

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

SILVIA DISITZER

REMÉDIO NÃO TRATA PENSAMENTO

RIO DE JANEIRO
2012

SILVIA DISITZER

REMÉDIO NÃO TRATA PENSAMENTO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisitos parcial à obtenção do título de Mestre em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia

Orientador: Ricardo Kubrusly

Rio de Janeiro
2012

D611 Disitzer, Silvia
Remédio não trata pensamento / Silvia Disitzer. – 2013.
70 f. : il., 30 cm.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Matemáticas e da Natureza, Programa de Pós Graduação em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia, 2013.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Kubrusly.

Coorientador: Prof. Dr^a Claudia Moraes Rego.


1. Psiquiatria – Teses. 2. Psicanálise – Teses. 3. História – Aspectos Psicológicos – Teses. I. Kubrusly, Ricardo (Orient.). II Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Matemáticas e da Natureza, Programa de Pós Graduação em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia. III. Título.

CDD 150.19

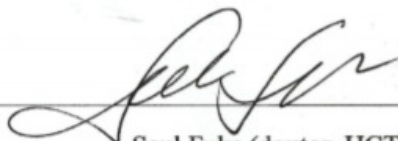
REMÉDIO NÃO TRATA PENSAMENTO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisitos parcial à obtenção do título de Mestre em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia.

Aprovada por:



Ricardo Silva Kubrusly (doutor, HCTE/UFRJ)



Saul Fuks (doutor, HCTE/UFRJ)



Claudia Moraes Rego (doutora, Escola Letra Freudiana/RJ)

Para os filhos Tomaz, Sofia e Diana,
as irmãs Evelyn e Marcia,
os sobrinhos Carol, Dani, Sarah,
os afilhados Isabel e Pedro.
... E para Miguel Arcanjo.

AGRADECIMENTOS

Aos amigos Celia Almeida, Celia Nudelman, Ethel Voloch, Marcia Mattar, Monica Tolipan, Paulo Becker, Renato Carvalho, Vera Vinheiro ... pela amizade

A Camila do Valle por tanta coisa.

A Ricardo Kubrusly por ser quem é.

A Claudia Moraes Rego por seu interesse e interlocução.

A Saul Fuks por se envolver com tanta emoção.

Sem palavras para agradecer a Paula Strozemberg, ela sabe porque....

"As palavras, originalmente, eram mágicas e até os dias atuais conservaram muito do seu antigo poder mágico. Por meio de palavras uma pessoa pode tornar outra jubilosamente feliz ou levá-la ao desespero [...]. Palavras suscitam afetos e são, de modo geral, o meio de mútua influência entre os homens".
Freud

"É verdade que tocávamos levemente em alguns dos problemas transcendentais mais abstrusos, mas os relacionávamos ao conhecido complexo familiar. Certas tendências de pensamento e imaginação, no entanto, não eram cortadas, nem mesmo podadas. Minha imaginação vagava à vontade; meus sonhos eram reveladores e muitos deles se valiam do simbolismo clássico ou bíblico. Os pensamentos eram coisas a serem recolhidas, comparadas, analisadas, arquivadas ou resolvidas. Descobria-se que ideias fragmentárias, aparentemente sem relação, faziam parte de uma camada ou estrato especial de pensamento e memória, e, portanto, tinham algo em comum. Essas ideias eram, as vezes, habilidosamente coladas como os primorosos jarros, tigelas de vidro iridescente e vasos gregos que brilhavam na penumbra das prateleiras do armário que ficava de frente para mim quando eu estava reclinada no divã do consultório da Berggasse 19, Wien IX. Os mortos estavam vivos na medida em que viviam na memória ou eram lembrados em sonhos."

Hilda Doolittle, in Por amor a Freud

As portas não se abrirão ao grito novo do novo mas a vida e desejo, quem sabe, hão de encontrar saídas e o outro lado, que, superará o fingimento da modernidade globalizada, dando lugar a múltiplas possibilidades onde verdades se encantam em se saber humanas e verdadeiras. Será finalmente, num tempo reinventado, a vitória e o entendimento da razão, ou não?

Ricardo Kubrusly

RESUMO

DISITZER, Silvia. **Remédio não trata pensamento**. Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

A partir da frase que dá título à dissertação – “remédio não trata pensamento” – minha intenção é mostrar que, apesar dos efeitos inegáveis dos medicamentos psicoativos usados atualmente em larga escala; no que diz respeito ao pensamento do sujeito humano, seja neurose ou psicose, seu uso pouco modifica ou interfere nas cadeias significantes verificadas na enunciação do falante. O desejo do analista em função faz da psicanálise uma práxis ímpar, a única capaz de ‘tratar’, ou seja, promover alguma leve e preciosa modificação no campo do pensamento ou na associação de ideias do sujeito; que é, conforme exposição, rigorosamente encadeada. Para tanto fiz um percurso particular sobre a loucura na história antiga e depois na história da psiquiatria, para em seguida me debruçar sobre a psicanálise e o campo aberto por Freud a respeito do pensamento do sujeito humano, que é inconsciente. Busquei ilustrar minhas ideias com casos de minha prática clínica.

Palavras-chave: medicamento, pensamento, psicanálise, psiquiatria, tratamento

ABSTRACT

DISITZER, Silvia. **Remédio não trata pensamento**. Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

From the sentence that provided the heading of the essay – “legal drugs do not treat ideas” – my intention is to show that, in spite of the undeniable effects of the psychoactive drugs currently largely used, concerning the ideas of the human being (either neuroses or psychoses), there is little change or interference proven in the significant chains, which are submitted in the speaker’s enunciation. The due analyst is willing to turn the psychoanalysis into a single praxis, unique element able to ‘treat’, that is, promote little and precious change in the field of the ideas or in the ideas association of the human being; which is, according to the exposure, rigorously concatenated. For so, private pathway was taken on the madness in the ancient history and afterwards in the history of Psychiatry. Thus, I leant over psychoanalysis and the field open by Freud regarding the ideas of the human being, who is unconscious. I tried to illustrate my ideas with cases from my clinical practice.

Keywords: legal drugs, ideas, psychoanalysis, psychiatry, treatment

SUMÁRIO

Introdução	11
Capítulo I : Sobre a história da relação da loucura e o social	
1 – Na Antiguidade	12
2 – Na Idade Média: A doutrina demonista	20
3 – Nos séculos XVII e XVIII.....	27
4 – Os primórdios da clínica psiquiátrica.....	30
5 – A CID 10 e a DSM.	35
Capítulo II: A psicanálise e o pensamento do sujeito	
1 – Da filosofia ou do cogito à psicanálise	44
2 – Lugar da psicanálise	46
3 – A invenção do inconsciente e os primórdios da técnica	47
4 – O aparelho psíquico.....	48
5 – A interpretação do sonho e os pensamentos oníricos.....	53
6 – Consciente versus inconsciente.....	54
7 – O inconsciente estruturado como linguagem	55
8 – Metáfora paterna e forclusão do Nome-do-Pai	58
Capítulo III: A escuta do pensamento do sujeito: remédio não trata pensamento.	61
Conclusão	68
Referências	71

INTRODUÇÃO

Sou psicanalista e psiquiatra. Este trabalho apresenta a decantação de uma ideia que veio se formando e se impondo na minha experiência clínica, marcada por esta dupla inscrição, ao longo de uma temporalidade em que a escuta informada pela teoria psicanalítica predomina e organiza as decisões a respeito de como tratar, como conduzir e dirigir o trabalho analítico e, ao mesmo tempo, usar o arsenal medicamentoso disponível.

Neste tempo de clínica acompanhei inúmeros casos, muitos dos quais fizeram uso de medicamentos psicoativos, prescritos por mim ou por outrem. Fui responsável também pela prescrição de outros tantos, que desenvolviam suas análises alhures.

Durante este tempo, pude verificar que o pensamento do sujeito é de certa forma inabalável, intratável. A fixidez das ideias que verificamos na certeza delirante, na persistência dos pensamentos obsessivos, e na fantasia histérica, ilustram esta observação. Minha dupla inscrição na clínica psicanalítica e na clínica psiquiátrica vem consolidando esta forte impressão, de que *remédio não trata pensamento* e tem me instigado a uma reflexão mais aprofundada sobre o tema.

Qualquer profissional que se coloca a tarefa clínica depara-se de saída com o relato do sujeito e de seu sofrimento. E também com o fato de que uma escuta atenciosa favorece a melhora clínica e até mesmo o tratamento ou a cura. Desde o início de minha prática clínica, nos ambulatórios da faculdade de medicina, chamava a atenção o fato de que, mesmo frente à inexperiência de estudante, os pacientes retornavam e retomavam do mesmo ponto as questões que haviam relatado da última vez.

O que era falado, considerado, debatido a partir dos pensamentos que o próprio paciente desenvolvia sobre sua situação e seus sintomas tinham, eventualmente, mais efeito sobre a evolução do que os exames ou as medicações que se realizaram desde então. Sem desconhecer a gravidade da organicidade que cada caso apresentava, e eram casos graves de doença orgânica, pude perceber a importância da escuta na prática clínica, o que me levou posteriormente à psiquiatria e à psicanálise, não necessariamente nessa ordem.

A partir dessa dupla inscrição na atividade clínica, como psiquiatra e como psicanalista, algumas reflexões se impuseram. A diferença entre ambas é abismal, tornando-se, por vezes, incompatível exercê-las ao mesmo tempo e no mesmo caso. E isso vale tanto nos casos de neurose como nos de psicose. Importante mencionar aqui a singularidade do caso clínico, o que torna cada caso único e ímpar, mesmo que os sintomas e a evolução clínica admitam comparação e generalização.

No primeiro capítulo, abordamos a história da relação entre a loucura e o social, que começa na Antiguidade grega, perpassa a Idade Média, a doutrina demonista, os séculos XVII e XVIII, e culmina no nascimento da clínica psiquiátrica

enquanto especialidade médica. Explicitamos as discussões entre as principais escolas para em seguida abordar a psiquiatria contemporânea, a CID 10 e a DSM. No segundo capítulo, nos detivemos sobre a psicanálise, o lugar onde aparece e alguns conceitos fundamentais da teoria, perseguindo a ideia do pensamento nas obras de Freud e de Lacan. No capítulo III, apresentamos alguns casos clínicos à guisa de demonstração da minha tese, remédio não trata pensamento.

CAPÍTULO I

Sobre a história da relação entre a loucura e o social

1. Na Antiguidade

Este capítulo apresenta uma breve história da loucura e do surgimento da Psiquiatria. Baseia-se no livro de Isaías Pessotti, *A Loucura e as Épocas*. Considero que este percurso será bastante útil para mostrar como a relação da sociedade com a loucura se desenrolou ao longo dos séculos.

Pessotti define a loucura “como um estado emocional de perda da razão ou controle emocional independentemente dos significados sociais ou políticos de tais aberrações.” (PESSOTTI, 1994, p. 7). Assim, definir loucura, apontar suas causas ou origens, caracterizar suas formas ou tipos, significa tentar uma concepção teórica da loucura.

Embora o autor não pretenda descrever uma trajetória contínua do conceito de loucura, apenas representar alguns períodos cruciais na evolução da psicopatologia, nos dá o que chama de uma “boa definição” do que pode ser o conceito:

Uma boa definição do conceito de loucura deve descrever uma classe de eventos (dados, episódios ou registros) que configuram a natureza ou a essência da loucura, além de apontar-lhe as causas, as condições consideradas *sine qua nom* para a sua existência e, ademais, definir as variedades específicas do que se designa genericamente como loucura. (PESSOTTI, 1994, p. 7).

O autor aponta conjunções e disjunções entre conceitos de diferentes autores e épocas, sempre que possível a partir de fontes primárias. Utiliza, por exemplo, textos tradicionais desde Homero a Hipócrates, passando pelos trágicos, buscando ideias e imagens relativas às figuras da loucura em cada caso. Na poesia épica de Homero ou nos textos da tragédia grega, a loucura é apresentada, comentada e até explicada por

alguns personagens, embora nem Homero nem os trágicos estivessem especialmente interessados em formular um conceito de loucura.

A maior parte desses textos se apresentava publicamente – seja em sua forma de poesia épica, de Homero e Hesíodo, seja na ação dramática, dos trágicos clássicos – e faziam parte do ideário popular, permanecendo até hoje as únicas fontes primárias consistentes sobre a loucura na Grécia Arcaica.

Segundo Pessotti (1994), é importante distinguir o conceito de loucura formulado no contexto da ciência, daquele que brota no campo das ideias morais, religiosas, ou, como marcadamente na Antiguidade, poéticas.

Apenas por facilidade de comunicação é possível falar numa concepção trágica, num conceito médico, atual ou não, ou numa concepção demonista medieval da loucura. Essas expressões encobrem diferenças naqueles critérios de inclusão e de distinção bem como a diversidade dos contextos ideológicos em que cada definição se situa. (PESSOTTI, 1994, p. 9).

O autor entende como relativamente recente na história do conhecimento a concepção da loucura como um estado ou processo único, envolvendo disfunções orgânicas e afetivas. Na Grécia Antiga e na Idade Média, ao contrário, seria impensável uma teoria unificada da loucura, “a não ser no âmbito estrito de um organicismo intransigente.” (PESSOTTI, 1994, p. 9).

No presente trabalho, nos interessa abordar diferentes concepções da loucura na Grécia Antiga, do período Arcaico ao Clássico. Recortaremos sucintamente em Homero, Ésquilo, Sófocles, Eurípides, Hipócrates, Platão e Aristóteles algumas hipóteses desses autores que pudemos inferir sobre o tema de nossa pesquisa.

Homero

O cosmo ordenado foi uma invenção conceitual dos filósofos materialistas gregos, pré-socráticos. Antes deles, os fenômenos naturais eram associados a manifestações da ira ou do prazer dos deuses, como era o caso da tempestade, do trovão, do relâmpago. O sol era a carruagem flamejante de Febo, a trovoadas e o relâmpago eram armas de Zeus. Homero se referia a Zeus como “ajuntador de nuvens” e havia uma expressão que significava algo como: ele - Zeus - faz chover. (PINGUELLI ROSA, 2005, p. 58).

Assim como os fenômenos naturais, a natureza humana é submetida à vontade divina. Nos poemas homéricos, tanto na *Ilíada* quanto na *Odisseia*, toda ação humana é precedida de conversas entres os deuses onde eles negociam os destinos dos homens segundo suas próprias paixões e preferências entre os heróis. Sabemos quem são os queridos e protegidos de cada um dos deuses, e temos a impressão de que, em certa medida, os heróis são como peças de um jogo entre as deidades.

Na Grécia Arcaica não existe, segundo Pessotti (1994) uma concepção estruturada da natureza humana. Os textos de Homero e Hesíodo mostram a natureza humana de forma fragmentária e inarticulada. Isso porque não há uma ideia de psicologia e as aberrações ou distorções dessa natureza são atribuídas à força dos deuses.

No entanto, persiste uma concepção contraditória no que diz respeito à responsabilidade e à culpa no descontrole emocional e na insanidade humana. Como, por exemplo, Agamêmnon na *Ilíada*, quando tenta se desculpar por ter roubado a amante de Aquiles, “se reconhece responsável por sua iniciativa ao mesmo tempo em que atribui toda a responsabilidade a Zeus”. (PESSOTTI, 1994, p. 14).

A divindade agiria no plano cósmico decidindo soberana o curso das coisas e dos homens, mas atuaria também forçando as iniciativas humanas. Como? Roubando dos homens a razão.

A loucura seria, então, um recurso da divindade para que seus projetos ou caprichos não sejam contrastados pela vontade dos homens. [...] Os heróis homéricos não enlouquecem, são tornados loucos por decisão da divindade embora as manifestações e consequências da loucura se passem no plano das realidades física e social. (PESSOTTI, 1994, p. 14).

A mitologia e a teologia convergem a uma mesma fonte para a origem da loucura em Homero. Essa concepção é predominantemente mitológica, no entanto mito e religião na Antiguidade arcaica se confundem. Esse modelo terá reflexos duradouros nas diferentes épocas da psicopatologia.

Os Três Grandes Trágicos (Séc. V a.C)

De Homero e Hesíodo aos trágicos clássicos passam-se entre dois a três séculos. A própria filosofia grega nasce nesse período, segundo Pinguelli Rosa:

...em torno da questão da origem do mundo, colocada anteriormente na mitologia grega pela Teogonia – a geração dos deuses à imagem humana através de relações sexuais – e pela Cosmogonia – a criação do mundo pelos deuses. Portanto, a filosofia nasce com a Cosmologia, que se propõe a encontrar uma descrição do universo. (PINGUELLI ROSA, 2005, p. 56).

No decorrer desse período, as cidades-estado se formam, nasce a matemática, o direito, a ciência e a democracia. O conflito interno do homem ganha força com as discussões da época. O homem não é mais o mesmo. A religião ainda é forte, porém o homem traz pra si a responsabilidade, não mais atribuindo aos deuses toda a causalidade do que lhe acontece.

A tragédia é uma invenção condicionada à forma de estruturação da pólis, da ideia de responsabilidade, do homem como animal político. Ela coloca o homem em evidência, em relevância, expondo suas dúvidas, contradições, divagações e paradoxos. O apogeu das cidades-estado gregas não à toa coincide com a produção dos três grandes trágicos: Ésquilo, Sófocles e Eurípides. Em cena, se discute e se reposicionam valores da efervescente pólis. O teatro é a invenção de uma literatura, de uma arte e, principalmente, uma forma de expressar a visão que o homem estava construindo de si mesmo.

De Ésquilo a Eurípides, a tragédia sofre sensíveis mudanças no que diz respeito à relação dos homens com os deuses. Para o primeiro, segundo Lesky (1996), ainda são os deuses quem enviam os infortúnios aos humanos, entre eles a temida e vergonhosa loucura. Entretanto, aqui aparece uma noção de culpa humana bastante forte, como se o desígnio divino fosse um castigo por uma falta cometida, e não mais uma decisão divina arbitrária como em Homero. É como se os deuses quisessem ensinar, conscientizar os homens. A loucura estaria, portanto, vinculada a um castigo divino aplicado com o propósito de fazer o homem pensar sobre seus atos, sobre sua responsabilidade.

