e todas os saberes seriam absorvidos

¹⁴⁸ Projeto de Lei no Senado, nº 25, de 2002, trâmites, disponível em: http://www.senado.gov.br/sf/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=49554. Acesso em: 12 jan. 2009.

¹⁴⁹ Projeto de Lei 7703/06. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/homeagencia/materias.html?pk=98220>. Acesso em: 12 jan. 2009.

pela medicina convencional, ou tradicional, em especial no campo psi. Seria, enfim, o triunfo da nosologia sobre as rupturas epistêmicas.

Um debate em nível legislativo (ordem jurídica) exerce uma despolitização em sua essência, reduzindo a uma questão de normatização profissional a legislação da medicina, em detrimento de uma disputa muito mais profunda, em nível da ordem científica e da ordem econômica. Estão em jogo disputas que envolvem a liberdade de saberes (pensamento, pesquisa, formação, institucionalização e práxis), a disputa econômica em um complexo médico-industrial e uma ordem científica que defende uma democracia liberal, além de reiterar a situação majoritária científica e social da normalidade e patologia, o que envolve a formação do sujeito e das subjetividades de uma sociedade (BOURDIEU, 2003, p.112-143).

Temos de levar em conta que é desigual essa disputa no campo psi. Conforme o conceito de «*habitus científico*», em Bourdieu (2003), afirmado e internalizado principalmente pela formação profissional e pelas revistas científicas, define-se também pelo financiamento de pesquisas e investimento na indústria farmacêutica e de aparelhos de intervenção médica, laboratorial e hospitalar. É visível o desnível no financiamento de pesquisas para a psiquiatria e psicologia de base nosológica (cognitivo-comportamental) em relação ao disponível para a psicanálise e as psicoterapias.

As comunidades científicas, sejam quais forem, defendem a manutenção de um *status quo*. Se, por um lado, a medicina majoritária afirma o corpo biomédico como o único seguro para intervenção com pessoas em sofrimento psíquico, por outro, a psicanálise, para preservar e desenvolver-se sobre os pressupostos epistêmicos da própria psicanálise, mantém-se fora da academia e da ordem legislativa. Porém, como a psicologia, investe na pesquisa científica. Freud acreditava que uma absorção da psicanálise pela medicina seria o fim desta, assinalando que teorias e práticas epistemologicamente diferentes não se misturam.

O campo psi é diverso nos interesses das comunidades científicas e seus personagens se veem muitas vezes como na peça de teatro de Goldoni¹⁵⁰, *Arlequim, servidor de dois amos*¹⁵¹ (1976). Nem na *commedia dell'arte* nem no campo psi é possível servir a posições que se antepõem. Não se misturam transferência psicanalítica e nosologia,

¹⁵⁰ Carlo Goldoni (1707-1793).

¹⁵¹ *Arlecchino servitore di due padroni* (1745).

prescrição de condutas e conhecimento de si mesmo, por serem paradoxais e não permeáveis umas às outras.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A leitura dos artigos da Revista Brasileira de Psicanálise e da Revista de Psiquiatria Clínica possibilitou uma visão mais clara dos dois modos de entender o sofrimento psíquico e de lidar com ele. O método de analisar as práticas discursivas da psiquiatria clínica e da psicanálise no universo dos discursos analisados, que representam cada um a sua institucionalidade, e se refletem nos pontos de vista dos autores dos artigos, possibilitou percorrer os interstícios das práticas, no que tange a dinâmica da clínica e as «épistémès» de uma e outra área.

Como recursos complementares e por se apresentarem condizentes ao conjunto, foram inseridas as análises do vídeo de divulgação do projeto medicalizante da infância e adolescência, e sobre as disputas corporativas no campo psi, por trazerem à discussão dispositivos utilizados pela medicina, em geral, e pela psiquiatria, em particular. Se não foi possível adentrar a análise das diferenças entre a formação para o ofício de psicanalista e para o exercício da profissão de médico psiquiatra e como isso se reflete na prática profissional, a discussão sobre a análise leiga e a regulação das profissões pode ser um indicativo da necessidade de um estudo que dê continuidade a esse tema.

É necessário destacar, como resultado do trabalho, a discussão do conceito de função psi em Foucault e seus posicionamentos em relação à psicanálise, que enriqueceram e estimularam a problematização do poder-saber nas duas áreas, ao longo da tese. Neste ponto, há uma proposta singular de fazer falarem as formações discursivas das funções psi na psiquiatria e na psicanálise no Brasil, de modo a propor que seja feita uma avaliação da perspectiva de considerar a possibilidade de a psicanálise hoje não cumprir mais uma função psi, conforme o conceito de Foucault.

Por fim, entendo que a análise de um e outro discurso, fazendo o confronto do binômio normal-patológico e binômio consciente-inconsciente contém uma novidade entre os trabalhos em ciências humanas sobre o campo psi.

Feitas essas ponderações, à guisa de conclusão, segue um comentário final, que inicio com citações de um guarani.

A prática da filosofia guarani, ensinada nas aldeias, é a arte do domínio sobre si mesmo... não se castigam os filhos, mas estimulam sua liberdade individual e contam com o ciclo do

tempo e das estações internas do ser para aos poucos mostrar-se a responsabilidade da liberdade.

...prescrição de banhos de sol ou de lua para curar males psíquicos; o uso da terra, da água, do ar e do fogo para curas de determinados estados do ser, e a fitoterapia, que é a sabedoria das plantas, do ponto de vista botânico, psíquico e espiritual (p.93)

Quando se caminha para a consciência do espírito, caminha-se para a consciência da tribo...

Através da mãe Terra, a vida vai contando a história dos ciclos, dos temperamentos, das transformações, das respirações, dos elementos. Essa história é a história do espírito humano... (p.96)

Para o índio toda palavra possui espírito. (Jecupé, 1998, p.13).

A tessitura em uma pesquisa como esta é tão ou mais importante que a escolha do material a ser analisado. A escolha de um artigo ao invés de outro e os modos de ligação entre os textos formam o todo, aquilo que se quer dizer, dito de uma forma própria. A contextura define a qualidade da análise, da escolha dos excertos e da sua ordenação surgem as possibilidades de discorrer sobre o definido como foco. A ligação entre o destaque nos artigos e o aporte teórico, que também tomou seu espaço singular, diante de tantas coisas a explicar, é um desafio para tornar o tecido macio e delicado e a temática compreensível e aprofundada.

Inicialmente, era preciso entender o binômio normal-patológico, para delimitar o poder-saber da psiquiatria e da psicologia do comportamento. A psicanálise viria a se apresentar como uma descontinuidade no campo psi, ancorada por uma divisão entre consciente e inconsciente. E essas aproximações e afastamentos epistêmicos se tornaram o nó fundamental a desenrolar.

O que eu entendo como importante não é a psicanálise em si, mas o que ela inseriu no campo psi na modernidade e mostra fôlego em tempos pós-modernos. Eu entendo a psicanálise como método, uma linguagem simbólica de abertura à individuação, de aproximação entre o que se conhece e o desconhecido em si mesmo. É no encontro terapêutico que os *insights* se revelam, mas a mudança é pessoal, a decisão não é um cerceamento nem tampouco uma pedagogia, uma intimidação ou uma disciplinarização. A norma como fator da própria

existência cultural está fora e dentro da sessão, mas não é um instrumento de sugestão na terapêutica. A psicanálise trabalha a palavra, por meio de uma linguagem simbólica, que possibilita a abertura à alteridade.

Portanto, o que importa no estudo apresentado não é a psicanálise em si, mas a clínica onde a pessoa é ouvida, onde a relação humana é fundamental, onde o sujeito é o objeto da clínica e não o intermediário entre a patologia e a cura. A questão não é encontrar a verdade, pelo contrário, é dizer que não há verdade única. A verdade é relativa como o sujeito, uma construção epistemológica e não um ser em si mesmo, uma natureza dada *a priori*. E o desafio é confrontar as duas mais poderosas formas de exercício da clínica no campo psi, poderosas para além da clínica, pela influência de uma e outra nos modos de se pensar a sociedade, pela mediação dos saberes que ela reconhece como válidos.

Em relação à psicanálise, persisto na dúvida, ela pode em qualquer tempo ser tratada como uma função-psi? No contexto do início do século XX e neste início de século XXI, penso que funcionou e funciona como uma descontinuidade epistêmica. É possível trabalhar a história de maneira descontínua no tempo, como aprendemos com Foucault, não há linearidade nos processos históricos, que são o conjunto de um contexto sócio-político. Assim, se o papel de um conhecimento foi em determinado momento considerado um poder-saber, especificamente uma função psi, pode não ter a mesma função em outro período, pois o momento sócio-político é diverso.

Entendo a psicanálise como uma ruptura da «épistémè» no início do século XX, sem com isso substituí-la. O século XX conviveu com o binômio normal-patológico e o binômio consciente-inconsciente, vinculados a «épistémès» diversas. Muitos estudiosos percebem a psiquiatria biológica como neo-kraepeliana e a psicanálise atual, pode vir a ter a mesma função de descontinuidade de cem anos atrás, para se antepor ao recrudescimento intencionado pela psiquiatria, que tem a força econômica e de hegemonia nas políticas públicas e nos meios de comunicação da pseudociência.

Primeiramente, o financiamento da pesquisa deve respeitar um equilíbrio entre ciências biológicas e ciências humanas. Secundariamente, os pesquisadores são também responsáveis junto aos jornalistas pela qualidade da informação recebida pelo grande público e devem respeitar uma ética da comunicação científica. (GONON, 2011, p.71-72).

Certamente, sei de meus limites e não quero me antepor a Foucault, ele é um mestre, mas o conhecimento é dinâmico e seus ensinamentos foram no sentido da contestação do estabelecido como verdade e da ampliação da articulação do pensamento. Em *As palavras e as coisas* pode-se perceber a construção de um raciocínio que permite olhar a psicanálise como um método que ampliou as possibilidades de conhecimento de si mesmo e não como um dispositivo disciplinar ou de sugestão. Além disso, é possível ter a condescendência aos descaminhos do próprio Freud e sua obstinação, para poder compreender o método da psicanálise em contínua construção, que permite leituras e releituras.

A psicanálise freudiana se institucionalizou de tal maneira, que veio a se tornar um universo fechado como o das ciências duras, como a biomedicina. As regras, por vezes, tornaram-se verdades incontestáveis e acabaram por estagnar o pensamento e a liberdade de criar. Mas a psicanálise se reinventa e talvez se possa dizer as psicanálises, no plural. Há uma vasta publicação crítica à psicanálise, tão intensa como a crítica interna, pois ela está em permanente auto-análise e, se na sua construção, a sugestão é um componente importante, ao longo de um século, o método caminhou para fora dos valores e técnicas criticadas por Foucault, ao justificar a psicanálise como uma função-psi.