Já em Sófocles, ainda com Lesky (1996), os desígnios dos deuses não são de forma nenhuma decifráveis, não castigam ou beneficiam os homens. São o que são. Os homens são frágeis, mortais e têm que lidar com o limite da natureza humana. Os heróis sofoclianos são obstinados em seus desejos, sempre trágicos, que coincidem com seus destinos traçados pelos deuses. Essa obstinação é muitas vezes considerada loucura pelas demais personagens das tragédias, que procuram demover o herói de seu objetivo a todo tempo. O que Sófocles parece dizer em suas tragédias, é que cada Herói precisa viver o que lhe cabe, com total responsabilidade pelo seu destino, ainda que escrito pelos deuses.

A influência do filósofo Sócrates e dos sofistas na obra de Eurípides é marcante. Percebe-se a aspiração socrática de uma ordenação interna, mesmo que quimérica. Ao mesmo tempo, aponta-se a verdade da contradição humana, evidenciada

pelos sofistas, onde um argumento parece tão certo quanto seu contrário. Assim como para os sofistas, o homem é a medida de todas as coisas, logo, a responsabilidade pessoal adquire valor de compromisso com a racionalidade e o autoconhecimento, contrastando com a inconsistência e a contraditoriedade humanas.

A tragédia de Eurípides, ressalta Pessotti (1994), apresenta a loucura como um produto de conflitos internos, de paixões, contradições ditadas pelas razões humanas já tão distante das vontades divinas, que se pode ler ali uma concepção precursora de uma psicologia. A irrupção dessa nova ordem interna é agora a origem da loucura. A tragédia euripediana apresenta Eros não mais como força cósmica, e sim como paixão subjetiva. O poder do erótico é colocado em cena por Eurípides até atingir o patológico, imortalizando personagens como Fedra e Medeia, onde o *pathos* da paixão passa para o primeiro plano da ação dramática.

A loucura se psicologiza tanto na etiologia como nos quadros clínicos, na sintomatologia, e nos efeitos sobre as emoções e a vida dos homens. Há uma substituição do modelo mítico-teológico por uma visão mais racionalista, ou seja, uma concepção racional das contradições e limitações dos desígnios humanos e das fraquezas do entendimento ou da vontade ante as forças dos apetites e das paixões. A obra de Eurípides representa o nascimento da psicologia enquanto concepção do homem como dotado de uma individualidade intelectual e afetiva. Uma individualidade que é sua própria natureza pessoal. A influência sofística e socrática é óbvia nessa altura. Eurípides descobre e revela o homem natural, a natureza do homem. Contraditória, conflitiva, por vezes patológica. (PESSOTTI, 1994, p. 46).

Hipócrates (460-370 a.C)

Para Hipócrates o corpo humano se compõe de quatro humores fundamentais: sangue, pítuita, bÍlis amarela e bÍlis verde, escura ou atrabÍlis. A saúde é a harmonia no sistema de humores e o equilíbrio entre tal sistema e o ambiente externo. O desequilÍbrio entre os dois sistemas ou entre os humores no interior do sistema orgânico é a doença. Assim, Hipócrates inaugura a ideia organicista, o que provavelmente concedeu a ele o título de pai da medicina.

A loucura passa a ser entendida como crise no sistema dos humores, logo, como uma doença orgânica. Na época, a hipótese de Hipócrates ia de encontro à crença mitológica, teológica que vigorara nos tempos homéricos. Segundo Pessotti, afastou-se também do que propunha Eurípides com suas personagens trágicas e precursoras da psicologia:

A doutrina hipocrática mostra aqui sua sólida convicção organicista. Que significa algum progresso na psicopatologia, mas determina também alguma

dificuldade. De fato se o organicismo hipocrático mina o prestígio da medicina sacerdotal e mágica, invalidando a explicação mitológica da doença mental, por outro lado, invalida ou enfraquece a mudança do pensamento operada pela tragédia grega principalmente de Eurípides, que se acercava claramente de uma concepção psicológica da alienação. (PESSOTTI, 1994, p. 51).

No saber médico que então florescia, não havia lugar para eventos afetivos ou conflitos morais como argumentos para causa da loucura. As paixões eram assuntos para filósofos e poetas, a arte da medicina exigia uma racionalidade cujo critério de verdade não abarcava a afetividade e as contradições humanas. Iniciava-se assim um novo campo de saber.

A vontade individual e a razão, assim como a afetividade, também não interessavam à doutrina hipocrática. Os processos orgânicos regem a fisiologia humana, e há uma continuidade entre essa economia orgânica interna e a natureza circundante. As condições ambientais (macrocosmo circundante) e as funções orgânicas (microcosmo anatomofisiológico) em continuidade garantem o equilíbrio físico e mental, o bem estar, a normalidade. A ruptura entre os dois sistemas é o que provoca a doença.

No caso dos desarranjos e aberrações mentais da loucura, pouca diferença fazia para Hipócrates as distinções sintomáticas. Considerava secundário, para seu sistema, investigar conteúdos afetivos, ou a natureza do delírio em cada tipo. Isso porque os sintomas eram considerados distúrbios humorais, portanto, nada poderia ser feito com o conteúdo apresentado.

Entretanto, o pai da medicina chega a distinguir uma loucura tranquila e uma loucura agitada, perigosa, quase a estabelecer os quadros clínicos clássicos da melancolia e da mania. Ainda a ele se deve a proposta objetiva de técnicas terapêuticas específicas para cada quadro.

Hipócrates estabelece o cérebro, lesado por desequilíbrios humorais, como órgão da loucura:

É preciso que os homens saibam que não é senão do cérebro que nos vêm as satisfações, as alegrias, os sorrisos, as hilaridades, bem como as dores, as aflições, as tristezas e os prantos. É com ele sobretudo que compreendemos e pensamos, vemos e ouvimos, e distinguimos entre as coisas belas e as feias, más e boas, agradáveis de desagradáveis, distinguindo algumas segundo o costume, outras sentindo-as segundo o que é útil, e discernindo com isso os prazeres e os desprazeres conforme os momentos, não gostamos sempre das mesmas coisas. É com ele que enlouquecemos (*mainômeta*) e deliramos (*parafrôneomen*) e nos defrontamos com terrores e medos, alguns de noite, outros mesmo de dia, e insônias e enganos inoportunos e preocupações

inconvenientes, e perda de conhecimento do estado ordinário das coisas e esquecimento... (HIPÓCRATES, MS, XIV, 1-5, apud PESSOTTI, 1994, p. 51).

Platão (427-348 a.C.)

Platão endossa a teoria humoral da vida mental, de tradição hipocrática. Mas essa concessão ao organicismo não deve esconder que ele considera a loucura como um desarranjo na boa ordem entre as partes do sistema da *psyche*. No *Timeu*, define a loucura como “demência”, um dos dois gêneros de “doença da alma”:

Temos que admitir que a doença da alma é a demência, e há dois gêneros de demência: a loucura e a ignorância. A todas as impressões que alguém sofre e que englobem uma das duas devemos chamar ‘doença’. Devemos também estabelecer que os prazeres e as dores em excesso são as mais graves das doenças para a alma. É que quando um homem está excessivamente contente ou, pelo contrário, sofre por causa da dor, apressando-se a arrebatá-lo inoportunamente algum objeto ou a fugir do outro, não é capaz de ver nem de ouvir nada corretamente, pois está louco e a sua capacidade de participar do raciocínio encontra-se reduzida ao mínimo. Aquele em quem se gera uma semente abundante que corre livremente pela medula, como se fosse uma árvore com uma carga de frutos superior à medida estipulada pela natureza, adquire repetidamente múltiplas angústias e múltiplos prazeres nos seus apetites e nos frutos que nascem dessa condição. Torna-se louco durante a maior parte da vida por causa dos prazeres e dores extremos, pois tem a alma doente e é mantida na insensatez por via do corpo. (PLATÃO, 2011, p. 199).

O louco, de alma doente mantida pela insensatez do corpo, é o contrário do demiurgo, artesão sumamente inteligente, criado pelo Bem, que contempla as ideias e faz delas paradigmas para a criação do mundo sensível. Essa é a origem do mundo narrada por Platão no *Timeu*. No início, havia o mundo inteligível, o Bem e as ideias, de um lado, e, de outro, a matéria caótica. O demiurgo é o matemático, bom e sem mácula que vai ordenar o caos. Chauí se pergunta: “o que faz o demiurgo?” (CHAUÍ, 1994, p. 200). E responde que ele promove “a impressão das formas puras e eternas na matéria bruta, informe e precível, a *Khóra*, dá origem ao *Kósmos* que, imitação do mundo inteligível, possui, como este, uma alma inteligente que o governa, a Alma do Mundo.” (CHAUÍ, 1994, p. 200).

Nas palavras de Pinguelli Rosa: “Platão apropriou-se do conceito de Cosmo, mas negou o materialismo, introduzindo novamente uma metafísica idealista na explicação do mundo natural.” (PINGUELLI ROSA, 2005, p. 69).

A loucura, para Pessotti (1994), no contexto platônico, é o desvio da racionalidade do sistema e compromete o desempenho do homem no Cosmo em que está inserido.

Aristóteles (384-322 a.C.)

Aristóteles no Problema XXX,I, “O homem de gênio e a melancolia”, inicia seu texto questionando: “Por que razão todos os que foram homens de exceção, à poesia ou às artes, são manifestamente melancólicos, e alguns a pontos de serem tomados por males dos quais a bile negra é a origem [...] ?” (ARISTÓTELES, 1998, p. 81). E segue identificando nas ações agressivas dos heróis míticos, como Hércules, Ajax e muitos outros, uma característica melancólica provocada pela bile negra, outrora mal interpretada como mania insuflada pelos deuses.

Aristóteles se propõe a tratar do fato de que na natureza existe espontaneamente a mistura de um humor, a bile negra, que é, com efeito, uma mistura do quente com o frio, elementos que compõem a natureza. De acordo com a natureza de cada um e da bile negra produzida pela alimentação cotidiana, cada indivíduo diferindo segundo essa mistura, haverá inclinação para diferentes figuras da loucura. Se a mistura for muito quente:

...são ameaçados pela loucura (*manikoi*) e dotados por natureza, inclinados ao amor, facilmente levados aos impulsos e aos desejos... Mas muitos, pela razão de que o calor se encontra próximo do lugar do pensamento, são tomados pelas doenças da loucura ou do entusiasmo. (ARISTÓTELES, 1998, p. 95).

Mais adiante, Aristóteles menciona um esfriamento excessivo da mistura como causa de suicídio por enforcamento, inclusive entre os jovens que, aparentemente, não apresentam razão para tal.

Portanto, para resumir, porque a potência da bile negra é inconstante, inconstantes são os melancólicos. E, com efeito, a bile negra é muito fria e muito quente. E porque ela molda nossos caracteres [...] todos os melancólicos são portanto seres de exceção, e isso não por doença, mas por natureza. (ARISTÓTELES, 1998, p. 105).

Galeno (129-201 d.C.)

Para continuar a historicizar a relação entre a loucura e as épocas, voltemos a Pessotti. Ainda na medicina antiga, destaca-se Claudio Galeno, nascido em Pérgamo, na Ásia Menor. Famoso médico romano, que viveu entre os anos 131 e 200, depois de Cristo, Galeno distingue claramente de um lado, loucura e de outro os delírios devidos a outras afecções. Inaugura uma versão pneumática dos humores. O pneuma, seja psíquico ou físico, é o conceito essencial e o que importa é a interação entre os diferentes tipos de humores.

Essa nova fisiologia admite funções incorpóreas como a razão e a percepção e isso resulta na ideia de uma vida psíquica, entendida não apenas como reflexo de eventos somáticos. Menos ingênua de que a escola hipocrática, a teoria galenista da loucura combina conceitos humoralistas tradicionais e categorias de tipo mentalista. Com Galeno, vemos que a natureza da loucura, chamada delírio, mania ou melancolia, é híbrida: é orgânica, somática, porque implica o desarranjo humoral, mas é psicológica, porque o sintoma distintivo é o transtorno de uma ou mais faculdades mentais, como a imaginação, a razão e a memória. No entanto, a função causal cabe aos vapores, pneumas ou exalações que produzem os distúrbios.

Como veremos, a nosografia de Galeno terá influência clara nas classificações da loucura nos séculos seguintes e suas ideias preparam o caminho para uma fisiologia menos mecânica, na medida em que o conceito de pneuma psíquico institui uma identidade para as funções psíquicas.

Os modelos mitológicos, psicológico-passional e organicista persistem sob as teorias mais diversas, talvez porque refletem atitudes básicas, inarredáveis no processo de conhecimento e explicação de um objeto extremamente importante, que coloca em jogo a própria identidade individual do homem. A loucura é, na verdade, a perda do caráter distintivo do humano. E diante desse fato, a constatação da precariedade da “essência” do homem se impõe de modo irrecusável. (PESSOTTI, 1994, p. 78)

2. Na idade média: a doutrina demonista

Gostaria de me deter, com mais minúcia, na doutrina demonista que Pessotti desenvolve em seguida.

A associação ou, até mesmo, a identificação da loucura à possessão diabólica, que marca a concepção medieval da psicopatologia, tem raízes na própria formação doutrinária do cristianismo. Para entender a visão medieval e renascentista sobre a loucura, é preciso examinar as raízes da doutrina demonista que se difundirá na Idade Média e receberá formulações mais sistemáticas na época do Renascimento. Desde os

Padres Apostólicos até Agostinho de Hipona, a mitologia demoníaca se desenvolve e se consolida com pesados efeitos políticos e morais.

Posteriormente, essa mitologia evolui em duas direções, conforme se consolida o poder do cristianismo: de um lado, todas as divindades “pagãs” passam a ser demônios e, desse modo, cultuá-las é adorar o demônio, cabendo ao cristão, em situação extrema, optar pelo martírio a fim de não se entregar à danação eterna; de outro lado, o dissidente, o pagão ou, numa palavra, o herege, passa a ser partidário ou instrumento do demônio. Demoniza-se o herege e com isso se legitima a intolerância religiosa e a perseguição às dissidências.

Os escritos dos padres apostólicos, desde os *Acta Apostolorum* e as Epístolas dos primeiros séculos, eram textos de resposta polêmica aos últimos pensadores do paganismo do mundo antigo e visavam defender as crenças dos fiéis contra os costumes dos ‘idólatras’.

Desde a apócrifa Epístola de Barnabé, escrita em 118, os autores trabalham a contradição entre o bem e o mal como reinos opostos e discutem a questão do demônio, sua origem, seu pertencimento e sua relação com os homens, ora elevando sua demonologia ao nível de discurso teológico, como Justino Mártir de Samaria, ora em uma doutrina mais obscurantista, como em Taciano da Assíria, ora em doutrinas mais refinadas como Tertuliano de Cartago que pensa o mal e o bem como tendências interiores do próprio homem.

Essa galeria de noções pioneiras do demonismo cristão traz o demônio como uma criatura pervertida que, por sua inveja e ciúme, interfere na vida humana como espírito maligno e tentador. Controla os anjos vigilantes, que entre outras competências, assumiram a de ensinar truques e magia à mulheres. A paixão de Cristo apenas reduziu o poder dos demônios, que ainda persiste, para castigo dos pecados humanos. Eles induzem o homem à heresia e à crença nos mitos pagãos. Para combatê-los é necessário professar a fé em Cristo e recorrer aos exorcismos.

No século IV, o grande Agostinho de Hipona, nascido em Tagaste (354-430), reformula toda a doutrina demonológica cristã, com o rigor e o alcance teológico que faltam a seus predecessores. Talvez a grande inovação de Agostinho seja a ideia de que o mal não tem existência positiva: é a privação do bem, *privatio boni*. Para ele, o universo é naturalmente bom, obra perfeita de Deus, que permite a ação do demônio, para tornar possível o aperfeiçoamento dos homens através da busca de Deus, o supremo Bem. Seu ensino marcará toda a doutrina cristã nos séculos seguintes.

Com Irineu, acresce-se a esse rol de comportamentos devidos à intervenção do demônio, o mais abrangente e funesto: a bruxaria. É uma ideia que o fanatismo religioso medieval transformará em justificativa para a caça às bruxas. Tertuliano propõe que o demônio ensina magia às mulheres, tenta os homens ao pecado e deve ser combatido pelo exorcismo.

Finalmente, Agostinho passa a atribuir os acidentes naturais à obra do demônio, uma ideia que servirá, como as precedentes, para instruir os processos inquisitoriais da Idade Média. A perda das colheitas, os abortos naturais ou as tempestades passam a ser acontecimentos suspeitos, eventualmente produtos de bruxaria.

O trecho abaixo mostra como se desenvolve a intervenção diabólica na mente humana:

a irrupção e a aparição tumultuosa dos espíritos malvados são acompanhadas de batidas, estrépitos e gritos... Logo a alma é tomada por tremores e perturbações, a mente é tumultuada, abatida, sente ódio por quem conduz a vida ascética, sente desconforto, tristeza, saudade dos familiares e medo da morte. Depois surge o desejo de coisas perversas, o enfraquecimento da virtude, a instabilidade do comportamento (ATHANASII, *apud* PESSOTTI, 1994, p. 86).

Segundo Nola (1987),

[...] as insinuações sexuais, contrárias à escolha da vida monástica, e à renúncia ao prazer, bem como sugestões visionárias e alucinatórias,... constituem o quadro de uma experiência diabólica que se renova em toda a história dos monges no deserto. (NOLA, *apud* PESSOTTI, 1994, p. 86).

Faz-se aqui menção ao tédio, pecado que tirará o sossego de monges e frades pelos séculos seguintes: a indolência, ou ócio. O demônio responsável por essa indolência, que é diversa da simples preguiça, é o demônio do meio dia, que quando ataca, tem-se a impressão de que tudo mergulha num ritmo lento e de que o sol está parado. Então o monge sente ódio pela vida e pelo trabalho. Esta ideia se transformará posteriormente, no *taedium vitae* da moral cristã e, segundo Nola, na melancolia, “uma espécie de abandono interior, um esvaziamento e um tédio mortal”. A própria depressão melancólica, segundo uma linguagem mais técnica. Essa depressão passará a ser, depois de Agostinho e, particularmente, depois de Tomás de Aquino, a mais grave tentação diabólica, já que consiste em sentir-se entediado ou triste pelo bem dado por Deus, que é a vida religiosa.

Entristecer-se e deprimir-se torna-se agora um pecado, ao contrário do que acontecia com o Belerofonte de Homero, cujo pecado o levou à solidão, à tristeza, à depressão. Num caso, o pecado leva à melancolia, no outro, a depressão ou tristeza

melancólica leva ao pecado. Em ambos há sofrimento, isolamento, solidão e desinteresse pela vida, sintomas recorrentes da melancolia.