Se toda cultura tem sua normalidade, não se forma um sujeito sem contexto normalizador, é da condição da cultura, como coloca Canguilhem. A maior parte das culturas, se não todas, tem um papel social para aquele que cuida do ser psicológico, em geral por meio de uma mitologia, que torne compreensível ao consciente aquilo que lhe é desconhecido, de modo a que a pessoa tome decisões por sua própria vontade. Os exemplos são muitos, como o yoga, "a solução proposta pela Índia para a angústia desencadeada pela descoberta de nossa temporalidade e historicidade" (ELIADE, 1972, p.13); o taoísmo chinês, como na medicina tradicional chinesa; a sabedoria indígena do continente americano bem como a dos aborígenes australianos, entre tantos outros conhecimentos ligados à descoberta de si mesmo.

O terapeuta se apresenta na relação transferencial, que é a própria essência do método. A sessão analítica é tanto a caixa de ferramentas do terapeuta como o laboratório do pesquisador. O método em si é a possibilidade de abertura para o analisando vivenciar *insights* sobre a própria existência e, assim, modificar o curso de sua vida.

Na clínica da psiquiatria, a função do médico é de observador, com o objetivo de diagnosticar psicopatologias. Os recursos de diagnóstico são questionários, entrevistas, exames laboratoriais, quase sempre utilizados junto à prescrição de psicotrópicos. Em alguns casos,

são utilizados exames de alta complexidade, como os de imageamento do cérebro ou as polêmicas eletroterapia e psicocirurgia. O médico constrói um diagnóstico, de acordo com um manual de classificação de doenças, com listas de sinais e sintomas de transtornos mentais, em substituição às antigas psicoses e neuroses, onde as emoções são descoladas de sentido, apenas itens de uma lista. Assim, a doença é algo que vem de fora e se instala sem a participação do ser que sofre, ele seria talvez apenas a vítima do mal que o acomete. Ao paciente, ao aderir ao tratamento definido por aquele que tem o saber sobre a patologia, é prometida a remissão de sintomas e de comportamentos indesejáveis, aquilo que o impede de ser uma pessoa normal.

Com a simplificação e homogeneização definida no manual DSM, além dos psiquiatras e neurologistas, os médicos clínicos e de outras especialidades passaram a prescrever a droga a qualquer sinal do que ali é descrito. As emoções, como ansiedade, medo, raiva, tristeza, insegurança e suas idiosincrasias podem ser medicalizadas para conter o que há de mais humano, como diz Gori (1999), a expressão da dor e do sofrimento. O psicotrópico, por sua vez, exerce um mecanismo de controle do comportamento e está intimamente ligado ao poder econômico industrial e aos órgãos de comunicação de massa. A indústria química de medicamentos e em especial a das drogas que modificam o comportamento é uma das mais poderosas do mundo, como bem analisa Pignarre (2004).

A psiquiatria coloca em dúvida a cientificidade da psicanálise, ao mesmo tempo em que ela própria não consegue se adequar ao modelo científico da medicina, mesmo que as neurociências procurem a verdade do ser psicológico diretamente no cérebro, para definir uma materialidade causadora do sofrimento e de condutas indesejáveis, a fim de reduzir a existência ao funcionamento cerebral e aos componentes químicos do corpo.

A clínica psiquiátrica pretende ser a aplicação da biomedicina no humano e caminha pelo menos em dois sentidos, um de eliminar qualquer dor e outro de prevenir e curar o desviante, o anormal, o delinquente. É uma medicina de evitação de qualquer conflito existencial. E quando aceito que o social faz parte do adoecimento, é de modo a adequar a pessoa à moral vigente, portanto, amoldá-la à normalidade social, mesmo antes do aparecimento de qualquer sintoma, sob a alegação de prevenção de transtornos mentais. É uma medicina psiquiátrica que desde que o Brasil pode ser chamado de país, define normas de comportamento que se antepõem ao patológico.

A pessoa normal só busca ajuda profissional, e no mais das vezes de médico, quando tem sintomas físicos ou palpáveis, com os quais ela possa justificar a si e aos outros. Na atualidade, alguns sintomas são: pânico, ansiedade, que se expressa por palpitações, taquicardia, enjoo, refluxo..., atitudes descontroladas, falta de vontade, entre outros. Algumas pessoas abrem mão do cotidiano e deixam ao outro a responsabilidade de buscar ajuda. Para chegar nesse ponto, aconteceu muita coisa, os sintomas expressam o sofrimento psíquico represado, escondido, escamoteado, que toma corpo em uma pessoa pressionada e que se recusa a olhar para si mesma e ao seu redor. A recusa dos sentimentos, sensações, pensamentos contraditórios - muitas vezes não aceitáveis dentro do normal - exige um determinado comportamento, aquele apreendido como normal e correto, assimilado no assujeitamento que formou, forjou o indivíduo.

Vive a vida como ela deve ser vivida, conforme as normas da sua família e de seu meio e sociedade, em geral. Mas há pessoas que rompem com o normal, rompem o pacto de silêncio do ser normal e agem de modo revoltado, até cometendo atos delinquentes e do mesmo modo fazem sintomas como pânico, ansiedade... Sem dúvida, sem compreensão de suas idiossincrasias, há pessoas que reagem por impulso, como se o inconsciente tivesse ganho a batalha, ao deixarem de ser normais, e por vezes não suportam o conflito entre normal e marginal e produzem sintomas e cometem delitos, atentam contra a própria vida e a integridade de outros. Enfim, a recusa ao sofrimento de ser humano, simplesmente humano, com inconsciente, consciente, em um meio ambiente, em uma dinâmica comunicacional, material e transcendental, a recusa de ser, revoltado ou comportado, disciplinado ou sem controle, pode levar a sintomas psicológicos diagnosticáveis em quadros psicopatológicos e, portanto, fazem parte do *establishment*.