Quando centenas de mulheres sob acusação de estarem mancomunadas com o demônio ou possuídas por ele, são queimadas na fogueira, a teologia que embasará os julgamentos e interrogatórios será basicamente a de Agostinho, consolidada e aperfeiçoada por Tomás de Aquino.

De fato, o texto dogmático mais invocado por inquisidores como Institor, Sprenger e Fra Eliseo Masini ou por exorcistas famosos como Menghius será o *Tractatus de Angelis*, que reúne as questões 50-64 da *Summa theologiae* de Tomás de Aquino.

Nessa obra, Tomás de Aquino propõe que todos os demônios se tornam perversos, possuem o conhecimento do funcionamento das coisas naturais e habitam o éter. Paralelamente, nascem obras e condutas que se difundem, espalhando o terror dos demônios, com suas múltiplas formas de atuação.

O mundo se povoou de demônios, como mostra Joham Wier (Wierus), de 1580 (in *opera Omnia*, 1660), o que se revela no poderio militar das forças diabólicas, onde figuram diversas patentes e inúmeras legiões.

Só essa infinidade de demônios já retrata a ampla difusão das crenças numa poderosa e onipresente influência diabólica sobre a vida humana e fica fácil atribuir à cumplicidade com o demônio uma grande variedade de comportamentos. Como o discurso e o comportamento de maníacos, melancólicos, histéricos e paranoicos são, via de regra, incomuns, torna-se quase inevitável a atribuição dessas condutas a poderes demoníacos ou mesmo à possessão do louco pelo demônio.

Não se trata de um raciocínio causal, do tipo: se A, então B; se há possessão demoníaca, então há loucura. O que se encontra, em vez disso, é a ideia de que quem faz ou diz coisas raras, estranhas ou imorais age por obra do diabo, está possuído por ele. Em outros termos: possesço, portanto louco e não louco, portanto possesço. Assim os sintomas clássicos da histeria, da melancolia, da mania, da depressão ou da ansiedade, em suas várias formas, passam a indicar a possessão demoníaca.

O *Malleus Maleficarum* (traduzido para português como *Martelo das Feiticeiras* ou *Martelo das Bruxas*, escrito em 1484 e publicado em 1486 (ou 1487), por dois monges alemães dominicanos, Heinrich Kramer e James Sprenger, tornou-se uma espécie de ‘manual contra a bruxaria’. O livro foi amplamente utilizado pelos inquisidores por aproximadamente duzentos e cinquenta anos, até o fim da Santa Inquisição, e servia para identificar bruxas e os malefícios causados por elas, além dos procedimentos legais para acusá-las e condená-las.

Malleus Maleficarum traz inúmeras e exageradas descrições e, até certo ponto, apelativas e incoerentes. O livro divide-se em três partes distintas, sendo que cada parte subdivide-se em capítulos chamados de *Questões*. A primeira parte, que contém dezoito

questões, ensina a reconhecer bruxas em seus múltiplos disfarces e atitudes. A segunda parte expõe os tipos de malefícios, classificando-os e explicando-os detalhadamente, e os métodos para desfazê-los. A terceira e última parte, que contém uma introdução geral e trinta e cinco questões subdivididas, condiciona as formalidades para agir 'legalmente' contra as bruxas, demonstrando como inquiri-las e condená-las, tanto nos tribunais civis como eclesiásticos.

As teses centrais do *Malleus Maleficarum* fundamentam-se na ideia de que o demônio, sob a permissão de Deus, procura fazer o máximo de mal aos homens para apropriar-se de suas almas. Este mal é feito prioritariamente através do corpo, único canal onde o demônio pode predominar. A influência demoníaca é feita através do controle da sexualidade, e por ela, o demônio se apropria primeiramente do corpo e depois da alma do homem. Segundo o livro, as mulheres são o maior canal de ação demoníaca.

Teve dezenas de edições e destina-se a instrumentalizar inquisidores e eclesiásticos em geral, com sólida doutrina demonológica, para capacitá-los a identificar casos de possessão diabólica ou de comércio com o demônio e a lidar eficazmente nesses casos. Principalmente no que se refere a bruxas e magos em geral, agentes do plano satânico de perdição dos homens.

O texto remete a quatro fontes doutrinárias principais: as obras de Santo Agostinho, a *Summa Theologica* e o *Segundo Livro das Sentenças* de Tomás de Aquino e *As Decretais*, documentos conciliares e pontifícios sobre o assunto.

O *Malleus* pretende, do começo ao fim, difundir a crença na intervenção onipresente dos demônios na vida dos homens. E um exemplo evidente disso são os casos de loucura:

O diabo, ademais, é capaz de possuir os homens na sua essência corpórea, como fica claro no caso dos loucos... e embora tal modo de possessão fuja um pouco a nossos propósitos, trataremos dele aqui, para que fique a todos esclarecido que, com a permissão de Deus, os homens por vezes são substancialmente possuídos por demônios a pedido das bruxas [...] (MALLEUS, 266, *apud* PESSOTTI, 1994, p. 93)

Parece fácil entrever na segurança doutrinária e diagnóstica de Sprenger e Kramer o gozo e a apologia de um poder particular, invejado e temido: o de exorcizar, curar, salvar, defender os homens. Esse texto e seus análogos interessam neste trabalho como amostra de uma concepção escrita da loucura, que não chega a ser uma teoria, mas é o retrato de uma forma mentis peculiar que influenciará poderosamente a concepção ulterior da loucura, em vários aspectos. Segundo Pessotti, esse modelo de

pensamento reedita e corrompe o modelo mitológico da Grécia Antiga. Reedita porque após a visão organicista popularizada pelo galenismo, a loucura, na maioria dos casos, passa a ser, de novo, efeito de maquinações de entidades extra naturais. Corrompe porque agora a loucura é apenas negativa patológica, estigma de imperfeição e de culpa. Os deuses causavam a loucura, mas a cancelavam. Agora o louco é um campo de batalha entre forças do mal e forças do bem. A loucura era uma questão de relação do homem, na sua autoconsciência, com um ou mais deuses. Agora a relação que se estabelece exclui ou desqualifica a autoconsciência. O homem é passivo frente ao demônio, passivo diante do poder salvador do exorcista.

Qual a causa da loucura segundo o Malleus e seus congêneres? A resposta não é tão difícil, segundo Pessotti. Toda loucura, enquanto delírio ou enquanto mero descontrole emocional, é obra do demônio, por iniciativa própria ou por pedido de alguma bruxa. No primeiro caso, há duas possibilidades: a possessão e a obsessão. Na primeira, o diabo aloja-se no corpo da pessoa, frequentemente na cabeça; na segunda eventualidade, muito frequente, o demônio acompanha sua vítima tenazmente e lhe altera percepções, emoções, desempenho sexual etc.

Em alguns casos a insanidade é natural, decidida por Deus, sempre como castigo por algum pecado. Mas também as loucuras de origem diabólica, incluindo-se todos os casos do que hoje se chamaria histeria, mania, melancolia, paranoia só ocorrem com a indispensável permissão de Deus. Pode-se dizer desse modo que toda loucura resulta, em última análise, de decisão ou permissão divina.

A doutrina terapêutica antidiabólica é exposta na obra do grande exorcista Hieronimus Menghius Vitellianensis (1529-1609), que serviu aos nobres e a altos eclesiásticos, e foi amigo e protegido do papa e de cardeais. Sua obra mais importante foi editada em Bolonha, em 1576, com o título de *Compendio dell'Arte Essorcistica, et Possibilita delle Mirabili et Stupende Operazioni delli Demoni, et de'Malefici*.

Tanto o Compendio quanto o Malleus, mencionado anteriormente, propagam a etiologia diabólica de qualquer fenômeno de aberração, ou bizarrice do comportamento, como a violência física, a excitação erótica, as alucinações, os meros enganos, as ilusões de óptica, a obstinação. Esses fenômenos figuram ao lado de descrições ou explicações da mania, da melancolia, da ansiedade, da esterilidade, da impotência ou frigidez sexual, ou seja, ao lado de qualquer doença inexplicada. Assim vemos que para a teologia medieval não necessariamente é a desrazão a essência da loucura, mas também a avareza, a luxúria, a ambição desmedida e o desrespeito ao sagrado.

A visão da loucura como obra do diabo é, portanto, uma parte da concepção demonista da vida humana como um todo. Nesse ponto, a obra de Menghius se assemelha ao Malleus e a outras obras dos séculos XVI e XVII.

A ideia de que as paixões, principalmente o desejo sexual, quando descontroladas constituem uma forma de loucura é recorrente no texto de Menghius, como neste trecho: ‘...podem induzir os homens a amores desordenados e afeições, fazendo-os enlouquecer... e [deixando-os] como loucos...’ (*Compendio*, I, 103 *apud* PESSOTTI, 1994, p. 111)

A difusão do temor de diabos e de bruxas provocado pelas doutrinas ortodoxas de Agostinho, Tomás de Aquino e do *Malleus*, que autorizava a intervenção demoníaca na vida dos homens, criava paralelamente uma multidão de desesperados, que procurava avidamente os exorcistas em exercício, mesmo a pagamento.

A intenção de Menghius, ao recomendar o exorcismo para quase todas as enfermidades, funda-se também em uma singular concepção dos humores corporais. No trecho abaixo, o livro III aponta um tipo de humor que serve à maquinação diabólica:

Os Demônios na maioria dos casos se juntam com os corpos humanos pela má disposição do humor melancólico, [quando] corrompido e infecto; o qual forma na fantasia certas más figuras negras, horríveis e assustadoras, e conturba o intelecto. (*Compendio*, III, 274 *apud* PESSOTTI, 1994, p. 117)

Aqui o autor se pergunta: estamos diante de uma concepção da melancolia de origem diabólica, ou trata-se de possessão diabólica de origem melancólica? Verificamos que o humor melancólico e o demônio encontram-se aqui sobrepostos e intercambiáveis enquanto agentes patológicos.

Menghius entende que a melancolia é uma doença, mas isso não representa uma superação da concepção mítico teológica da loucura, pois toda doença pode ser obra do diabo e é, portanto, curável através de exorcismos. Não se trata apenas de incluir a loucura no rol das enfermidades, mas sim de incluir todas as enfermidades na categoria da possessão diabólica. Não se medicaliza a loucura, mas demoniza-se a doença em geral, relevando a competência médica do exorcista. Se a medicina cura através de ervas pode-se dizer que essa tem propriedades demonífugas. É o que se esclarece no trecho a seguir:

[...] com a erva chamada *Ipéricon*, chamada também fuga dos demônios... porque a fumaça dessa erva expulsa qualquer demônio que se aproxime do corpo... não é de admirar que deus ... submetta os Demônios à ação das coisas sensíveis. Mas entender que isso possa acontecer sem Exorcismos da Santa Igreja é falso. (*Compendio*, III, 275, *apud* PESSOTTI, 1994, p. 118)

Um debate acontecia entre os exorcistas e os médicos. Ao longo desse processo, nomes como Molitor, Erasmo de Rotterdam e Jerônimo Cardano destacam-se como defensores de um movimento que se apoiava no bom senso e no saber médico para levantar-se contra a impostura demonista. Johan Wierus, de Clèves, médico, em pleno século XVI, seis anos antes do *Compendio*, argumenta que “se esses possessos ou bruxas estão atacados pelos demônios, é contra estes que deve-se lutar, não contra elas, vítimas da maldade diabólica. Era preciso tratá-las, não mandá-las à tortura e à fogueira.” (PESSOTTI, 1994, p. 120)

A polêmica de Menghius, bem como o fanatismo de Sprenger precisaram enfrentar ainda os efeitos da obra de Livin Lemmens, publicada em Zurich em 1558 e editada em italiano em 1560 e em 1561, *Occulta Naturae Miracula*, texto que desenfeitiçava o mundo diabólico e afirmava não serem os gênios do mal que causam a doença, mas sim a violência dos humores, graças aos quais, como tomada por uma chama, a mente do homem se inflama e se enfurece.

Os exageros do *Compendio* suscitam perplexidade entre os médicos e os estratos mais cultos da sociedade dos séculos XV e XVI. Paulo V promulga em 1614, um *Rituale* canônico buscando codificar os exorcismos, e o feitiço começa a se voltar contra o feiticeiro. A alta hierarquia eclesiástica passa a avalizar o ceticismo dos médicos adeptos da ‘tolerância’.

Nos séculos XV e XVI a formação clínica do médico, predominantemente galenista, se completava no campo do conhecimento psicológico, com noções da filosofia platônica ou aristotélica. Por isso a teoria da loucura passa a ser elaborada sob a influência híbrida do organicismo pneumático do galenismo e da doutrina sobre as faculdades da alma, ou da mente (razão, imaginação e memória), de extração platônica.

3. Séculos XVII e XVIII

A influência das categorias platônicas transparece nas duas mais famosas classificações da alienação mental do século XVII, a de Zacchias, publicada em 1651, e a de Felix Plater (1625). A primeira é uma tentativa de conciliar as categorias diagnósticas da medicina com as definições jurídicas das diversas formas da loucura ou alienação mental. A segunda é uma rigorosa classificação nosográfica, que teve efeitos duradouros no pensamento médico ulterior. Ambas admitem uma possibilidade, ainda que muito restrita, de influência diabólica na etiologia da loucura.

Zacchias, nas suas *Quaestiones medico – legales*, de 1651, propõe três arranjos possíveis para qualquer amênia ou demência enquanto perda parcial ou total da razão: a *fatuitas* (imbecilidade), o *delirium* (delírio) e a insânia (loucura). Assim o delírio passa a ser um gênero a parte, separado da insânia, que inclui a melancolia e a mania. As classes apresentadas por Zacchias refletem mais as a doutrina platônica sobre as

faculdades da alma do que as ideias de Galeno, a respeito dos efeitos da economia humoral sobre o funcionamento do encéfalo. Plater se aproxima mais ao galenismo, enxergando na loucura uma perspectiva médica. É ele que inaugura, na nosologia, o conceito de alienação mental (*mentis alienatio*) em torno do qual se organizará boa parte da nosografia do século XIX.

A doença mental é lesão da Inteligência (*mens*), que reúne a razão, a imaginação e a memória, os três sentidos internos. A loucura pode derivar de causas físicas, passionais ou internas. Nesse último caso temos o delírio, componente essencial da mania, quando acompanhado de furor, ou da melancolia, se surge sem febre e sem furor. Quando, em vez disso, o delírio é acompanhado de febre, mas sem furor, temos como resultado a *frenesis*.

Portanto, maníacos, melancólicos e frenéticos são loucos, por apresentarem delírios, que podem ser de vários tipos, sendo o delírio um componente essencial, uma marca distintiva da loucura. A explicação do delírio, no âmbito da pesquisa médica, resultará na necessidade de uma fundamentação anatomofisiológica do pensamento delirante. Essa fundamentação será buscada em diferentes direções teóricas. Seguirá uma doutrina iatroquímica (humorista), ou pneumática ou, ainda uma concepção iatromecânica.

Paracelso, o mais ilustre representante da quimiatria no século XVI, segundo Ball e Ritti (1882), foi pioneiro do enfoque iatroquímico e sua doutrina é a primeira negação da origem sobrenatural das doenças, incluída a loucura. A ideia mestra de Paracelso é a de que as doenças são basicamente alterações dos sais contidos no corpo, como o enxofre e o mercúrio. A melancolia teria nesse caso, uma origem tóxica. É o que aponta Sennert, outro adepto da iatroquímica.

A progressiva dominação médica no terreno da explicação da loucura recebe um impulso decisivo da fisiologia de Descartes, e de sua doutrina sobre os espíritos animais.

o que é mais notável é a geração dos espíritos animais, que são como um vento muito sutil ou, então, como uma chama muito pura e muito viva, que subindo continuamente e em grande abundância, do coração para o cérebro, vão se propagar de lá para os nervos nos músculos e dão movimento a todos os membros.” (*Discours sur la Méthode*, V Parte, *apud* PESSOTTI, 1994, p. 128)

Thomas Willis (1622-1670), outro adepto da teoria dos espíritos animais, fala em lesões das funções da alma, cujo nome genérico é *desipientia*, a negação da *sapientia*. Desse modo, o sintoma mais genérico da loucura é novamente o delírio. Uma vez instalada a efervescência dos espíritos, que significa o delírio, a ocorrência da mania pode ser um resultado do simples aumento da melancolia e vice versa. Essa agitação dos

espíritos é o substrato orgânico do delírio e pode resultar de causas internas ou externas. É um processo espiritual, pneumático, em contraposição à ideia humorista clássica da atrabílis, o que demonstra a dificuldade teórica do pensamento médico no esforço de encontrar uma base natural anatomofisiológica, para a loucura ou o delírio.

Trata-se de um organicismo metafísico governado pelo princípio de que a loucura é uma doença, natural, orgânica, corporal. Como os iatroquímicos, os pneumáticos e depois os iatromecânicos concordam que a loucura é uma doença que tem causas naturais, implica danos à fisiologia cerebral e por isso, delírios, irracionalidade e descontrole emocional. Quanto aos tipos, mantém-se a distinção clássica entre a loucura furiosa e o delírio triste, bem como os nomes clássicos, mania e melancolia. Contudo, Willis formula, talvez pela primeira vez, um conceito de *folie a double forme*, relacionando mania e melancolia como fases de um mesmo processo.

Alfonso Borelli (1608-1679) acentua mais a concepção organicista da loucura ao entender a patologia como resultado de processos hidráulicos e mecânicos no interior do organismo. O delírio, marca distintiva da loucura é, portanto, o resultado imediato de um excesso de tensão nas fibras cerebrais, como um processo puramente orgânico que não se liga nem a um estado emocional, nem à natureza afetiva dos objetos.

Os exageros organicistas desta época têm o mérito de afugentar as concepções mágicas da loucura, rejeitando as explicações sobrenaturais e procurando tenazmente os fundamentos anatomofisiológicos, iniciando no século XVII, a caminhada para uma abordagem científica do desvario de e do descontrole emocional.

Como resultado do exposto até aqui, a psicopatologia chega ao século XVIII evidentemente desnorteada, resultado do apego a uma visão organicista da etiologia, sem apoio de uma fundamentação experimental de fisiologia nervosa. Na falta dessa base empírica, a nosografia passa a fundar-se em critérios muito variados de descrição e de categorização. Examinando as classificações do período verificamos a multiplicidade de critérios nosográficos, inclusive critérios pessoais ou de determinadas autoridades médicas. Uma delas, a *Boissier de Sauvages*, de 1767, é elaborada conforme o método dos naturalistas. Outras semelhantes são de Erhard (1794) e a de Valenzi (1796), esta última publicada cinco anos antes do *Traité* de Pinel.

A abrangência observada nessas classificações é drasticamente limitada na obra de Cullen, de 1782, que, não obstante sua concepção puramente médica da mente, consolida a identidade mental da loucura, cuja natureza é a do delírio, enquanto erro do juízo. No mesmo ano de 1782, surge a proposta de Arnold, com influência da filosofia de Locke. Inicia-se uma genuína patologia mental. O substrato designado por loucura é cada vez mais uma lesão nas funções mentais, não mais nas funções cerebrais, e sua natureza é essencialmente mental, até cognitiva. É na descrição dos sintomas que se evidencia a importância do desempenho cognitivo, intelectual ou ainda comportamental.

Uma última classificação importante do século XVIII é a de Chiarugi, (1794), italiano, para quem, embora de natureza orgânica, e devida a processos de causalidade neural, a loucura passa a implicar diferentes critérios como alterações intelectuais, cognitivas, afetivas, comportamentais. Essas mudanças na psicopatologia implicarão, cada vez mais, a atenção às condições sociais e físicas do ambiente capazes de produzir ou desencadear a mania, a melancolia ou a demência. Os episódios afetivos vão merecer cada vez mais a atenção do clínico. Mas é no *Traité* de Pinel que essas tendências se organizarão numa nova concepção teórica e terapêutica.

4. Os primórdios da clínica psiquiátrica

A clínica psiquiátrica como método sistemático e consciente de si mesmo nasceu com Pinel. Veremos que no plano do método, ele fundou uma tradição, a da clínica. Com uma orientação consciente, a psiquiatria clássica aplica ao outro um modo de observação reservado às coisas. O olhar parece constituir uma metáfora que obceca esta prática e revela a relação que a estrutura. Aí repousa a suspeita de que a psiquiatria participaria da alienação dos sujeitos que pretendia descrever.

Pinel toma de empréstimo o modelo de investigação da história natural e constrói seu método clínico, utilizando o recurso à observação empírica e fundando assim a clínica psiquiátrica. Ele aplica sua doutrina em todo campo da prática médica e escreve: *Medicina clínica ou a Medicina tornada mais precisa e mais exata pela aplicação da análise no campo clínico; Nosografia filosófica ou O método da análise aplicado à medicina na nosologia*; e por fim, no campo específico da alienação mental, *o Tratado médico-filosófico da Alienação-Mental*.

Pinel abre a exploração sistemática de um campo e do ordenamento dos fenômenos que o constituem. Vemos nele uma confiança nas opiniões dos homens ‘sem saber’, como o inspetor do Hospital Bicêtre, onde era diretor. Recomenda aos jovens psiquiatras o estudo da história natural e a prática das matemáticas. A observação deve adquirir uma estrutura enunciável, a clínica deve se tornar uma leitura. A clínica deve, também, criar uma linguagem, palavras novas, de sentido preciso.

Pinel considera a alienação mental como uma enfermidade orgânica, uma perturbação das funções intelectuais, ou seja, funções superiores do sistema nervoso. Daí considerá-las ‘neuroses’, doença do sistema nervoso sem inflamação nem lesão de estrutura. A lesão é um elemento contingente.

O cérebro é o lugar da mente. As neuroses cerebrais são de dois tipos: abolição da função (afecções comatosas) e perturbações da função (vesanias). As vesanias compreendem a alienação mental, a loucura propriamente dita e algumas outras doenças mentais que não fazem do sujeito um alienado em sentido estrito (hipocondria, sonambulismo, hidrofobia).

Sua nosografia classifica as enfermidades mentais em grandes categorias, servindo-se para isso dos sintomas mais notórios. As quatro grandes classes da loucura: mania propriamente dita (incluindo a mania sem delírio ou mania racional); a melancolia; a demência ou abolição do pensamento (juízo); e o idiotismo ou obliteração das faculdades intelectuais e afetivas. Para ele, essa grande divisão abarcava a variedade dos quadros psiquiátricos.

Pinel é partidário da concepção materialista psicofisiologista. As causas propostas são: físicas, hereditárias e morais (paixões e excessos). Essas causas não são específicas para os diferentes tipos de loucura. As mesmas ideias fundarão a concepção geral do tratamento. Recusa o ativismo terapêutico, o intervencionismo desatado e intempestivo. De Hipócrates, retomará a ideia de que a enfermidade é uma reação saudável do organismo contra a ação de causas que perturbam seu equilíbrio. Remete ao método expectante de Hipócrates, isto é, abster de intervenções que perturbem o ciclo natural da doença. O médico deve ajudar o organismo em sua tarefa. São indicações terapêuticas limitadas e cuidadosamente regradas a partir da observação individual.

O tratamento moral tem todo seu apoio e seu nome permaneceu ligado a ele. Deixar o corpo livre para sua reação natural e guiar a mente por meio de instituições curativas. O meio ambiente jogará um papel capital na cura. Disciplina severa e paternal: ameaças, recompensas e consolos. O objetivo é subjugar e domar o alienado. Intimidar com demonstração de força, mas sem violência. O asilo deve ser um centro de reeducação modelo e panóptico, onde a submissão é o primeiro passo para a cura.

Pinel recusa todas as teorias que consideram a loucura um dano material no cérebro. Sua consequência é levar à ideia de curabilidade da loucura. Essa desconfiança da anatomia-patológica o colocará contra a corrente do grande movimento anátomopatológico que Bichat inaugurou. Um hiato se introduz entre Pinel e sua escola psiquiátrica de um lado e o resto da medicina da época por outro. Institui uma distância entre a observação e a tentativa de apresentar uma teoria explicativa. Essa distância funda a clínica e constitui a ruptura que Pinel opera.

Esquirol foi o mais fiel e ortodoxo dos discípulos de Pinel e sua obra é inteiramente a aplicação, a ilustração e o aprofundamento de suas ideias. No plano da doutrina, o trabalho verdadeiramente original de Esquirol foi o aprofundamento clínico. Para ele, a loucura era “uma afecção cerebral comumente crônica, sem febre, caracterizada por distúrbios da sensibilidade, da inteligência e da vontade” (BERCHERIE, 1980, p. 48).

A nosologia de Esquirol marca um nítido progresso sobre a de Pinel. Separa a idiotice congênita ou adquirida desde tenra idade da demência aguda. Diferencia nitidamente a idiotice da loucura. Divide a demência em uma forma aguda e curável e duas formas crônicas e incuráveis: a demência senil e a demência crônica. Descreve, em primeiro lugar, os sintomas da paralisia geral. Descreve a mania como Pinel, mas exclui

a forma sem delírio, criando a grande classe das monomanias. Distingue monomanias intelectuais, afetivas e instintivas.

O debate mais importante que dividiu os alunos de Esquirol procurava responder à pergunta: a alienação mental tem ou não uma base anatomopatológica? Nesse campo, a clínica psiquiátrica resistia à aplicação dos mesmos princípios da medicina geral, pois em grande parte dos casos, ao abrir os cadáveres dos pacientes, não se encontrava lesão anatomopatológica correspondente.

Um dos primeiros nomes dessa controvérsia foi Gall, grande neuroanatomista, e o primeiro que estabeleceu o papel fundamental da massa cinzenta e, em particular, do córtex cerebral no funcionamento nervoso. Com sua doutrina das localizações cerebrais, estabelece a córtex como a sede das funções intelectuais e psicológicas. O sistema de Gall fascinou os jovens alienistas e o público intelectual da época. O papel do córtex e a doutrina das localizações tinham uma força de convicção que se afirmaria no decorrer do tempo.

Encontramos uma posição intermediária em Georget que, pela primeira vez, separa a psiquiatria e a neuropsiquiatria. Ele formula uma tese que concebe as afecções mentais de maneira dualista: de um lado os distúrbios mentais somáticos decorrentes de uma causa orgânica conhecida e, de outro, os distúrbios singulares cuja causa era desconhecida mas que resultavam evidentemente de perturbações puramente funcionais. Estes é que constituíam a loucura propriamente dita.

No decorrer dos séculos, cada vez mais a loucura aparece como o efeito de uma influência organopsíquica e, por isso, seu tratamento clínico como o de um órgão enfermo. Mesmo havendo controvérsias de escolas psiquiátricas, principalmente alemã e francesa, foi o aspecto organopsíquico que predominou, como atestamos ainda hoje.

Griesinger foi o fundador da escola alemã, e introduziu por lá a revolução pineliana. Em sua concepção, existe “uma esfera acessória que funciona como intermediária entre a sensação e o impulso motor...” (BERCHERIE, 1980, p. 73) Essa esfera é a inteligência, concebida por ele como uma atividade associativa que tinha por base as representações mentais. Faz uma síntese de associacionismo e materialismo psicofisiológico. A obra de Griesinger fecha um período e abre o seguinte. Realiza um progresso ao isolar o grupo dos delírios crônicos e apresenta uma nosologia construída sobre a ideia da evolução das formas clínicas.

Guislain é o fundador da escola belga. Nas descrições das formas puras ele faz avançar a diferenciação nosológica. Destaca as ideias delirantes primárias das formas em que o delírio é secundário aos distúrbios afetivos, como depressão, ansiedade, exaltação. Isolou uma classe de psicoses delirantes para a qual os alemães firmarão, mais tarde, o nome de paranoia, distinguindo-a distúrbios afetivos maníaco e melancólico. Esta distinção, retomada ao longo do século, chegou até nós concluindo o trabalho de diferenciação propriamente sindrômico iniciado por Pinel.

Em seu avanço, a nosologia se fundamenta nas descobertas de Antoine-Laurent Bayle. Sua tese, defendida em 1822, nomeada *Pesquisas sobre as doenças mentais*, é considerada uma virada na história das concepções orgânicas em psiquiatria. Baseado em um método anátomoclínico, Bayle realiza a descrição clínica rigorosa de uma entidade psicopatológica típica, de evolução crônica e progressiva e demonstra sua relação com uma lesão cerebral específica e objetivamente demonstrável. Trata-se da paralisia geral, ocasionada pela sífilis. Tal descoberta, inicialmente recebida com muitas reservas, constituiria posteriormente uma espécie de paradigma para a pesquisa e para o projeto teórico e terapêutico que a psiquiatria biológica começava a organizar na França ao longo do século XIX. Progressivamente, a doutrina de Bayle se impõe e começa a questionar o edifício nosológico de Esquirol.

J-P Falret propõe uma reestruturação no campo da psiquiatria. Inicialmente um anatomista militante, acreditava que encontraria na totalidade dos casos, nas palavras do próprio Falret, no “cérebro dos alienados, ou em suas membranas, lesões apreciáveis” (BERCHERIE, 1980, p. 93). Porém suas pesquisas o levaram a entender que essas lesões, mesmo que encontradas, não seriam suficientes para explicar os fenômenos da loucura. Por isso, voltou sua atenção para a observação clínica e desenvolveu, a partir disso, regras metodológicas próprias. Uma das mais importantes foi considerar a evolução do quadro clínico como um fator decisivo no diagnóstico, permitindo assim, paradoxalmente, uma possibilidade de prognóstico. Com o pensamento de Falret, uma distância fundamental se introduz entre a clínica e a nosologia.

Falret pretende apreciar o conjunto do estado patológico, em particular as disposições gerais de suas inclinações e seus sentimentos, o fundo afetivo de seus distúrbios. Novamente nas palavras dele:

O alienista devia observar tanto os fatos negativos quanto os fatos positivos, as lacunas, omissões, e ausência de manifestações, ao mesmo tempo em que os atos consumados, ou as palavras pronunciadas. Numa palavra, ele não devia reduzir seu papel a de secretário dos enfermos. (BERCHERIE, 1980, p. 94).

Falret cunhou o termo “loucura circular” para designar uma entidade mórbida que durava muitos anos, se não a vida inteira, cujo prognóstico, portanto, era desanimador. Apresentava características clínicas descritas da seguinte forma: “os dois estados cuja sucessão contínua constitui a loucura circular, não são, em geral, nem a mania nem a loucura propriamente ditas, com seu caráter habitual: trata-se, de certa forma, do fundo dessas duas espécies sem seu relevo” (*apud* BERCHERIE, 1980, p. 98). Podemos acompanhar a evolução das ideias sobre a Psicose Maníaco-Depressiva, hoje conhecida como Transtorno Afetivo.

Em 1883 aparece o *Compêndio de psiquiatria* de Emil Kraepelin cujas descrições minuciosas permanecem referências fundamentais da psiquiatria até hoje. Foram 30 anos e oito edições para o autor chegar à sua forma final, um grosso tratado de 2.500 páginas em quatro volumes. A edição de 1883 distingue estados depressivos, crepusculares, de excitação, psicose periódica, delírio sistematizado, demência paralítica e estados de debilidade psíquica. É uma classificação sindrômica. Kraepelin foi aluno de Wundt, considerado o fundador da psicologia, daí sua preocupação com a análise psicológica. Estava convencido de que a investigação psicológica era indispensável para compreensão das doenças mentais e de que, sendo assim, a psicologia podia fornecer elementos conceituais à análise clínica.

Kraepelin intercala entre as paranoias e as neuroses gerais uma nova classe: os processos psíquicos degenerativos, que incluem demência praecox, catatonia e demência paranoides. Mais tarde, essa classe será subsumida em parte pelo conceito de esquizofrenia e determinará todo um caminho na psiquiatria. A sexta edição, em 1899, é a forma clássica do tratado, e as concepções gerais nela propostas correriam mundo e se imporiam por toda parte.

Foi como uma reação contra as concepções clássicas de Kraepelin, em particular contra a noção de entidade mórbida que ele havia herdado de Falret, que surgiu na Alemanha, nos anos 1900, uma intensa reação psicodinamicista para a qual o grande alienista cederia terreno na oitava e última edição de seu tratado.

Outra corrente surge em Zurique, ao redor de Bleuler. A partir de 1906, ele emprega o termo 'esquizofrenia' para designar a demência precoce de Kraepelin. Para Bleuler, a perturbação primária consiste numa perturbação das associações, o curso do pensamento corresponde à pregnância dos fatores afetivos do complexo. Bleuler não admite uma perturbação afetiva primária, é a concepção psicopatológica que constitui a chave do conceito de esquizofrenia, processo mórbido que pode apresentar-se sob aspectos clínicos multiformes.

Na França, Gaston Gatian de Clérambault exerceu verdadeira fascinação entre seus contemporâneos: tinha um estilo lapidar, fascinante por sua concisão e eficácia, um gênio da observação analítica, com gosto e talento para grandes sínteses e visões de conjunto, com uma cultura psiquiátrica enciclopédica e imenso carisma pessoal. Clérambault, entre muitas contribuições, foi o primeiro a descrever e analisar a erotomania tal como ela é entendida hoje.

No entanto, é a obra de Jaspers, aluno de Kraepelin, aparecida em 1913, que opera uma crítica conceitual sistemática no discurso psiquiátrico. Em *Psicopatologia geral*, sua única obra, o eixo mais importante concerne ao questionamento do paralelismo psicofisiológico. Nessa obra, ele mantém as categorias clássicas devido ao seu valor prático, relativizadas, porém, no plano de seu valor conceitual. Seu tratado representa a soma de todos os valores psiquiátricos positivos de sua época, tem notável

enfoque crítico e forneceu o quadro conceitual da psiquiatria moderna bem como instrumentos clínicos utilizados até hoje.

5. A CID 10 e a DSM

Pretendo abordar a seguir a situação da psiquiatria contemporânea, atual, século XXI, nestes tempos de globalização e de hegemonia da psiquiatria norte americana com todas as implicações daí derivadas. Tomaremos em estudo o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* bem como o debate interminável que se dá em torno dele, que não contempla nada da subjetividade, optando por um organicismo radical que não corresponde à tradução e à tradição da psiquiatria como campo do saber ou como especialidade médica.

O impulso inicial para o desenvolvimento de uma classificação dos transtornos mentais se originou da necessidade de coletar informações estatísticas. O censo norte americano de 1840 representa uma primeira tentativa de verificar informações sobre doença mental e aparece, de início, uma única categoria denominada idiotismo/insanidade. Em 1880, quarenta anos depois, foram identificadas sete categorias de doença mental – mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia.

Em 1917 o Comitê de Estatística da Associação Psiquiátrica Americana (APA), juntamente com a Comissão Nacional de Higiene Mental (CNHM), formulou um plano que foi adotado pela Divisão de Recenseamento para a coleta de dados estatísticos uniformes entre os hospitais psiquiátricos. Apesar de dedicar mais atenção à utilidade clínica do que os sistemas anteriores, essa ainda era basicamente uma classificação estatística. A Associação Psiquiátrica Americana (APA) trabalhou em conjunto com a Academia de Medicina de Nova York, para o desenvolvimento de uma nomenclatura psiquiátrica aceitável em âmbito nacional, que tinha em vista principalmente o diagnóstico de pacientes internados com transtornos psiquiátricos e neurológicos graves. Uma nomenclatura muito mais complexa foi desenvolvida posteriormente pelo exército norte americano e modificada pela Administração dos Veteranos, com a finalidade de melhor contemplar os quadros apresentados nos ambulatórios, por combatentes e veteranos da Segunda Guerra Mundial.

Logo depois a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou a sexta edição da Classificação Internacional de Doenças (CID), que, pela primeira vez, incluía uma seção dedicada aos transtornos mentais. A CID 6 foi intensamente influenciada pela nomenclatura da Administração dos Veteranos e incluía 10 categorias de psicose, 9 de psicose e 7 de transtorno de caráter, comportamento e inteligência.

O comitê de nomenclatura e estatística da Associação Psiquiátrica Americana (APA) desenvolveu uma variante da CID 6, publicada em 1952, que constitui a primeira

edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I). Sintomas não eram especificados com detalhes em desordens específicas, mas eram vistos como reflexos de grandes conflitos subjacentes ou reações de má adaptação aos problemas da vida, enraizados em uma distinção entre neurose e psicose. O conhecimento biológico e sociológico também foi incorporado, em um modelo que não enfatizava um claro limite entre normalidade e anormalidade.