Assim, a pessoa pode dizer calmamente: tenho depressão, tenho transtorno bipolar, tenho síndrome de pânico, tenho transtorno de ansiedade, aceitando que seu descontrole seja freado, por drogas e terapias comportamentais. Desse modo, é aceita em seu meio, pois doença não é culpa da pessoa, para o homem normal. Ser doente é uma fatalidade ou uma construção devida à ignorância ou à fraqueza moral, como nas dependências de drogas proibidas e livres. Estar doente, por fim, requer cuidados dos que estão em torno e não cobranças, rejeições e desavenças. A doença une a família (“O mineiro só é solidário no câncer”, como disse um personagem de Nelson Rodrigues). Manter-se distante dos complexos psicológicos que fazem sofrer, com os sintomas aplacados pelo rótulo e terapêutica médico-psiquiátrica, é um modo de

ser normal e adaptado ao seu cotidiano insuportável. O psicotrópico, muitas vezes, é receitado para suportar, como na entrevista de uma psicóloga da rede pública, que me contou o caso de uma mulher que tomava o psicotrópico prescrito pelo médico para melhor suportar o marido alcoólatra e violento (LIMA, 2006).

Insuportável cotidiano, de iniquidades sociais e inconsciência! Sociedade que medicaliza o sofrimento humano, com pensamentos rasos de bem e mal, de crime e castigo. A normatividade social, em que o binômio normal-patológico está aliado ao recrudescimento da medicina na compreensão do campo psi e nos perigosos modos de intervenção curativos e preventivos, partilha a moral da sociedade. A impossibilidade de si e do outro em uma sociedade individualista e legalista é um campo minado para o desenvolvimento de sociopatias.

Reich escreveu que a «peste emocional» "fez sua aparição na sociedade humana com a primeira supressão maciça da sexualidade genital" (p.305) e, assim, está no mundo há milênios. Reich tem um visão medicalizante, talvez desculpável, no contexto de seu tempo, mas destaquemos algum conteúdo do conceito.

O termo « peste emocional» não é uma classificação depreciativa, não implica malevolência consciente, degeneração moral ou biológica, imoralidade etc. Um organismo cuja mobilidade natural tem sido continuamente contrariada desde o berço desenvolve formas artificiais de movimento. (p.305).

Uma característica básica e essencial da reação da peste emocional é que a ação e o motivo da ação nunca coincidem. O motivo real está escondido e dá-se um motivo falso como razão da ação. (REICH, 1979, p.307).

A inconsciência do próprio sofrimento é uma questão filosófica: «o desespero é a doença mortal», ponderou Kierkegaard (1813-1855). Não a morte como o fim da vida, mas o estar vivo na impossibilidade de morrer, sem poder se livrar de si.

Desesperar de si próprio, querer, desesperado, libertar-se de si próprio, tal é a fórmula de todo o desespero, e a segunda: querer, desesperado, sê-lo, reduz-se... ao desespero no qual alguém quer ser ele próprio, aquele em que se recusa a sê-lo. Quem desespera quer, no seu desespero, ser ele próprio. Mas, então, é porque não pretende desembaraçar-se do seu eu? Aparentemente, não;

mas se virmos as coisas mais de perto, encontramos sempre a mesma contradição. Este eu, que o desesperado quer ver, é um eu que ele não é (pois querer ser o eu que se é verdadeiramente é o contrário do desespero), o que ele quer, com efeito, é separar o seu eu do seu Autor. Mas aqui ele falha, não obstante desesperar, e apesar de todos os esforços do desespero, este Autor permanece o mais forte e constringe-o a ser o eu que ele não quer ser. (KIERKEGAARD, 1974, p.342-343).

O método da psiquiatria é o caminho de «ser o que ele não quer ser» e trata a «doença mortal», o desespero humano de não encontrar o eu com o si mesmo, na ânsia de libertar-se de si próprio, na recusa de ser ele próprio.

A psicanálise nasce na intersecção da contradição entre o desejo de si e a fuga de si próprio. É um confronto do eu e do querer ser ele próprio.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Adriano. **A psiquiatria no divã**, entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. 2004.
- AMARANTE, Paulo (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1998.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR**. Porto Alegre: Artmed. 2002.
- ANDERSEN, Sven. L'idealisation de la "schizophrenie" par un (anti)psychiatre, Ronald Laing. In **L'envers de la raison. Autour de Canguilhem**. Paris: Vrin. 2008.
- ANGELL, Marcia. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**, como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. Rio de Janeiro: Record. 2007.
- ARTIERES, P.; BERT, J-F.; GROS, F.; REVEL, J. (Orgs.) **Cahier L'Herne Foucault**. Paris: Éd. de L'Herne. 2011.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA e CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Projeto Diretrizes. s.d. Disponível em: www.projetodiretrizes.org.br. Acesso em: 13 mar. 2009.
- BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal. 1982.
- BATESON, Gregory. **Steps to an Ecology of Mind**. Chicago: University of Chicago Press. 2000.
- BIRMAN, Joel. **Os signos e seus excessos, a clínica em Deleuze** (p.463-478). In ALLIEZ, Éric (Org.). Gilles Deleuze: uma vida filosófica. São Paulo: Editora 34. 2000.
- BOURDIEU, Pierre. O campo científico (p.122-155). In ORTIZ, Renato (Org.). **A sociologia de Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática. 1983.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: MS. 2006.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. SP/RJ: Forense Universitária. 2006.
- CANGUILHEM, Georges. Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie. Paris: J. Vrin. 2009b.
- CANGUILHEM, Georges. **La connaissance de la vie**. Paris: J. Vrin. 2009c.
- CAPONI, Sandra. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. Ciênc. saúde coletiva Rio de Janeiro. v.14, n.1. 2009a.

CAPONI, Sandra. Biopolítica e medicalização dos anormais (529-549). *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v.19, n.2. 2009b.

CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F.; HELLMANN, F. (Orgs.). **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Florianópolis: Unisul. 2010a.

CAPONI, Sandra. Emil Kraepelin y el problema de la degeneración (p.475-494). *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. Rio de Janeiro. v.17, supl.2, dez. 2010b.

CAPONI, S. **Loucura e degeneração: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. No prelo.

CASCAIS, António Fernando. Genealogia, âmbito e objecto da bioética. In SILVA, A. B.; Vale, F. M. (Orgs.) **Contributos para a Bioética em Portugal**. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa/Edições Cosmos: p.47-136. 2002. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/esp/autor.php?codautor=319>. Acesso em: 4 abr. 2011.

CASTEL, Pedro. Palestra: História das Psicoterapias Corporais no Rio de Janeiro e suas Perspectivas. Universidade Santa Úrsula. 1997. Disponível em: <http://www.orgonizando.psc.br/artigos/historia.htm>. Acesso em: 25 fev. 2012.

CASTEL, Robert. **O psicanalismo**. Rio de Janeiro: Graal. 1978.

CASTEL, Robert. A gestão dos riscos, da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1987.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica**, a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal. 2.ed. 1991.

CERTEAU, Michel de. **História e psicanálise: entre ciência e ficção**. Belo Horizonte: Autêntica. 2011.

CHARADEAU; MAINGUENEAU. **Dicionário de Análise de Discurso**. São Paulo: Contexto. 2004. 555p.

COIMBRA, Cecília. A produção de subjetividade nos anos 70 no Brasil e as práticas «psi». In RUSSO; SILVA Filho (Orgs.). **Duzentos anos de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UFRJ. 1993.

COIMBRA, Cecília. **Os guardiães da ordem**, uma viagem pelas práticas 'psi' no Brasil do "milagre". Rio de Janeiro: Oficina do Autor. 1995.

CONRAD, Peter. **The medicalization of society**, on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 2007.

COOPER, David. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva. 2.ed. 1989.

- COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 2.ed. Rio de Janeiro: Documentário, 1976.
- DELEUZE, Gilles. **Conversações: 1972-1990**. Rio de Janeiro: Ed. 34. 1992.
- DOLTO, Françoise. **L'image inconsciente du corps**. Paris: Éd. du Seuil. 1984.
- DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro, Graal. 1980.
- EIZIRIK; AGUIAR; SCHESTATSKY (Orgs.). **Psicoterapia de Orientação Analítica, teoria e prática**. 1.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 1989.
- EIZIRIK; AGUIAR; SCHESTATSKY (Orgs.). **Psicoterapia de Orientação Analítica, fundamentos teóricos e clínicos**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed. 2005.
- ELIADE, Mircea. **Yoga: imortalidade e liberdade**. São Paulo: Palas Athena. 1996.
- FERRERI, Roger. Michel Foucault, folie, psychiatrie (p.291-297). **Cahier de L'Herne Foucault**. Paris: Éd. de L'Herne. 2011.
- FICO, Carlos. **Como eles agiam**, os subterrâneos da Ditadura Militar: espionagem e polícia política. RJ/SP: Record. 2001.
- FIGUEIREDO, Ana C. Psiquiatras, psicanalistas e psicólogos: o jogo profissional no campo «psi». (p.53-58). In RUSSO; SILVA Filho (Orgs.). **Duzentos anos de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UFRJ. 1993.
- FLECK, Ludwick. **La genesis y el desarrollo de un hecho científico**. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento. Madrid: Alianza Editorial. 1986.
- FOUCAULT, Michel. Folie et deraison. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard. 2.ed. 1972.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I, a vontade de saber**. vol.1. Rio de Janeiro: Graal. 4.ed. 1980.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal. 5ª ed. 1985.
- FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir, história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes. 1991.
- FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder (p.231-278). In DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**, para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1995.
- FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau. 1996.

FOUCAULT, Michel. **Resumo dos cursos do Collège de France 1970-1982**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1997a.

FOUCAULT, Michel. **Il faut défendre la société**. Paris: Gallimard/Seuil. 1997b.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva. 6.ed. 1999a.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes. 1999b.

FOUCAULT, Michel. **Dits et écrits I. 1954-1975**. vol.I, Paris: Quarto Gallimard. 2001a.

FOUCAULT, Michel. **Dits et écrits II. 1976-1988**. vol.II, Paris: Quarto Gallimard. 2001b.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas, uma arqueologia das ciências humanas**. São Paulo: Martins Fontes. 8.ed. 2002a.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes. 2002b.

FOUCAULT, Michel. **Le pouvoir psychiatrique**. Paris: Gallimard. 2003.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 6.ed. 2006a.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes. 2006b.

FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2.ed. 2006c. (Ditos & Escritos, v.1).

FOUCAULT, Michel. **Omnes et singulatim**, para uma crítica da razão política. Tradução de Selvino Assmann. Desterro: Nephelibata. 2006d.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes. 2008a.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes. 2008b.

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes. 3.ed. 2010.

FOUCAULT, Michel. Réponse à Ronald Laing. In **Cahier L'Herne Foucault**. Paris: Éd. de L'Herne. 2011.

FREIRE, Roberto. **Soma, a alma é o corpo**. v. I. 1988.

FREIRE, Roberto. **Soma, a arma é o corpo**. v. II. 1991.

FREIRE, Roberto. **Soma, corpo a corpo**. v. III. 1993.