Segundo Silvia Fendrik,

Como consequência dos estragos psíquicos que a Segunda Guerra Mundial produziu nos soldados, em suas famílias e no conjunto da população civil, foram necessárias novas classificações para outros tipos de afecções que não correspondiam aos quadros “clássicos”. Respondendo à necessidade de responder a novos diagnósticos e novos tratamentos, a Associação Americana de Psiquiatria propõe a construção de uma ferramenta confiável de referências compartilhável entre aqueles que se ocupavam da saúde mental. Em 1952, veio à luz o primeiro DSM, um livro pequeno, com critérios inovadores para psiquiatria, muitos deles inspirados na psicanálise. (FENDRIK, 2011, p. 29)

O DSM-I continha um glossário de descrições de categorias diagnósticas e foi o primeiro manual oficial de transtornos mentais a concentrar-se na utilidade clínica. O uso do termo ‘reação’ ao longo de todo o DSM-I reflete a influência da perspectiva psicobiológica de Adolf Meyer, de que os transtornos mentais representariam reações da personalidade a fatores psicológicos, sociais e biológicos.

O DSM II, de 1968, era parecido com o DSM I, mas eliminava o termo reação. Ainda com Fendrik, tanto no DSM-I quanto no DSM-II leva-se em conta o que o paciente diz sobre seu sofrimento, o que constitui um obstáculo à objetividade científica.

Em 1974, a decisão de se criar uma nova revisão do DSM-II se fez, e Robert Spitzer foi selecionado como chefe da força tarefa. O ímpeto inicial foi fazer uma nomenclatura consistente com a CID, publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A revisão assumiu uma forma muito mais ampla de termos sob a influência e controle de Spitzer e seus membros escolhidos. Uma das metas era aumentar o leque de diagnósticos psiquiátricos. As práticas de profissionais em saúde mental, especialmente em diferentes países, não era uniforme. O estabelecimento de critérios específicos era também uma tentativa de facilitar a pesquisa em saúde mental. O sistema multiaxial tenta mostrar um mais completo quadro do paciente, ao invés de fornecer apenas um simples diagnóstico.

O primeiro projeto da DSM-III foi preparado em um ano. Muitas novas categorias de transtornos foram introduzidas. Vários ensaios patrocinados pelo Instituto Nacional de Saúde Mental Americano foram conduzidos entre 1977 e 1979 para testar a fidelidade dos novos diagnósticos. O DSM-III adotou uma postura descritiva fenomenológica sem qualquer conotação etiológica ou explicativa das doenças, restringindo-se ao trabalho de descrever os sintomas e agrupá-los em síndromes. O sistema de critério e classificação foi baseado num processo de consultas e reuniões de comitês.

A tentativa era de construir uma base de categorização onde a psicodinâmica pudesse ser abandonada em favor do modelo biomédico, com clara distinção entre o normal e o anormal. Para os adeptos da DSM, esta opção proporcionaria maior confiabilidade de diagnóstico, na medida em que psiquiatras provenientes de diversas regiões, ao entrevistarem os mesmos pacientes conseguiriam, em tese, chegar ao mesmo diagnóstico. Para tanto,

A palavra do paciente, obstáculo maior para a objetivação do 'transtorno psiquiátrico' - neurose e psicose incluídas - fica eliminada da série dos manuais com o advento do terceiro DSM, que nasce em 1980 com a declaração triunfal que já não existem as neuroses, porque remetem a uma série de problemas psíquicos ambíguos, de caráter "não objetivos", ou seja, não observáveis nem quantificáveis, e de etiologia confusa. Assim é como fica substituída definitivamente a noção de neurose por "transtorno de ansiedade", com sinais visíveis que falam por si mesmos sem a necessidade de que o paciente diga nada. Tão pouco o DSM se sente obrigado a dizer nada sobre as possíveis causas desses transtornos - são tantos! -, que quando não se devem a alguma causa comprovada, não se deve falar sobre "isso". (FENDRIK, 2011, p. 30)

A experiência com o DSM-III revelou diversas inconsistências no sistema e alguns critérios não se mostraram adequados. Por exemplo, a homossexualidade, ao ser classificada como transtorno mental, fez com que os critérios da classificação fossem vistos como normas morais e politicamente incorretas. A Associação Psiquiátrica Americana (APA) escalou um Grupo de Trabalho para a Revisão do DSM-III, que desenvolveu as revisões e correções levando à publicação do DSM-III R, em 1987.

A décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionado à Saúde (CID 10), foi desenvolvida em contiguidade e de acordo com o DSM-IV, pela OMS, e publicada em 1992, sendo a que se encontra atualmente em vigor.

Uma revisão do DSM-IV, conhecida como DSM-IV-TR, foi publicada em 2000. As categorias diagnósticas e a vasta maioria dos critérios específicos para

diagnósticos permaneceram inalteradas. Cada seção dava informações extras a cada diagnóstico que foi atualizado, assim como para alguns códigos, devido à manutenção de sua consistência com a CID 10.

As mudanças nas classificações vão sendo produzidas para tornar, cada vez mais, os sinais de transtornos observáveis e mensuráveis. O objetivo é que os critérios permitam curar os pacientes sem a necessidade de escutá-los. Ilustrativo disso é a crescente quantidade no que diz respeito às páginas, classificações e categorias conforme as mudanças nos DSMs: o DSM-I contém 130 páginas e 106 categorias de desordens mentais. O DSM-II lista 182 desordens em 134 páginas. O DSM-III foi publicado com 494 páginas e 265 categorias diagnósticas. O DSM-III-R contém 292 diagnósticos em 567 páginas. O DSM-IV foi publicado listando 297 transtornos em 886 páginas.

Percebemos que sempre há um próximo DSM em preparação, mesmo que o que esteja em vigor tenha sido certificado pelos mais renomados e reconhecidos especialistas em saúde mental de seu tempo. Tem um marketing envolvido a cada versão do DSM que promete uma capacidade ainda maior para detectar novos transtornos de comportamento. Os possíveis erros ou omissões do anterior – é o que se espera – serão corrigidos na nova edição. “O que mais se pode pedir a uma ciência a serviço da humanidade?” (FENDRIK, 2011, p. 35)

O dissenso não exigiu, no entanto, uma fundamentação epistemológica da proliferação de categorias, itens e subitens, que apontasse para a definição do que é um transtorno e o que se entende por ‘mente normal’. O grande problema que o DMS III enfrentou é que ao haver cada vez mais itens dava cada vez mais trabalho fazer um ‘bom’ diagnóstico. Se cada uma das categorias remete a categorias mistas, se ao ataque de pânico, por sua vez, podem se somar à agorafobia, mas também o medo dos animais ou o medo das catástrofes, torna-se certamente difícil estabelecer bem o limite entre uma origem incerta, ou seja, confusa, ou seja, neurótica, e o medo justificado, frente a uma catástrofe. Mais ainda, também se observam ataques de pânico produzidos pela ingestão de substâncias não apenas de drogas ilegais, mas de fármacos legais. O DSM-III R e o IV nos indicam que se estamos diante de um ataque de pânico de origem incerta nunca é excessivo ‘drogadição’ ou o que descreve os ‘transtornos de ansiedade não especificados’ – que ao modo de um labirinto circular conduzem novamente ao ataque de pânico. O DSM-III R, como já vimos, conta com mais de 500 páginas. (FENDRIK, 2011).

Fendrik reclama aqui a pertinência de se criar uma categoria para os próprios psiquiatras – por abuso da DSM – de ‘stress pós-traumático’. E seria bom se fossem somente os psiquiatras! A difusão da DSM é muito maior do que isso, conquista outros territórios, como escolas, tribunais, consultórios psicopedagógicos, hospitais, serviços de saúde, serviços sociais e outros. Esse pretense consenso democrático é a solução encontrada para fazer frente às críticas que questionam sua confiabilidade.

O DSM-IV é um sistema de classificação categórica. Porque são facilmente aplicáveis, as siglas dos transtornos se fazem confiáveis. À disposição da grande maioria dos profissionais não só de saúde mental, sua utilidade não é discutida. O consenso democrático utilitarista torna-se uma prova indiscutível de seus fundamentos científicos. As categorias são protótipos, e um paciente com uma aproximação ao modelo é rotulado como tendo um transtorno. O DSM-IV afirma que não existe hipótese, cada categoria de transtorno mental é uma entidade com absolutos limites, mas isolados. Aos sintomas considerados de ‘baixo grau e sem critérios’ (não listados em um dado transtorno) não é dada importância. Qualificadores são algumas vezes usados, por exemplo: leves, moderadas e severas formas de transtorno. Cada categoria tem um código numérico tirado do sistema da CID, usado por serviços de saúde, por empresas, pelo sistema jurídico, por seguradoras, escolas etc.

O DSM-IV organiza cada diagnóstico psiquiátrico em cinco níveis (eixos) relacionando diferentes aspectos das desordens ou debilidades:

Eixo I: transtornos clínicos, incluindo principalmente transtornos mentais, bem como problemas do desenvolvimento e aprendizado; é comum o Eixo I incluir transtornos como depressão, ansiedade, distúrbio bipolar, TDAH e esquizofrenia.

Eixo II: transtornos de personalidade ou invasivos, bem como retardo mental; é comum o Eixo II incluir transtornos como transtorno de personalidade borderline, transtorno de personalidade esquizoide, transtorno de personalidade antissocial, transtorno de personalidade narcisista e leve retardo mental.

Eixo III: condições médicas agudas ou desordens físicas;

Eixo IV: fatores ambientais ou psicossociais contribuindo para desordens;

Eixo V: Avaliação Global das Funções (*Global Assessment of Functioning*) ou Escala de Avaliação Global para Crianças (*Children's Global Assessment Scale*) para jovens abaixo de 18 anos (numa escala de 0 a 100).

O DSM-IV-TR afirma que, por este manual ser produzido para especialistas na área da saúde, seu uso por pessoas sem treinamento clínico pode levar à aplicação inapropriada de seu conteúdo. O uso apropriado dos critérios diagnósticos é dado mediante extensivo treinamento clínico e seu conteúdo não deve simplesmente ser aplicado como em um livro de culinária. A APA observa que rótulos diagnósticos são primariamente usados como um ‘conveniente atalho’ entre os profissionais. Pessoas leigas podem consultar o DSM apenas para obter informação, não fazer diagnósticos, e que pessoas que por ventura tenham um transtorno mental devem ser vistas por um psiquiatra e tratadas.

Além disso, pessoas que dividem o mesmo diagnóstico não devem ter a mesma etiologia (causa) e não requerem o mesmo tratamento; o DSM não contém informações

a respeito de tratamento ou uma extensa explanação sobre questões psiquiátricas ou psicológicas, e isso não exclui o que podemos considerar como ‘doença’.

O DSM-IV não cita especificamente suas fontes, mas existem quatro volumes de fontes que pretende fazer parte dos documentos de processos de desenvolvimento e suporte de evidências da APA, incluindo revisões literárias, análise de informações e pesquisas de campo. As Fontes devem fornecer importantes informações no que diz respeito ao caráter e qualidade das decisões que levaram à produção do DSM-IV, e assim a credibilidade científica da classificação psiquiátrica contemporânea.

O DSM-V está em andamento e sua publicação planejada para 2013. Há a expectativa de várias parafilias (ou fetiches sexuais) serem excluídas do diagnóstico médico por estarem sendo vistas atualmente por psicólogos e terapeutas como expressão de sexualidade. Também é forte a tendência do travestismo sexual ser excluído nessa nova edição.

Em 1999, uma Conferência de Pesquisa e Planejamento do DSM-V, patrocinado pela APA e pelo NIMH, foi realizada para definir as prioridades de pesquisa. Grupos de Trabalho em Planejamento e Pesquisa produziram ‘papéis em branco’ na pesquisa necessários para informar e modelar o DSM-V, e o trabalho resultante e recomendações foram reportadas em uma monografia da APA e ampla revisão literária.

Havia seis grupos de trabalho, cada um focando em um grande tópico: Nomenclatura, Neurociência e Genética, Questões de Desenvolvimento e Diagnóstico, Transtornos de Personalidade e Relacionamento, Desordens Mentais e Desabilidades e Questões Interculturais. Três ‘papéis em branco’ adicionais foram incluídos em 2004 para tratar de questões sexuais, questões diagnósticas em população geriátrica e transtornos mentais na infância e na juventude. Os ‘papéis em branco’ foram acompanhados por uma série de conferências para produzir recomendações relatando desordens e questões específicas, com assiduidade limitada a 25 pesquisadores convidados.

Em 23 de julho de 2007, a APA anunciou a Força Tarefa que supervisionará o desenvolvimento do DSM-V. A Força Tarefa consiste de 27 membros, incluindo um presidente e um vice-presidente, que coletivamente representa os cientistas pesquisadores vindos da psiquiatria e de outras disciplinas, profissionais de cuidados clínicos e defensores do consumidor e da família. Os cientistas que trabalham na revisão do DSM têm experiência em pesquisa, cuidados clínicos, biologia, genética, estatística, epidemiologia, saúde pública e direito do consumidor. Eles têm interesses variando de medicina intercultural e genética a questões geriátricas, éticas e mercadológicas.

O Quadro de Confiáveis da APA requisitou que todos os nomeados para Força Tarefa relatem qualquer choque de interesses ou potenciais conflitos de relacionamento

com entidades que tenham algum interesse em diagnósticos psiquiátricos e tratamentos como uma pré-condição para nomeação no grupo.

Segundo a divulgação das deliberações e propostas em curso, a constelação de transtornos mentais vai aumentar. Os limites diagnósticos ampliados permitiram incluir precursores de transtornos tais como ‘síndrome do risco de psicose’ e ‘transtorno cognitivo leve’ (possível início do mal de Alzheimer). Dentro dessa mesma lógica, o termo ‘espectro’ também será usado para ampliar categorias. Teremos, assim, o ‘espectro de transtorno obsessivo compulsivo’, ‘transtorno do espectro da esquizofrenia’ e ‘transtorno do espectro do autismo’. E, como a cada edição, surgem categorias novas como ‘transtornos hiper-sexual’, ‘síndrome das pernas inquietas’ e ‘compulsão alimentar’.

Existem persistentes críticas e debates a respeito do DSM, como as que se seguem. Há um contínuo debate científico sobre a validade da construção e a confiabilidade prática das categorias diagnósticas e critérios do DSM, apesar de eles terem sido crescentemente padronizados ao aumento de profissionais em pesquisas controladas. É argumentado que os créditos do DSM que foram empiricamente fundados são, em geral, exagerados.

Apesar da oposição à introdução do DSM, foi por muito tempo argumentado que esse sistema de classificação faz distinções categoricamente injustas entre as desordens e entre o normal e o anormal. Apesar do DSM-IV afastar-se dessa abordagem categórica em algumas limitadas áreas, alguns argumentam que uma dimensão mais completa ou abordagem mais geral melhoraria a reflexão.

Os critérios diagnósticos puramente baseados em sintomas falham em adequar a situação ao contexto em que a pessoa está vivendo, e se há real desordem interna de um indivíduo ou simplesmente uma resposta a uma situação em curso. O uso de ‘aflição’ e ‘desabilidade’ como critério adicional para muitos transtornos não tem resolvido problemas falso-positivos, porque o nível de afecção não é frequentemente correlacionado com sintomas relatados e pode se originar de vários fatores individuais e sociais.

Algumas pessoas querem a exclusão de pedofilia, transtorno de identidade de gênero e fetiches travestis no DSM, como diagnósticos. Elas citam a decisão da APA de remover a homossexualidade do DSM como evidência de que a APA se refere incorretamente a esses estados do ser ou da orientação como doenças mentais.

O contexto político do DSM é um tópico controverso, incluindo seu uso por indústrias farmacêuticas e seguradoras. O potencial conflito de interesses tem surgido porque aproximadamente 50% dos autores que previamente selecionaram e definiram as desordens psiquiátricas do DSM tiveram ou têm relacionamentos com indústrias farmacêuticas. Alguns argumentam que a expansão dos transtornos no DSM foi

influenciada por motivos de lucro e representa um aumento da medicalização dos seres humanos.

O termo psicotrópico nasce em 1950, dois anos antes da primeira DSM, portanto quase simultaneamente, não por casualidade, segundo Fendrik, mas sim devido aos “devastadores efeitos da guerra e a necessidade de construir um mundo possível” (FENDRIK, 2011, p. 34). A medicação, concebida para aliviar estados de dor insuportável, torna-se banal ao ser aplicada preventivamente para o sofrimento e transtorno mental e vai gradualmente ganhando espaço na mesma proporção em que as pesquisas da neurociência avançam.

... Antes das drogas psicoativas, os psiquiatras tinham poucos interesses por neurotransmissores ou outros aspectos físicos do cérebro. Em vez disso, aceitavam a visão freudiana de que a doença mental tinham suas raízes e conflitos inconscientes, geralmente com origem na infância, que afetavam a mente, como se ela fosse separada do cérebro. Com a entrada em cena dessas drogas, na década de 50 – processo que se acelerou na década de 80 –, o foco mudou para o cérebro. Os psiquiatras começaram a se referir a si mesmos como psicofarmacologistas e se interessaram cada vez menos pela história de vida dos seus pacientes. (<http://revistapiaui.estadao.com.br/edicao-59/questoes-medico-farmacologicas/a-epidemia-de-doenca-mental>).

A indústria farmacêutica financia as pesquisas, visando o mercado consumidor aí produzido. Os laboratórios farmacêuticos passam a dar toda a atenção aos psiquiatras, buscando principalmente os de centros médicos universitários de prestígios que, por meio do que publicam e ensinam, influenciam o tratamento das doenças mentais. São eles também os responsáveis por grande parte da pesquisa clínica sobre medicamento, o que determina o conteúdo da DSM. Enfim, são a melhor equipe de vendas que a indústria poderia ter. Dos 170 colaboradores do DSM IV, 95 tinham vínculos financeiros com laboratórios farmacêuticos, incluindo colaboradores das sessões sobre transtornos de humores e esquizofrenias. Allen Frances, presidente da Força Tarefa da versão atual do DSM, escreveu que “a próxima edição do manual será uma mina de ouro para a indústria farmacêutica”. (<http://revistapiaui.estadao.com.br/edicao-59/questoes-medico-farmacologicas/a-epidemia-de-doenca-mental>).

O DSM-V já chega como objeto de grande controvérsia. Ele vem reforçar ao DSM-IV justamente a tendência à medicalização dos comportamentos humanos de nossa época ao ratificá-los como patológicos em seus mínimos detalhes, assegurando e ampliando o mercado da saúde mental, estimulando o consumo arbitrário de medicamentos psicotrópicos, promovendo a expansão de serviços de consultas e diagnósticos, patrocinando, enfim, a medicalização da vida.

Carlat não acredita que a psiquiatria seja tão complicada, seu trabalho consiste em fazer aos pacientes uma série de perguntas sobre seus sintomas para ver se eles combinam com algum dos transtornos catalogados no DSM:

Esse exercício de correspondência propicia a ilusão de que compreendemos os nossos pacientes quando tudo o que estamos fazendo é atribuir – lhes rótulos. Muitas vezes os pacientes preenchem critérios para mais de um diagnóstico, assim é a moderna psicofarmacologia. Guiados apenas por sintomas, tentamos diferentes medicamentos, sem nenhuma concepção verdadeira do que estamos tentando corrigir ou de como as drogas estão funcionando. Espanto – me que sejamos tão eficazes para tantos pacientes. (<http://revistapiaui.estadao.com.br/edicao-59/questoes-medico-farmacologicas/a-epidemia-de-doenca-mental>)

Na modernidade, cada um de nós incorpora o DSM. Somos agentes difusores e consumidores do código numérico, da nomenclatura, das siglas e dos fármacos, e não vítimas do DSM. “Cada um de nós é portador são de um DSM em miniatura, se o grande DSM existe é porque cumpre uma função consensual”. (FENDRIK, 2011, p. 35.)

Consensual, sem dúvida, mas há resistências. Na medida em que o DSM, longe de lançar luz sobre o conhecimento dos sofrimentos mentais, mostra-se mais preocupado em produzir mercado para as intervenções psiquiátricas, cabe à sociedade recusar esse modelo patologizante e medicalizante. Uma das expressões extremas e emblemáticas desse leque de críticas é o Movimento Stop DSM, a favor de uma psicopatologia clínica e não estatística, bem como de uma abordagem subjetivante do sofrimento psíquico. O Movimento enfatiza as crianças e os adolescentes como população alvo da nossa contemporaneidade, determinada por uma espécie de ditadura da psicofarmacologia.

Talvez porque o DSM desconsidere a subjetividade, Fendrik considera o desenvolvimento dos DSMs uma “involução fundamentalista de um discurso psiquiátrico pré-científico que ignora (ou menospreza) os descobrimentos lógicos, matemáticos e psicanalíticos do Séc. XX.” (FENDRIK, 2011, p. 36)

Não devemos subestimar a amplitude do fenômeno de uma generalização crescente do uso dos psicotrópicos, cada vez mais prescritos, para o sujeito na sua busca pela felicidade. “Nada define melhor o rosto de uma época do que os anseios que ela produz com relação às vias de acesso à felicidade, onde residem as bases do imaginário das drogas maravilhosas.” (COSER, 2010, p. 34).

“A crença nas drogas maravilhosas é parte do mecanismo compensatório que ajuda consumidores a lidar com a hiância entre as promessas e expectativas da medicina

científica e as experiências cotidianas de remédios falhos e doenças incuráveis.” (GEELS, 2007, apud COSER, 2010, p. 36).

Concordamos com Fédida quando enuncia: “E se precisasse aqui ser mais audacioso no espírito da pesquisa clínica, ousar-se-ia a hipótese de que a molécula química não adquire a plena capacidade de sua inteligência se não graças à magia psíquica das palavras!” (www.sumarios.org/sites/default/files/.../a_fala_e_o_pharmakon.pdf)

Capítulo II

A psicanálise e o pensamento do sujeito

1. Da filosofia ou do *cogito* à psicanálise

A partir das críticas de Nicolau de Cusa, Giordano Bruno e Galileu Galilei, o século XVII presenciou o progressivo declínio do modo de pensar aristotélico. O modelo mecânico da física de Newton foi aplicado a uma nova concepção do corpo e um novo saber sobre o homem começou a se constituir. Em meio a um mecanicismo que reunia o céu e a terra numa só explicação, emergiu a figura complexa de René Descartes, ao mesmo tempo revolucionário e herdeiro do pensamento grego e medieval. Enquanto a nova física transportava aquela contemporaneidade ‘do mundo fechado ao universo infinito’, Descartes se propunha a investigar os domínios da subjetividade. (ROZA, 1984)

Assim a subjetividade recém constituída vai se tornar referência central e até exclusiva para o conhecimento e a verdade. A verdade habita a consciência: é o que proclamam racionalistas e empiristas. Desde Descartes, a representação é a moradia da verdade. O problema central é saber se chegamos a ela pela via da razão ou pela via da experiência. Racionalistas e empiristas diferem quanto ao caminho a tomar, mas sabem que querem ir ao reino da verdade, da universalidade, da identidade. É Platão o grande inspirador da caminhada.

Podemos dizer com Garcia Roza (1984) que a filosofia moderna constrói uma subjetividade-representação no interior da qual mantém as mesmas exigências e os mesmos objetivos do discurso platônico. O ideal segue sendo o da episteme platônica, isto é, a constituição da ciência, verdadeiro conhecimento, conhecimento da verdade. O mundo das ideias foi dando lugar à existência de uma subjetividade, mas sem abandonar seus propósitos de reduzir a horizontalidade dos acontecimentos à verticalidade do conhecimento.

A subjetividade é uma das questões internas ao modo de pensar do platonismo. Não que o problema da subjetividade tenha sido colocado diretamente por Platão, de fato sua emergência só se deu com Descartes no século XVII, mas foi sim no interior do platonismo que essa questão teve lugar. Podemos pensar que a filosofia esteve às voltas, durante tantos séculos, com o problema da substância na medida em que a subjetividade não havia sido problematizada. É com Descartes que recebe sua primeira formulação. Diante da incerteza quanto à realidade do mundo objetivo, ele afirma a certeza do cogito. A resposta cartesiana não é, como assinalou Hegel, uma resposta completa na medida em que privilegia esclarecer o que é o pensamento. Tem seu acento muito mais do lado do cogito, do que do lado do eu ou do ego. “O penso logo sou” assinala a emergência da subjetividade, mas não a do sujeito. Se a história da filosofia vê no cogito o fundamento reflexivo do pensamento sobre o homem, esse homem está presente aí como gênero ou como espécie. Quando se apressa em elidir esse eu, em seguida a afirmação do eu penso, não é do homem concreto que Descartes nos fala, mas de uma natureza humana, de uma essência universal. Se o cogito é tomado como ponto de partida, não é para afirmar a singularidade do sujeito, mas sim a universalidade da consciência. (ROZA, 1984)

Em contraposição e no interior da filosofia, desenvolve-se o empirismo e sua máxima: ‘todo conhecimento tem sua fonte na experiência.’ No entanto, não se pode falar do empirismo em geral, ignorando as peculiaridades de cada autor, sob o risco de tal termo se tornar mais um fator de ocultamento do que de esclarecimento. Podemos pensar se, ao final da caminhada, a fenomenologia não terá rompido com o ideal platônico, na medida em que ela é a ciência do acontecimento, que seu lugar é o da horizontalidade dos acontecimentos puros e não o céu das ideias? Mas, por outro lado, o que a descrição fenomenológica pretende extrair é uma verdade implícita na consciência. Sua fé na consciência, na verdade e na essência continua inabalável. Assim, sendo revelação da verdade ou expressão do acontecimento, o fato é que a fenomenologia continua reverenciando a consciência, e esta continua sendo o lugar da verdade.

Portanto a identificação da subjetividade com a consciência parece ser um ponto inabalável da filosofia moderna. Nada parece ameaçar a certeza do cogito e o absolutismo da consciência. Quase treze séculos depois de Descartes, ainda é em torno dessa certeza que gira o pensamento filosófico. Da consciência individual à consciência transcendental, a problemática permanece a mesma. Não é sem razão que Husserl denomina sua filosofia neocartesianismo ou cartesianismo do século XX. Nesse mundo, cartesianamente concebido e conduzido, o ideal narcísico de uma consciência idêntica a si mesmo é plenamente atingido.

2. Lugar da psicanálise

E a psicanálise, onde e como situá-la? O próprio Freud apontou a psicanálise como a terceira grande ferida narcísica sofrida pelo saber ocidental ao produzir um descentramento da razão e da consciência. As outras duas feridas foram as produzidas por Copérnico e por Darwin. Sem dúvida, a psicanálise produziu uma derrubada da razão e da consciência do lugar sagrado em que se encontrava.

A psicanálise não deve, portanto, ser colocada como cartesiana, na medida em que ela é prevaricadora, ofende a razão e os bons costumes, e aponta a consciência não como o lugar da verdade, mas sim da mentira, do ocultamento, da distorção e da ilusão. Talvez ela não possa e não deva ser colocada em nenhum lugar preexistente. Nesse caso, ela terá operado uma ruptura com o saber existente e produzido o seu próprio lugar. “Epistemologicamente ela não se encontra em continuidade com saber algum, apesar de arqueologicamente estar ligada a todo um conjunto de saberes sobre o homem, que se formou a partir do século XIX”. (Roza, G. 1984 P. 22)

Ao percorrer novamente o caminho empreendido por Freud, verificamos em seu começo um fato irreduzível a qualquer origem estrangeira: a produção do conceito de inconsciente. Isso resultou numa clivagem da noção de subjetividade, que a partir da obra de Freud, deixa de ser entendida como um todo unitário, identificado com a consciência e sob o domínio da razão, para ser uma realidade dividida em dois grandes sistemas: o inconsciente e o consciente. Permanecerá então dominada por uma luta interna, em relação à qual a razão torna-se um mero efeito de superfície.

Assim a psicanálise representa uma mudança significativa frente à filosofia moderna e se constitui como uma teoria e uma prática que pretende falar do homem e sua singularidade. Antes de seu advento, o lugar privilegiado onde o discurso individual tinha acolhida era o confessionário religioso. Ela vem ocupar, portanto, no final do século XIX, este lugar de escuta. Isso não ocorreu independentemente das condições que possibilitaram o aparecimento das ciências do homem. O fato é que ela se constituiu como uma das práticas eficazes de escuta do discurso individual.

Se, desde Descartes, o sujeito ocupava o lugar do conhecimento e da verdade, é esse sujeito que a psicanálise vai desqualificar ao propor a questão do sujeito da verdade e não mais a questão da verdade do sujeito. Contra a unidade do sujeito defendida pelo racionalismo, ela vai nos apontar um sujeito fendido, ao se perguntar exatamente por esse sujeito do desejo que o racionalismo recusou.

Veremos em seguida que a irreduzibilidade do inconsciente não se deve a uma irracionalidade ou a um lugar de trevas. A concepção freudiana do homem, longe de opor o caos do inconsciente à ordem do consciente, se propõe precisamente a explicitar a lógica do inconsciente e o desejo que a anima.

3. A invenção do inconsciente e os primórdios da técnica

O inconsciente, essa grande invenção freudiana, partiu da observação clínica. Freud pode então constatar processos tais como esquecimentos, lapsos, atos falhos, sonhos, chamados por ele de sintomas psíquicos, e ainda os fenômenos obsessivos e outros cuja origem era desconhecida. E Freud revela que, se sobre “a suposição do inconsciente podemos construir um procedimento a partir do qual se pode influir com êxito sobre o decurso dos processos conscientes para conseguir certos fins, esse êxito nos trará uma prova incontestável da existência do assim suposto inconsciente.” (FREUD, 1976, p. 163) Será que podemos considerar isso como uma prova empírica? A prova empírica é uma exigência da ciência. E foi o cientificismo de sua época que permitiu a Freud realizar suas pesquisas e suas descobertas.

A teoria do trauma psíquico vai ter profunda repercussão sobre os escritos iniciais de Freud e, durante sua vigência, a sexualidade infantil e o Édipo não poderão fazer sua entrada em cena, na medida em que os sintomas neuróticos permanecem dependentes de um acontecimento traumático real que os teria produzido e não das fantasias edipianas da criança.

Apesar da influência de Charcot sobre os estudos e os primeiros textos de Freud, é na experiência de Joseph Breuer e seu método catártico que Freud vai buscar esclarecimento. Esse método consiste em fazer o paciente remontar, sob efeito hipnótico, à pré-história psíquica da doença a fim de localizar o acontecimento traumático originário. Em dezembro de 1892, Freud publica o artigo “Um caso de cura pelo hipnotismo”, no qual a influência de Breuer já é bem maior do que a de Charcot. No ano seguinte, publicam em conjunto “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar”, que foi então transformado no primeiro capítulo dos “Estudos sobre a histeria”. O método catártico ocasionava uma purgação ou uma descarga do afeto que estava originalmente ligado à experiência traumática. Freud acrescenta uma novidade à técnica utilizada por Breuer, passando a empregar a sugestão diretamente como meio terapêutico, embora a abandonasse posteriormente.

Com a publicação de “As neuropsicoses de defesa”, em 1894, a independência de Freud com relação a Breuer e seus contemporâneos já se manifesta de forma acentuada. Freud lança, nessa época, a noção de defesa, que vai desempenhar papel fundamental na elaboração da teoria psicanalítica. Este fato só se evidenciou a partir do abandono da técnica da hipnose, procedimento que, sem que Freud soubesse, representava o obstáculo maior ao esclarecimento do fenômeno da defesa ou como chamará mais tarde, do recalque, um dos pilares da teoria psicanalítica.

Muito mais tarde, Freud dirá:

A teoria do recalque é a pedra angular sobre a qual repousa toda a estrutura da psicanálise. É a parte mais essencial dela e todavia nada

mais é senão a formulação teórica de um fenômeno que pode ser observado quantas vezes se desejar se se empreende a análise de um neurótico sem recorrer à hipnose. Em tais casos encontra-se uma resistência que se opõe ao trabalho de análise e, a fim de frustrá-lo, alega falha de memória. O uso da hipnose ocultava essa resistência; por conseguinte, a história da psicanálise propriamente dita só começa com a nova técnica que dispensa a hipnose. (FREUD, 1969, v. XIV, p. 26).

Ainda sobre os primeiros tempos, vale comentar que o tratamento de Anna O. empreendido por Breuer, particularmente seu desfecho, aliado às experiências com Charcot na Salpêtrière, e a experiência clínica que adquiria rapidamente, levaram Freud à hipótese de que não era qualquer espécie de excitação emocional que se encontrava por detrás dos sintomas neuróticos, mas sobretudo uma excitação de natureza sexual e conflitiva. A importância da sexualidade para a compreensão da neurose e mesmo do indivíduo normal torna-se central na investigação de Freud e ele se refere ao comentário de Chrobak, segundo o qual o remédio a ser receitado para uma histérica deveria ser *Penis normalis*. (FREUD, 1969, v. XIV, p. 24)

Apesar disso, é enganoso pensar que Freud descobriu a sexualidade. Os séculos XVIII e XIX conheceram uma verdadeira explosão discursiva sobre o sexo, que era bastante tematizado pela medicina, pela psiquiatria, pela pedagogia e por outros campos de discurso. Assim, a colocação da sexualidade em discurso não é uma novidade da psicanálise, nem sequer é uma novidade para o homem do século XIX.

Para Michel Foucault,

A grande originalidade de Freud não foi descobrir a sexualidade sob a neurose. A sexualidade estava lá, Charcot já falara dela. Sua originalidade foi tomar isto ao pé da letra e edificar a partir daí a *Traumdeutung*, que é algo diferente da etiologia sexual das neuroses (...) o forte da psicanálise é ter desembocado em algo totalmente diferente que é a lógica do inconsciente. (FOUCAULT, 1979, p. 261 e 266)

4. O aparelho psíquico

No começo de sua produção teórica, em 1891, Freud havia concebido o aparato psíquico, como um aparelho de linguagem. O fato é que esse aparelho de linguagem se transforma no primeiro modelo freudiano de aparelho psíquico, ainda que Freud não se dê conta do alcance das teses contidas nesse texto, que já apontam para as ideias de sobredeterminação, de divisão do sujeito e de inconsciente. Mais tarde, no “Projeto para uma psicologia científica”, será pensado como aparelho neuronal e em seguida

como um aparelho de memória na “Carta 52”. É a partir de “A interpretação dos sonhos” que passa a falar de um modo mais determinado em aparelho psíquico. A construção desse aparelho vai ser uma preocupação permanente em seu desenvolvimento teórico.

Sempre partindo da clínica, Freud não se contentava com generalizações daí decorrentes; havia um permanente esforço de sua parte para fornecer um modelo teórico capaz de conferir inteligibilidade às suas descobertas, que já representavam transformações produzidas por efeito da teoria ainda incipiente. No “Projeto” a noção de defesa já implica uma concepção quantitativa do aparelho psíquico, uma vez que:

[...] nas funções mentais deve ser distinguida alguma coisa, uma quota de afeto ou soma de excitação, que apresenta todas as características de uma quantidade, capaz de crescimento, diminuição, deslocamento e descarga, e que se espalha sobre traços de memória das ideias, tal como uma carga elétrica se expande na superfície de um corpo. (FREUD, 1969, v. III, p 73).

Foi essa carga de afeto ou soma de excitação que Freud denominou *Besetzung*, traduzido por “catexia” ou “investimento”, e é em torno dessa noção que vai se desenvolver grande parte do “Projeto”, que permanecerá como uma coluna dorsal da teorização freudiana. Falaremos disso a seguir.

Freud elabora o aparelho psíquico a partir de um referencial tomado de empréstimo à física, particularmente à termodinâmica, sendo um trabalho teórico de natureza hipotética. Ele sem dúvida se beneficiou das descobertas feitas pela ciência de sua época, mas não lhe prestou obediência estrita. Em 1891, Wilhelm Waldeyer publicou um trabalho resultado de longa série de estudos experimentais, no qual introduz o termo ‘neurônio’ para designar o elemento constituinte do tecido nervoso. O próprio Freud já havia chegado, com independência de Waldeyer, a conclusões semelhantes, o que o torna um dos pioneiros da teoria neuronal. No entanto, os neurônios que para ele constituem a base material do aparelho psíquico, não correspondem às descobertas da histologia do século XIX. O “Projeto” não é, portanto, uma tentativa de explicação do funcionamento do aparelho em bases anatômicas, ao contrário, implica uma renúncia à anatomia, conduzindo desde então à formulação de uma metapsicologia.

A finalidade deste projeto é estruturar uma psicologia que seja uma ciência natural: isto é, representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, dando assim a esses processos um caráter concreto e inequívoco. (FREUD, 1976, p. 339)

Freud concebe o psiquismo como um aparelho capaz de transmitir e de transformar uma energia determinada. O funcionamento desse aparelho é explicado a partir de duas hipóteses: a de que existe uma quantidade Q que distingue a atividade do repouso das partículas materiais, e a identificação dessas partículas com os neurônios. Essas duas hipóteses implicam uma economia regulada por dois princípios básicos: o princípio de inércia neurônica, e o segundo, o princípio da constância; o primeiro implica que os neurônios tendem a se desfazer de Q. Essa função de descarga está ligada à tendência básica do sistema, de evitar a dor ou o desprazer resultante de acúmulo de Q.