FREUD, S. A questão da análise leiga: conversações com uma pessoa imparcial. v. 20. Coord. Eduardo Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

- 1996a. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).
- FREUD, S. Pós-escrito. v. 20. Coord. Eduardo Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996b. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).
- FREUD, S. Fragmentos inéditos do pós-escrito (p.11-17). Revista da Escola Letra Freudiana. A análise é leiga: da formação do Psicanalista. ano 22, n.32. 2003.
- FREY; MABILDEB; EIZIRIK. A integração da psicofarmacoterapia e psicoterapia de orientação analítica: uma revisão crítica. Rev Bras Psiquiatr. v.26, n.2, p.118-123. 2004
- FROTA, L.H.; PICCININI, W.; BUENO, J.R. Centenário de nascimento do Professor José Leme Lopes: notas biográficas e breve homenagem J. bras. psiquiatr. v.53, n.5, p.312-318. set/out 2004.
- GALZIGNA, M. La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna. Venezia: Marsilio. 1992. Disponível em: <http://www.pol-it.org/ital/LaMalattiaMorale/indice.htm>. Acesso em: 29 jan. 2012.
- GALZIGNA, Mario. La disciplina e la cura (p.45-106). In GALZIGNA (Org.). **Foucault, oggi**. Milano: Feltrinelli. 2008.
- GASPARI, Elio. **A ditadura envergonhada**. São Paulo: Companhia das Letras. 2002.
- GEORGE, Susan. **O Relatório Lugano**. São Paulo: Boitempo Editorial. 2002.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva. 7.ed. 2003.
- GOLDONI, Carlo. **Arlequim, servidor de dois anos**. São Paulo: Abril. 1976. (Teatro Vivo).
- GONON, François. La psychiatrie biologique: une bulle spéculative? (p.54-73) Revue Esprit. nov. 2011.
- GORI, Roland. **A prova pela fala**. São Paulo: Escuta. 1998.
- GORI, R.; HOFFMANN, C. La science au risque de la psychanalyse, essai sur la propagande scientifique. Ramonville Saint-Agne: Editions Érès. 1999.
- GORI, Roland. Michel Foucault: vérité, connaissance et éthique (p.312-317). In **Cahier L'Herne Foucault**. Paris: Éd. de L'Herne. 2011.
- GROS, F. Verità, soggettività, filosofia nell'ultimo Foucault (p.293-302). In GALZIGNA, Mario (Org.). **Foucault, oggi**. Milano: Feltrinelli. 2008.
- HACKING, Ian. **Múltipla personalidade e a ciência da memória**. Rio de Janeiro: José Olympio. 2000.
- HEIDEGGER, Martin. **Sobre o humanismo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1967.

- HOUAISS. **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa** (Versão 1.0.10) [CD-ROM] Rio de Janeiro: Objetiva. 2006.
- ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde, nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 2.ed. 1975.
- ILLICH, Ivan. Un facteur pathogène prédominant, l'obsession de la santé parfaite. In Le Monde Diplomatique, março 1999. Disponível em: <http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802>. Acesso em 19 out. 2011.
- JACÓ-VILELA; CEREMO; RODRIGUES (Orgs.). Anais do IV Encontro Clio-Psyché, História e Memória. Juiz de Fora: Clio Edições Eletrônicas. 2005. Disponível em: <<http://www.cliopsyche.uerj.br>>. Acesso em: 12 jan. 2009.
- JECUPÉ, K.W. **A terra de mil povos**, história indígena do Brasil contada por um índio. São Paulo: Fundação Peirópolis. 1998.
- KAPLAN; SADOCK'S (Orgs.). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. 2000. 7.th, on CD-ROM. Philadelphia.
- KIERKEKEERGARD, Sören. O desespero humano (p.329-421). São Paulo: Abril Cultural. 1974. (Os Pensadores).
- LAGRANGE, Jacques. Versions de la psychanalyse dans le texte de Foucault. In Revue Incidence, n.4-5. 2008-2009.
- LAINING, Ronald. O eu dividido, estudo existencial da sanidade e da loucura. Petrópolis: Vozes. 2.ed. 1975.
- LAINING, R. Entrevista (p.269-283), in EVANS, Richard. **Construtores da psicologia**. São Paulo: Summus/Edusp. 1976.
- LE BLANC, Guillaume. **Canguilhem et la vie humaine**. Paris: PUF. 2002
- LE BLANC, Guillaume. **L'esprit des sciences humaines**. Paris : J. Vrin. 2005.
- LE BLANC, Guillaume. **Les maladies de l'homme normal**. Paris, J. Vrin. 2007.
- LIMA, A. C. C. Atuação de psicólogos na atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS) e perspectivas para o trabalho e a educação na Saúde: Joinville, SC, 2005. Mestrado. Florianópolis: UFSC/SPB. Biblioteca Universitária. 2006. Disponível em: http://aspro02.npd.ufsc.br/arquivos/225000/228700/18_228783.htm?codBib. Acesso em: 18 abr. 2011.
- MACHADO DE ASSIS. **A Semana I**. São Paulo: Globo. 1997.
- MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma**, medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal. 1978.
- MACHADO, Roberto. Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Graal. 1981.