Já o princípio da constância visa evitar o livre escoamento da energia. Desde o início há um entrave à descarga. O sistema nervoso recebe estímulos externos, mas também estímulos de natureza endógena, isto é, provenientes do próprio organismo. São os que criam as grandes necessidades como a fome ou a sexualidade. Se os estímulos externos podem ser evitados mediante a fuga do estímulo, os internos não oferecem possibilidade de fuga. É necessária uma ação específica para sua eliminação. Premido por essas forças em oposição, o sistema é obrigado a tolerar um acúmulo de Q para essa finalidade, procurando manter essa quota no nível mais baixo possível, protegendo-se contra qualquer aumento da mesma.

Segundo Coser,

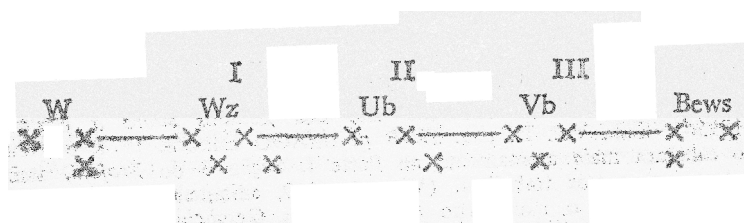
descobriu-se também que as ideias influenciam as quantidades que serão liberadas, o que permitiu retomar pela via da psicofisiologia um axioma clássico da psicanálise, que a psicoterapia é um tratamento que parte da alma e age pela via da linguagem sobre o cérebro, e daí sobre todo o corpo, tese enunciada por Freud em 1891. Esta elucidação fornece a base fisiológica enunciada por Freud para que se possa entender o efeito químico das metáforas. As ideias, as imagens mentais, as fantasias, agem no corpo e sobre o corpo, outra tese freudiana (COSER, 2010, p. 30).

Como dito anteriormente, Freud utiliza o termo *besetzung* para designar a ocupação dos neurônios que podem estar mais ou menos catexizados ou investidos de Q. A maneira como Q circula no sistema de neurônios passando de um para outro e tomando vários caminhos possíveis através das bifurcações neuronais, levam à hipótese da existência de duas classes de neurônios: os permeáveis, que deixam passar Q livremente retornando, depois de cada passagem, ao estado anterior, e os neurônios impermeáveis, que opõem uma resistência ao livre escoamento de Q através das barreiras de contato, indissociáveis da noção de sinapse neuronal. Depois de cada

excitação, ficam diferentes do que eram anteriormente, constituindo assim uma memória.

Freud já colocava a memória como uma das mais importantes funções do aparelho neuronal. Memória entendida como capacidade de um neurônio ser alterado de forma permanente, diferente de outro que permite a passagem da energia, sem se alterar, como os que servem à percepção. Freud chama o sistema de neurônios perceptivos de sistema Φ e o sistema portador de memória de sistema Ψ . Freud situa o sistema Ψ entre a percepção, sistema Φ , e a consciência, sistema Ω . O sistema Ω , diferente dos outros dois, trata da qualidade e não da quantidade da excitação e diz respeito aos aspectos sensíveis da percepção como cor, som, textura, temperatura.

Na carta 52, de 1896, ele dirá novamente que o aparelho psíquico é essencialmente um aparelho de memória.



(FREUD, 1976, p. 275)

Nesta famosa carta, a percepção (W) corresponde à impressão advinda do mundo externo, como uma pura transparência e dará lugar a uma primeira inscrição (Wz), correspondente aos signos de percepção. O que vai se oferecer como conteúdo do aparelho psíquico são signos que serão inscritos e transcritos. Algo cuja proximidade com a escrita é indicada pelo próprio Freud, na escolha dos termos empregados. No segundo registro (Ub), o da transcrição encontramos os traços de memória que fundam o inconsciente. Palavras de Freud: “o que há de essencialmente novo na minha teoria é que a memória não se faz presente de uma só vez, mas se desdobra em vários tempos, que ela é registrada em diferentes espécies de indicações”. (FREUD, 1976, p. 274)

A figura acima prenuncia, sem dúvida, os quadros esquemáticos do aparelho proposto por Freud em “A interpretação dos sonhos”, em 1900. Vale notar que o aparelho freudiano é, desde suas primeiras formulações, composto, formado por sistemas ou instâncias, cujas posições relativas se mantêm constantes, de modo a permitirem um fluxo orientado em determinado sentido. Um aparelho que possui uma direção. Nossa atividade psíquica inicia-se a partir de estímulos internos ou externos e termina numa descarga motora.

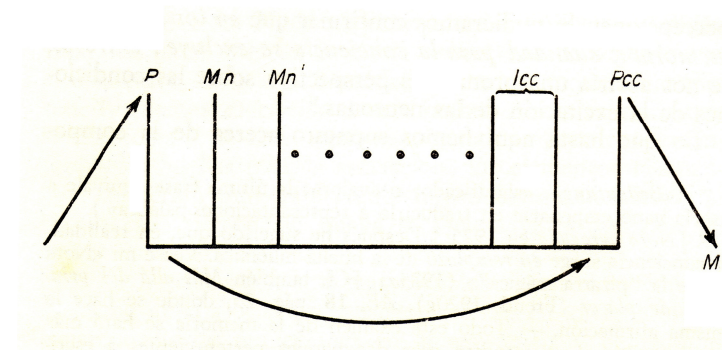
Freud atribui ao aparelho uma extremidade sensória, sistema perceptivo, que recebe os estímulos e percepções, e uma extremidade motora, que abre o portão de acesso à motilidade. As percepções que incidem sobre ele deixam traços de memória junto a extremidade sensória e estes traços são considerados por Freud como modificações permanentes dos elementos do sistema. Aqui se coloca a questão: o mesmo sistema não pode desempenhar simultaneamente as funções de percepção e de memória, impõe-se, portanto, marcar a distinção entre a recepção dos estímulos e o armazenamento dos traços.

Assim o sistema perceptivo, situado na frente do aparelho, recebe os estímulos enquanto as funções de armazenamento e associação ficam reservadas aos sistemas mnêmicos que transformam as excitações recebidas em traços permanentes.

É certo que retemos algo além do conteúdo dos estímulos que se chocam com o sistema perceptivo. Nossas percepções acham-se mutuamente ligadas em nossa memória, primeiro e acima de tudo de acordo com a simultaneidade da ocorrência. Falamos deste fato como sendo associação. (FREUD, 1976, p. 532)

A base da associação reside portanto no sistema mnêmico. A memória enquanto função se separa aqui da consciência. Seu registro não é um nem homogêneo. São vários sistemas mnêmicos, cada um objeto de constante fixação. É então como um contexto associativo à margem da consciência que se organizam os traços mnêmicos, e o sistema perceptivo supre nossa consciência com toda a multiplicidade de qualidades sensoriais.

As lembranças, mesmo as mais profundas, são em si mesmas inconscientes, não havendo dúvida de que continuam mesmo nestas condições a produzir seus efeitos. A memória é como uma bateria de representações que se combinam e que são radicalmente inconscientes.



(FREUD, 1976, p. 534)

O sistema situado na extremidade motora do aparelho será chamado pré-consciente. E os processos excitatórios que aí ocorrem podem ou não chegar à consciência. Além disso, é o sistema que detém a chave do movimento voluntário. Subjacente a ele temos o sistema inconsciente.

Esse foi o momento em que o termo 'Inconsciente' deixou de ser empregado como adjetivo, designando a propriedade daquilo que estava fora do campo atual da consciência, para ser empregado como substantivo designando um sistema do aparelho psíquico. A substituição da noção descritiva de inconsciente pelo conceito de inconsciente sistemático é um dos momentos fundamentais da construção teórica de Freud. (GARCIA ROZA, 1984, p. 80)

Assim pela posição que ocupa no interior do aparelho, o sistema inconsciente só pode ter acesso à consciência através do sistema pré-consciente/consciente, sendo que nessa passagem seus conteúdos se submetem às exigências deste último. Qualquer que seja o conteúdo do inconsciente, ele só poderá ser conhecido se transcrito e, portanto, modificado e distorcido pela sintaxe do sistema pré-consciente/consciente. Freud deixa claro, na interpretação dos sonhos, que a fronteira da resistência ou da censura situa-se entre o inconsciente e o pré-consciente.

Já dissemos que a representação esquemática do aparelho psíquico apresentada por Freud não pretende ser a transcrição de nenhuma estrutura anatômica existente, mas sim uma construção topológica que visa oferecer uma descrição do funcionamento do aparelho.

5. A interpretação dos sonhos e os pensamentos oníricos

É no inconsciente que Freud localiza o impulso à formação dos sonhos. O desejo inconsciente liga-se a pensamentos oníricos pertencentes ao pré-consciente/consciente e procura uma forma de acesso à consciência graças à diminuição da censura durante o sono. Se na situação de vigília o processo de excitação percorre normalmente o sentido progressivo, nos sonhos e nas alucinações a excitação percorre o caminho inverso, na direção do sistema perceptivo produzindo um reinvestimento de imagens mnêmicas. A esse caminho Freud dá o nome de regressão.

Em “A interpretação dos sonhos” nos deparamos com duas hipóteses centrais, a de que os sonhos possuem um sentido e de que são realização de desejos. Porém, de

onde se originam os desejos que se realizam nos sonhos? Como ponto de partida podemos dizer que um desejo é uma ideia, ou um pensamento. O que Freud nos ensina, é que estes pensamentos, por exigência da censura são deformados pela elaboração onírica, que, além da condensação e do deslocamento, lança mão da figuração, o que torna os pensamentos oníricos irreconhecíveis para a consciência. “O material disponível à elaboração onírica consiste em pensamentos – alguns deles podem ser censuráveis ou inaceitáveis, porém são corretamente construídos e expressos”. (FREUD, 1969, v. XV – XVI, p. 206).

A matéria-prima dos sonhos, portanto, são pensamentos que, para atingir a consciência, sofrem uma distorção. O relato do sonho é seu conteúdo manifesto, e advém da transformação operada no material ideativo que constitui seu conteúdo latente.

Se o aparelho do “Projeto” é considerado neuronal, o aparelho do capítulo 7 de “A interpretação dos sonhos” é declaradamente psíquico, não faz referência a neurônios ou a quaisquer outras entidades materiais, seus referentes são ideias, representações, pensamentos, desejos, sonhos, enfim, linguagem. Longe de pensar que esse aparelho possa prescindir de um suporte material, ou que o aparato neuronal possa ser desprezado, o que se verifica é a passagem de um modelo mecânico, ou melhor, termodinâmico, para um modelo lógico. Se na “Carta 52” o traço começa a tornar-se escritura, em “A interpretação dos sonhos” o texto psíquico revela sua textura.

6. Consciente *versus* inconsciente

A lógica freudiana implica, como afirma o autor no capítulo V do artigo “O inconsciente”, uma distinção radical entre os sistemas inconsciente e pré-consciente/consciente, cada um com sua estrutura e características próprias e presididos por diferentes funcionamentos. O núcleo do inconsciente “consiste aqui em representantes pulsionais que procuram descarregar sua catexia, isto é, consiste em impulsos carregados de desejo”. (FREUD, 1969, v. XIV, p. 213)

Além disso, duas representações contraditórias podem coexistir lado a lado, sem que isso implique a eliminação de uma delas. Se dois desejos são incompatíveis do ponto de vista da consciência, no inconsciente eles não se eliminam, mas se combinam para atingir seu objetivo. O princípio da não contradição não funciona no sistema inconsciente. O que pode ocorrer é um maior ou menor investimento de uma representação, mas não a exclusão de uma delas por ser incompatível com a outra. No inconsciente não há lugar para a negação: esta só vai aparecer pelo trabalho da censura na fronteira entre os sistemas inconsciente e pré-consciente/consciente.

Freud assinala ainda como característica do sistema inconsciente a ausência de temporalidade. O inconsciente é atemporal, portanto, seu conteúdo não sofre a ação

desgastante do tempo. Uma das características fundamentais do inconsciente é sua indestrutibilidade, perdurando a possibilidade de reativar o sistema de traços que o constitui.

Paralelamente à divisão subjetiva entre a consciência e o inconsciente, ocorre ruptura entre o enunciado e a enunciação evidenciando uma duplicidade na mesma pessoa. Essa divisão produz ruptura entre o dizer e o ser, entre o 'eu falo' e o 'eu sou'. Daí a conhecida inversão lacaniana da máxima de Descartes: "penso onde não sou, portanto sou onde não me penso." Assim o cogito não é mais o lugar da verdade do sujeito, mas sim o lugar de seu desconhecimento.

Cada sistema possui um modo próprio de funcionamento que Freud denominou, respectivamente, processo primário e processo secundário. Do ponto de vista econômico, os processos primários e secundários são correlativos dos dois modos de escoamento da energia psíquica: a energia livre ou móvel e a energia ligada. No primeiro, a energia psíquica tende a escoar livremente, passando de uma representação para outra e procurando a descarga da maneira mais rápida e direta possível, enquanto, no segundo, essa descarga é retardada, possibilitando um escoamento controlado. Isso faz com que no processo secundário as representações sejam investidas de forma mais estável, enquanto no processo primário há um deslizar contínuo do investimento de uma representação para outra, o que lhe confere o caráter aparentemente absurdo que se manifesta, por exemplo, nos sonhos.

Os processos primário e secundário são, ainda, respectivamente correlativos do princípio de prazer e do princípio de realidade, isto é, enquanto os processos inconscientes, regulados pelo princípio do prazer, procuram a satisfação pelo caminho mais curto e direto, os processos conscientes, regulados pelo princípio de realidade, são obrigados a desvios e adiamentos na procura de satisfação. Temos assim duas correlações importantes: uma diz respeito ao sistema inconsciente, processo primário, energia livre e princípio de prazer; e a outra, se refere ao pré-consciente/consciente, processo secundário, energia ligada e princípio de realidade.

7. O inconsciente estruturado como linguagem

O processo primário é também caracterizado por dois mecanismos básicos de funcionamento do inconsciente: deslocamento e condensação. É a partir dessa elaboração de Freud, condensação e deslocamento, que Roman Jakobson e Jacques Lacan foram encontrar as duas figuras da linguística: a metáfora e a metonímia.

Ao estudar o problema da afasia, o linguista Jakobson assinalou que todo distúrbio afásico se distribui em torno de dois tipos polares: o metafórico e o metonímico, isto é, ou são distúrbios da similaridade, incompatíveis com a metáfora, ou são distúrbios da contiguidade, incompatíveis com a metonímia (JAKOBSON, 1969, p.

55). E foi o próprio Jakobson quem relacionou os polos metafórico e metonímico descritos pela linguística com a condensação e o deslocamento.

Já sabemos, no entanto, que a condensação o deslocamento não são apenas mecanismos da elaboração onírica, mas sim os “marcos distintivos do assim denominado processo psíquico primário” (FREUD, 1969, v. XII, p. 213). É o próprio inconsciente que é estruturado segundo estes mecanismos, os quais Lacan, seguindo Jakobson, vai interpretar como análogos às figuras linguísticas da metáfora e da metonímia, para afirmar em seguida que “o inconsciente é estruturado como uma linguagem”. O caráter simbólico do inconsciente é o único capaz de responder às exigências de uma psicanálise.

E o que significa falar do caráter simbólico do inconsciente? Em artigo de 1967, Lévi-Strauss, ao referir-se ao emprego do conceito de inconsciente em antropologia, afirma que ele se reduz a um termo pelo qual nós designamos uma função: a função simbólica, especificamente humana, mas que em todos os homens se exerce segundo as mesmas leis estruturais. Afirma que é o pensamento simbólico que constitui o fato cultural ou social. Só há social porque há o simbólico. (ROZA, 1984, p. 175)

Em “Tristes trópicos”, Lévi-Strauss atesta a influência da psicanálise em sua obra:

O período de 1920-1930 foi o da difusão das teorias psicanalíticas na França. Por meio delas, aprendi que as antinomias estáticas em torno das quais aconselhavam a construir nossas dissertações filosóficas e mais tarde nossas lições – racional e irracional, intelectual e afetivo, lógico e pré-lógico – não eram mais que um jogo gratuito. Antes de mais nada, além do racional, existia uma categoria mais importante e mais válida, a do significante, que é a mais alta maneira de ser do racional, mas da qual os nossos professores (mais ocupados, sem dúvida, em meditar o *Ensaio sobre os dados imediatos da consciência* do que o *Curso de linguística geral* de Saussure) não pronunciavam nem mesmo o nome. Além disso, a obra de Freud me revelava que essas oposições não o eram de fato, visto serem precisamente as condutas em aparência mais afetivas, as operações menos racionais, as manifestações declaradas pré-lógicas, as que são, ao mesmo tempo, as mais significativas (LÉVI-STRAUSS, 1957, p.53).

Ernest Cassirer, em 1945, já havia proposto que em lugar de definirmos o homem como um animal racional o definíssemos como um animal simbólico. Para ele, a função simbólica é aquela através da qual o indivíduo constitui seus modos de objetivação, sua percepção, seu discurso. O simbólico é o mediador da realidade e ao mesmo tempo constitui o indivíduo como humano. Portanto, a originalidade de Lacan

não está em afirmar o condicionamento simbólico do homem, mas sim como, a partir das contribuições da linguística e da antropologia estruturais, ele vai ‘reler’ Freud e assinalar o simbólico como condição necessária para a constituição do inconsciente e sua formação pela linguagem.

Em “A instância da letra no inconsciente”, Lacan coloca que a fundação de uma ciência é assinalada por um algoritmo, que no caso da linguística é S/s, onde S é o significado e s é o significante, ambos separados pela barra. Esse signo constituía, para Saussure, uma unidade marcada pelo caráter indissociável de suas partes componentes, ou seja, a cada significante corresponde um significado. Para Lacan, a barra indica duas ordens distintas, a do significante sobre o significado, interpondo-se entre ambas uma barreira resistente à significação. (LACAN, 1978, p. 228). Fica dessa maneira quebrada a unidade do signo defendida por Saussure.