- MALDONATO, Mauro. **O desafio da comunicação**, caminhos e perspectivas. São Paulo: Palas Athena. 2004.
- MEZAN, Renato. **Interfaces da psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras. 2002.
- MEZAN, Renato. Entrevista “Remédios podem ser úteis”, por Flavio Moura. Rev. Trópicos. Disponível em: <http://p.php.uol.com.br/tropico/html/textos/1601,1.shl>. Acesso em: 30 nov. 2007. s.d.
- MOKREJS, Elisabete. **A psicanálise no Brasil**, as origens do pensamento psicanalítico. Petrópolis: Vozes. 1992.
- MORAES, C. et al. Força-tarefa brasileira de psiquiatras da infância e adolescência (p.294-295). Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v.30, n.3. 2008.
- NIGRO, Roberto. Verità e soggettività (p.137-151). In Rivista Millepiani, n.27. 2004.
- ODA, A.M.; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. Hist. cienc. saude-Manguinhos, v.12, n.3, Rio de Janeiro. set./dez. 2005.
- ORLANDI, E.P.; ZIMERMANN, R.; SILVA, E.T. (Orgs.). **Leitura: perspectivas interdisciplinares**. 5.ed. São Paulo: Ática, 2004.
- ORTEGA, Francisco. Biopolítica da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hanna Arendt. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.9-20, set. 2003/fev. 2004.
- OSÓRIO, C.; FLECK, M. A. Psicoterapia e psicofarmacoterapia (p.406-423). In EIZIRIK et al. (Orgs.), **Psicoterapia de orientação analítica**, fundamentos teóricos e clínicos. 2.ed. São Paulo: Artmed. 2005.
- PIGNARRE, Philippe. **Le grand secret de l'industrie pharmaceutique**. Paris: La Découverte. 2004.
- PONTE, C. Fidelis da. Médicos, psicanalistas e loucos: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil. Mestrado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 1999. Disponível em http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00008004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2008.
- REICH, Wilhelm. **Análise do caráter**. São Paulo: Martins Fontes. 1979.
- REVISTA DA ESCOLA LETRA FREUDIANA. Mesa redonda: O que regula a psicanálise? (p.209-231). In *A análise é leiga, da formação do psicanalista*. ano 22, n.32. 2003.
- RICŒUR, Paul. **De l'interprétation, essai sur Freud**. Paris: Éd. du Seuil. 1965.

- ROHDE, L. A. et al. Quem deve tratar crianças e adolescentes? O espaço da psiquiatria da infância e da adolescência em questão (p.2-3). Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.22, n.1. 2000.
- ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal. 1980.
- ROUDINESCO, Elisabeth. **Genealogias**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. 1995.
- ROUDINESCO, Elisabeth. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998.
- ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Zahar. 2000.
- RUSSO, Jane. **O mundo psi no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2002.
- SAGAWA, R. Yutaka. Um recorte da história da Psicanálise no Brasil. s.d. Disponível em: <<http://www.coc.fiocruz.br/psi/pdf/artigos1.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2008.
- SILVA FILHO, João F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental (p.75-102). In TUNDIS e COSTA (Orgs.). **Cidadania e loucura**. Petrópolis: Vozes. 2001.
- SZASZ, Thomas. **A fabricação da loucura**. Rio de Janeiro: Zahar. 1978.
- SZASZ, Thomas. **Cruel compaixão**. São Paulo: Papirus. 1994.
- VEYNE, P. **Foucault, sa pensée, sa personne**. Paris: Albin Michel. 2008.
- VIANNA, Helena Besserman. **Não conte a ninguém...**, contribuição à história das Sociedades Psicanalíticas do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Imago. 1994.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. H. e JACKSON, D. D. **Pragmática da Comunicação humana**, um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix. 1988.

REFERÊNCIAS DOS DOCUMENTOS

- ABDO, Carmita H. Najjar. Relação médico-paciente e iatrogenia (p.55-58). Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v.20, n.2, 1993.
- ALMEIDA PRADO, M.P. Subsídios à História da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro – Discurso de Abertura do VI Congresso Brasileiro de Psicanálise (p.139-147). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.12, n.1, 1978.
- AMARO, Jorge W.F. In memoriam: Prof. Dr. José Roberto de Albuquerque Fortes (1924-2002) (p.264-265). Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v.29, n.6. 2002.
- BAPTISTA Mário Lúcio Alves. O método psicanalítico e o objeto da psicanálise (p.111-130). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.34, n.1. 2000.
- BARRA, Elza. Conferência Desvios da sexualidade (p.373-386). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.2, nº 3, 1968.
- BASTOS, Fernando de Oliveira. O paciente difícil (p.131-141). Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v.5, n.4, 1976.
- BASTOS, Fernando de Oliveira. O problema psicossocial da civilização contemporânea (p.63-76). Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v.1, n.2, 1972.
- BASTOS, Fernando de Oliveira. Psicofarmacologia e sexo, considerações gerais, influência dos neurolépticos na sexualidade (p.5-14). Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v.1, n.1. 1972.
- BERRIOS, German E. Classificações em psiquiatria: uma história conceitual (p.113-127). Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v.35, n.3. 2008.
- BICUDO, Virginia Leone. Relatório oficial do I Pré-Congresso Brasileiro de Analistas Didatas, critérios para a formação de novos núcleos psicanalíticos no país. SBPSP (p.113-118). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.5, n.1/2. 1971.
- CALLILE JUNIOR, Miguel. Estudo crítico do ponto de vista reflexológico das neuroses (p.117-124). Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 4, nº 3, 1975.
- CARDO, Walter Nelson. Influência dos psicoanalépticos sobre a sexualidade (p.15-22). Rev. psiquiatr. clín. vol. I, n.1, 1972. Rev. psiquiatr. clín. v.1, n.4, 1972.
- CARVALHO, Henrique Marques de. Considerações a propósito da etiologia da homossexualidade (p.143-149). Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v.1, n.4, 1972.

CÉSIO, Fídias R. A sessão psicanalítica (p.183-192). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.9, n.2. 1975.

CORRÊA Paulo Dias. Um apanhado de sessão psicanalítica (p.321-344). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.13, n.3. 1979.

DAHLHEIM, L.G. Editorial. (p.7). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.5, n.1/2. 1971.

DAHLHEIM, L.G. Relatório oficial do II Pré-Congresso de Analistas Didatas, critérios para a formação de novos núcleos psicanalíticos no Brasil. (p. 389-397). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.7, n.4. 1973.

FALCÃO, Luciane. Construções em análise hoje: a concepção freudiana ainda é válida? (p.69-81). Rev. bras. psicanál. v. 41, nº 3. 2007.

FERRÃO, L.M. Editorial: Duas palavras (p.5-6). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.5, n.1/2. 1971.

FONTELES et al.. Reações adversas causadas por fármacos que atuam no sistema nervoso: análise de registros de um centro de farmacovigilância do Brasil (p.137-144). Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v.36, n.4. 2009.

FOSTER, Marta Regina de Moraes. Interfaces: psicanálise, medicina e saúde pública (169-176). Rev. bras. psicanál. v. 39, nº 3. 2005.

FRANÇA, João Baptista Ferreira. Intersubjetividade e psicanálise (p.381-400). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.31, n.2. 1997.

FRANÇA, João Baptista N. F. et al. Comentários ao trabalho de Aurea Maria Lowenkron “Sobre a clínica psicanalítica da atualidade: novos sintomas ou novas patologias?” (p.1009-1018). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v. 37, n.4, 2003.

FREITAS, Ednei. Objetividade e subjetividade (p.427-448). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.31, n.2. 1997.

FROIMTCHUK, Ruth Lerner. A neutralidade na situação analítica (p.323-338). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.31, n.2, 1997.

GENTIL FILHO, Valentim. Psicofarmacologia – 40 anos: uma síntese crítica (p.17-23). Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v.15-19 (especial), 1992.

GOLDSTAJN, Jacques. Estruturas em cena no processo psicanalítico. O setting psicanalítico para a clínica hoje (p.393-408). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.37, n.2/3. 2003.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. de; ZUARDI, A. W. Editorial. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v.25, n.5, 1998.

INSTITUTO NACIONAL de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e adolescência (INPD). Nota sobre criação do INPD. 2009. Disponível em:

<<http://inpd.org.br/blog/2009/04/11/psiquiatria-do-desenvolvimento/>>.

Acesso em: 15 mar. 2011.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia: Conceitos e Depressão - Parte I. Rev. psiquiatr. clín., ed. especial., São Paulo, v.25, n.5. 1998.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia: Conceitos e Depressão - Parte II. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, ed. especial, v.25, n.6. 1998.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia: Álcool e Drogas e Transtornos Alimentares - Parte III. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, ed. especial, v.26, n.1. 1999.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia: Temas Gerais - Parte IV. Rev. psiquiatr. clín., ed. especial. v.26, n.2. 1999.

LEME LOPES, José. Psiquiatria e antipsiquiatria (p.35-48). Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v.1, n.1. 1972.

LOWENKRON, Aurea Maria. Sobre a clínica psicanalítica da atualidade: novos sintomas ou novas patologias? (993-1008). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v. 37, n.4, 2003.

MACHADO, Luiz Marcírio. A preservação do método, ante as dificuldades atuais (p.355-363). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.37, n.2/3. 2003.

MARCONDES Durval. Conceito de interpretação em psicanálise (p.109-117). Rev. bras. psicanál., v.16, n.1. 1982.

MARCONDES, Durval. Editorial: Esclarecimento ao público (p.303-4). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.1, n.3, 1967.

MARTINS, Cyro. Identidade de sexo e seus distúrbios – aspectos teóricos e clínicos (p.107-112). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.3, n.1/2. 1969.

MARTINS, Mário e RIBEIRO, Roberto Pinto. Relatório oficial do I Pré-Congresso Brasileiro de Analistas-didatas – critérios para a formação de novos núcleos psicanalíticos no país. SPPA (p.108-112). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.5, n.1/2. 1971.

MARTINS, Mário e RIBEIRO, Roberto Pinto. Relatório oficial do III Pré-Congresso de Analistas Didatas. (p.401-407). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.7, n.4. 1973.

NUNES Filho, E. Portella. O sentido da técnica em psicanálise (p.417-435). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.9, n.4. 1975.

OLIVEIRA, Walderedo. Relatório oficial do I Pré-Congresso Brasileiro de Analistas-didatas – critérios para a formação de novos núcleos psicanalíticos no país. SBPRJ (p.99-107). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.5, n.1/2. 1971.

O MÉDICO MODERNO, Revista profissional e cultural da medicina. Uma questão ética? Psicologia clínica: médicos julgam nova lei (p.30-34) v. V, n.7. out. 1965.

PACHECO e SILVA, A. C. Moção apresentada ao V Congresso Mundial de Psiquiatria (p.57-58). Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v.1, n.1. 1972.

PUGLIESE, Celso. Perspectivas e aspectos críticos do método epidemiológico em psiquiatria (p.7-14). Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v.3, n.1. 1974.

QUEIROZ FILHO, José Pinto de. As neuroses (p.138-153). Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v.20, n.4, 1993.

REGO FILHO, Osvaldo Costa. Subjetividade ativa (p.339-351). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.31, n.2. 1997.

REZENDE, Antonio Muniz de. A relação ‘sujeito-objeto de conhecimento’ na filosofia e na psicanálise (p.295-308). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.31, n.2. 1997.

RIBAS, João Carvalhal. Editorial – A dimensão humanística na prática médica. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v.4, n.2, 1975.

WERNECK, Luiz. Supervisão como método para aprender a analisar (p.143-160). Rev. bras. psicanál. v.13, n.2. 1979.

ZASLAVSKY, Jacó. A questão da intersubjetividade na prática clínica (p.309-321). Rev. bras. psicanál., São Paulo, v.31, n.2. 1997.