Podemos pensar que coube a Freud, no início do século XX, a invenção do inconsciente, enquanto a formalização do sujeito do inconsciente atribuímos a Lacan. Para Vidal,

O inconsciente freudiano só é possível pela existência do sujeito da ciência que remonta ao ato de descartes nomeado *cogito*. O inconsciente repousa sobre um traço de escritura que reveste a marca recebida do campo da linguagem. À diferença da opinião reinante no meio psicanalítico pós-freudiano que faz do inconsciente um lugar para o irracionalismo do instinto, este conceito fundamental da psicanálise, subverte a razão clássica onde se inscreve. [...] O inconsciente – e Freud situa nesse lugar os pensamentos – implica um “não sou”, pois ali o sujeito não se encontra. Descartes identifica num mesmo lugar pensar e ser no ápice do *cogito*. O inconsciente, nesse enunciado, revela uma hiância em que a identidade entre esses dois termos não se pode afirmar. Ou pensar ou ser são os termos de uma alternativa que, afetada pelo signo da negação, resulta na seguinte proposição: onde penso, não sou, pois sou onde não penso [...] Freud instalou a barreira que separa o inconsciente do consciente, mas postulou a existência de pensamentos inconscientes articulados num saber. (VIDAL, 1997, p. 137/138)

Em “A instância da letra ou a razão desde Freud”, Lacan escreve: “Nosso título faz entender que, além da palavra, é toda a estrutura da linguagem que a experiência analítica descobre no inconsciente.” (LACAN, 1978, p. 493).

No mesmo artigo, Lacan faz um paralelo entre, de um lado, a cadeia significante que constitui o inconsciente e, de outro, os mecanismos oníricos de condensação e deslocamento. Ele assimila os mecanismos freudianos às figuras de linguagem, metáfora e metonímia. Na condensação temos uma sobreposição dos

significantes dando origem à metáfora; no deslocamento, uma substituição com base na contiguidade, dando origem à metonímia.

Essas duas figuras de linguagem, metáfora e metonímia, segundo Lacan, estão presentes na estrutura de tudo que pensamos e falamos, justamente pelo fato de que significante e significado são dissociados. São elas, essas mesmas figuras, as responsáveis por uma das mais importantes características da linguagem: seu duplo ou múltiplo sentido, sua equívocidade. Ao desamarrar e inverter os termos do signo saussuriano, Lacan impulsiona a aventura da práxis psicanalítica.

Não se trata de saber se falo de mim de conformidade com aquilo que sou, mas se, quando falo de mim, sou idêntico aquele de quem falo. E não há aqui nenhum inconveniente em fazer intervir o termo 'pensamento', pois Freud designa por esse termo os elementos que estão em jogo no inconsciente, isto é, os mecanismos significantes que acabo de reconhecer nele. (LACAN, 1978, p. 520/521).

8. Metáfora paterna e forclusão do Nome-do-Pai

Para que a cadeia significante funcione como acima descrito, Lacan lê na obra do fundador da psicanálise a necessidade de um ordenador lógico, um operador, que o próprio Freud denomina como falo. Significante da falta, conjunto vazio, é através do falo que se articula a significação da cadeia. Entretanto, é preciso que se instaure o significante falo para cada sujeito que faz sua entrada na linguagem, já que isto não é 'natural' para o ser falante. A instauração do falo como ordenador lógico se dá pela metáfora paterna, o Nome-do-Pai, que faz valer a lei do significante, da metáfora e da metonímia, para que a significação possa deslizar.

Com a metáfora paterna, Lacan aborda a forclusão do Nome-do-Pai e o Édipo, fazendo a distinção estrutural entre psicose e neurose, respectivamente, reordenando assim os fenômenos derivados da forclusão e da elisão do falo. Mais tarde, no texto "O aturdido", ele dirá: "Foi na questão preliminar de meus Escritos que introduzi o Nome-do-Pai, e é lá, nos campos pelos quais ele permite ordenar a própria psicose, que podemos medir sua potência." (LACAN, 2003, p. 457) Portanto, a teoria lacaniana da psicose, especialmente o Nome-do-Pai, colocou a prática psicanalítica com psicóticos em função.

Lacan soube ler em "Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia", esse grande texto, a palavra freudiana que participa da origem da noção de forclusão, a *Verwerfung*, a rejeição. Com esse conceito, Lacan responde à pergunta que Freud fazia em "Neurose e psicose", texto de 1924: qual é o equivalente do recalque neurótico na psicose? Esse se revelará um avanço teórico, que impulsiona Lacan na construção de toda a teoria do significante e da linguagem. Ele demonstra que

a relação entre sujeito e significante aparece desde o início nos fenômenos elementares, delírio e alucinação, e enfatiza que o sintoma na psicose está articulado na própria estrutura da fala e da linguagem. É preciso ler.

Desde 1953, em sua proposta de retorno a Freud, Lacan estabelece o axioma do inconsciente estruturado como linguagem e suas leis, metáfora e metonímia, como vimos acima. E também a fala que implica o sujeito dirigir-se a Outro, cujo reconhecimento sinaliza um engajamento no discurso. Lacan inclui a psicose no que ele chamou de “Função e campo da fala e da linguagem”, ou seja, que o sintoma da psicose está articulado na própria estrutura da linguagem enquanto fala. Já não se pode considerar a psicose como uma inadequação do sujeito à realidade, mas sim como um tipo de relação com a linguagem, de como o sujeito articula uma linguagem e se articula nela. De como cada sujeito se vira com ela.

Foi em torno de 1910 que Freud se dedicou ao estudo das memórias do presidente Schreber. Ele diz na introdução:

a indagação psicanalítica da paranoia seria de todo impossível se os pacientes não possuíssem a peculiaridade de transluzir, mesmo de forma desfigurada, justamente aquilo que os neuróticos escondem como secreto. E não me parece improcedente tecer interpretações analíticas a partir da história clínica de um paranoico, a quem não vi pessoalmente, mas que descreveu ele mesmo seu caso, dando dele notícia pública. (FREUD, 1969, vol. XII, p. 11)

Na década de 20, após escrever textos como “Além do princípio do prazer” e “O eu e o isso”, Freud está pensando a neurose e a psicose à luz da recém-formulada segunda tópica. Enquanto a neurose não desmente a realidade e se limita a não querer saber nada dela, a psicose a desmente e procura substituí-la. Ou seja, não importa somente o problema da perda da realidade, mas também a de seu substituto. Assim está colocada a questão em 1924.

Nesse contexto, Freud indicava para as psicoses uma etiologia e uma produção de sintomas semelhantes às neuroses. Esse pensamento se revelará mais tarde de difícil sustentação. Se na primeira parte de sua obra escreve sobre o funcionamento quantitativo, como intensificação do recalque e abuso da projeção, em 1938 se refere a uma falha constitutiva.

No texto “Esboço de psicanálise”, de 1938, Freud compara o eu do paciente, debilitado por conflitos, a uma guerra civil a ser resolvida mediante o auxílio de um aliado de fora, ou seja, o analista. Celebra-se assim um pacto ou um contrato entre o analista e o eu do paciente. No entanto, não se pode esperar isso do eu do psicótico,

incapaz de cumprir um pacto desse tipo. Logo lançará a nossa pessoa e o auxílio que lhe oferecemos aos setores do mundo externo, que já não significam nada para ele.

Assim, Freud entendeu que se impunha a renúncia a ensaiar seu plano curativo no caso do psicótico. “Esta renúncia pode ser definitiva ou somente temporária, até que encontremos outro plano mais idôneo para ele.” (FREUD, 1986, p. 174) Coloca-se, assim, um impasse no tratamento psicanalítico das psicoses. É Lacan que, em sua tese de doutorado, *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade*, o caso Aimeé, ao aplicar os pressupostos freudianos, verifica que, como para qualquer sujeito, Aimeé também possuía uma novela particular e sua passagem ao ato a isso se vinculava.

Se, em 1932, no caso Aimeé, a psicose estava ligada a uma fixação nas identificações ideais, em 1946, no texto “Formulações sobre a causalidade psíquica”, Lacan retoma o caso sob a ótica dos efeitos psíquicos das identificações imaginárias. É somente em 1957, no texto “Uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”, que se estabelecerá a teorização de Lacan a respeito da forclusão do significante do Nome-do-Pai.

Dar crédito ao psicótico é como abrir uma porta, sem saber para onde ela dá passagem. Lacan, em entrevista concedida a Emilio Granzotto na revista italiana *Panorama*, em 1974, responde sobre quais seriam as características do “pensamento puro”:

Ele está submetido como todo o resto às leis da linguagem. Somente as palavras podem engendrar-lo e dar-lhe consistência. Sem a linguagem a humanidade não daria um passo adiante nas pesquisas / buscas do pensamento. É o caso da psicanálise. Qualquer que seja a função que possamos lhe atribuir, agente de cura, formação ou de sondagem, há apenas um meio do qual nos servimos: a palavra do paciente. E toda palavra merece resposta. (Lacan, 1974)

Pensar sobre a psicose, entender seu funcionamento, implica o conceito de aparelho psíquico construído por Freud e retomado por Lacan. Podemos pensar que o avanço da psicanálise passa pela psicose, pela forclusão do significante do Nome-do-Pai. Na medida em que não reconhecem a ordem nem a linguagem estabelecida, os psicóticos não podem sustentar seu próprio estatuto. E isso faz com que sejam loucos, pois justamente não reconhecem nenhuma lei. O ‘louco’ é livre e é, contudo, alienado. Se conseguisse impor seu idioma, teria razão. É o que fazem os escritores e os poetas, fazem a língua se mexer. Mas não se pode fazer por eles, os psicóticos, o que eles não podem fazer.

CAPÍTULO III

A escuta do pensamento do sujeito: remédio não trata pensamento

Neste capítulo pretendo abordar algumas questões da clínica bem como alguns casos que me chamaram a atenção e que, de certa forma, originaram e ilustram essa dissertação.

No primeiro caso, trata-se de uma paciente em análise há pouco menos de dez anos. Foi encaminhada pelo analista daquele que, na época, era candidato a namorado. Já em análise, esse namoro acontece e perdura por cerca de 5 anos. Foram tempos de trabalho analítico árduo e intenso para esta paciente. Ela experimenta enorme dificuldade de lidar com o outro. Sente o outro como enganador.

Está aprisionada num fantasma sádico: o outro não olha para ela. As aparências insistiam em demonstrar uma família onde aparentemente tudo funcionava bem. Este sujeito neurótico está às voltas com sua novela familiar, aderido à fixidez do gozo, à mercê da angústia e tomado, em algum ponto do campo do Outro, por uma forte e paradoxal inibição.

Um sujeito caprichosamente instalado no fantasma, que se lança na aventura psicanalítica e inicia um longo e doloroso percurso. O analista funcionando como causa de desejo, sustenta o semblante de objeto e vai furando, esburacando a trama fechada de ideias e pensamentos que dão sustentação ao gozo e ao sintoma. Toca o insuportável, ponto de impossibilidade para o sujeito que tem uma conta corrente permanente com o outro. Cada centavo, cada olhar, cada ação que vem do campo do Outro entra imediatamente nessa conta e o manejo torna-se bem difícil.

Durante esse tempo, o significante ‘remédio’ aparece relacionado a uma irmã esquizofrênica que faz uso de medicação psiquiátrica. A paciente sempre se preocupou com seu diagnóstico e também com o da irmã. Em dado momento, decide fazer uma pós-graduação e ao se deparar com a folha em branco da dissertação é tomada por uma crise de angústia avassaladora. Decide procurar um psiquiatra e começa a tomar antidepressivos e ansiolíticos em doses generosas, pois está muito mal, muito angustiada. Adere à medicação, pois quer qualquer coisa pra melhorar.

Advém a melhora, mas novos momentos críticos surgem. E quando piora, recorre ao psiquiatra, que mexe na prescrição mudando algum remédio ou mexendo nas dosagens. A análise segue e o significante remédio agora toma outros sentidos. Ela me interroga e se interroga; acha que “não é por aí”... Não quer ficar “se entupindo de remédio”.

Quando a angústia aumenta, recorre ao psiquiatra que nomeia sua doença de depressão e faz ajustes na medicação. O psiquiatra utiliza antidepressivos e ansiolíticos.

Mexe nas dosagens, acrescenta outro antidepressivo. Às vezes, o resultado só é alcançado com a associação de dois. E ele não hesita em fazê-lo. Sonolência diurna, boca seca, ganho de peso passam a ser apenas efeitos colaterais...

Em um novo momento de recrudescimento da angústia, ele introduz finalmente um neuroléptico, ou seja, um antipsicótico, que em doses divididas é usado como estabilizador de humor. Finalmente, estamos com quase todo o arsenal medicamentoso disponível em uso. Recrudesce a angústia, mais um antidepressivo, altera demais o ânimo, estabilizador; e por aí vai.

No entanto, ocorre um fato que a paciente reconhece: os pensamentos continuam ali inabaláveis. As representações envolvidas na corrente de pensamento geradora da angústia permanecem ali incólumes e inalteradas pelo uso dos medicamentos em geral, sejam ansiolíticos, antidepressivos ou antipsicóticos.

Neste caso, vemos o trabalho psíquico da paciente se contrapondo à hipótese de resolver algo pelo remédio. Até que identifica um ponto em que diz: “o remédio não vai adiantar nada pra isso não é?” E aí, estamos de volta ao campo das representações, ao campo da livre associação de ideias, ao campo do pensamento.

Comento brevemente em seguida o caso clínico de um paciente que atendo há cerca de 20 anos, sempre tomado, na crise, por ideação paranoide persecutória atribuída inicialmente a seu estatuto de bancário e militante de esquerda, e depois, já aposentado por invalidez, sempre na mira de uma perseguição política fictícia, prestes a ser morto por forças anacrônicas da ditadura já extinta e depois por agentes persecutórios diversos como os traficantes e a milícia, trazendo situações de alto risco principalmente pelo pânico gerado, que levam ao empreendimento de atitudes preventivas singulares, e acarretaram, finalmente, inúmeras internações.

Apesar do trabalho psiquiátrico e a proposta de escuta analítica sempre presentes, considero este um caso em que se apresenta toda a malignidade da psicose paranoica, cuja alteração *princeps* é justamente o delírio. Podemos afirmar que, em relação aos pensamentos, o paciente pouco se beneficiou dos antipsicóticos que, mesmo em doses generosas, em nada modificaram o curso francamente delirante de sua psicose.

A ideação delirante mostrou-se imune aos medicamentos e o delírio seguiu seu curso, inabalável. Mesmo com a pequena relativização ocorrida a partir de uma escuta analítica, que perdurou intermitentemente por todos esses anos, o paciente segue sua vida inteiramente limitada, constrangida definitivamente pela ideação paranoide que a constitui. Vale mencionar nesse caso, que o paciente nunca apresentou atividade alucinatória, sendo seu sintoma principal o delírio, alteração do conteúdo do pensamento, chegando a transtornar a cognição do sujeito que por vezes demonstra uma demenciação, associada aos momentos críticos de seu quadro clínico.

O terceiro caso, que apresentarei em seguida, nos coloca diante da clínica psicanalítica das psicoses, procurando estabelecer o percurso de análise de um sujeito que busca, desde a alucinação verbal que o invade, tecer os fios que entrelaçarão a construção delirante, permeado quase sempre pela escrita, cuja função, de importância indiscutível neste caso, parece ser a de alinhar ou ainda de costurar este processo. Destacarei algumas passagens que configuram três tempos diferentes desta análise.

Trata-se de uma paciente que frequenta meu consultório semanalmente há cerca de vinte anos e que chamarei de Maria. Quando chega, seu discurso é bastante desorganizado e apresenta sintomas de esquizofrenia grave com fenômenos alucinatorios constantes, principalmente alucinações verbais e corporais, que dão origem a crises fóbicas e graves episódios de pânico acompanhados geralmente de uma considerável agitação psicomotora. Este quadro vinha dificultando de maneira crescente o seu desempenho no cotidiano, ficando impedida de realizar tarefas simples em casa, andar na rua ou tomar um ônibus. Uma passagem marcante neste momento inicial da análise é a de ser preciso interromper a sessão pois Maria parecia afogar-se em sua própria saliva tomada de grande exaltação. Vale lembrar que enquanto a atividade alucinatoria se apresenta de modo intermitente, não percebemos nessa época presença de atividade delirante.

Um pouco depois ela inicia um acompanhamento no Centro de Atenção Diária – Hospital-dia. Sua pertinência a este serviço foi de muita importância nos primeiros anos de tratamento, descortinando para Maria um cenário onde era chamada a colocar em cena algo de sua subjetividade, se posicionar perante os técnicos e também diante dos outros pacientes. O que se passava com ela no Hospital-dia era assunto certo em nossos encontros, revelando-se assim um rico material para a análise.

O tema principal deste primeiro tempo de análise é a problemática advinda de experiências ligadas à sexualidade com animais, prática na qual Maria é introduzida ainda na infância, deixando-a aprisionada e fixada no gozo daí advindo. Ela fala sobre isto nas sessões, se questiona, tenta historicizar os temas ligados à sua sexualidade. Um dia ela menciona esta problemática no debate sobre sexualidade que ocorre no Hospital-dia. A posição do analista durante este primeiro tempo é de acolhimento e escuta. Mas neste momento coloca uma demanda: que o paciente reservasse tais comentários para a análise; que estas eram questões muito íntimas e delicadas e que a sessão era o lugar adequado para tratar delas. Esta intervenção parece demarcar mudanças. Maria faz alguns progressos. Está mais calma, o pânico e a fobia diminuem. Ela se desempenha melhor no dia-a-dia.

Em seguida Maria começa a escrever. A atividade de escrita torna-se fundamental no desenvolvimento do caso e participa de maneira surpreendente na organização de suas ideias. Cito um trecho desta época:

De algum tempo pra cá tenho melhorado emocionalmente através de minha articulação oral. Fico assustada com a lei da gravidade. As regras me fazem tremer nas bases. Estas referências não são simples. Sinto que consigo entender o que fui, quem sou (semelhante aos demais filhos do senhor) e até respeitar as dificuldades alheias. Sinto que estou progredindo e conseguindo controlar meus sentimentos e superar a fobia. Tenho me esforçado muito e sinto que sou do bem e filha de Deus também.

Cito Lacan no escrito sobre a *Causalidade Psíquica*:

... a identificação é um fenômeno irreduzível e a imago é a forma definível, no complexo espaço-temporal imaginário, que tem por função realizar a identificação resolutive de uma fase psíquica, ou em outras palavras, uma metamorfose das relações do indivíduo com seu semelhante. (LACAN, 1998, p. 189)

A partir daqui parece possível para Maria desenvolver-se no trabalho do significante. Ela procura ancorar alguma referência para seu ser. Ser, referência e lei. Estamos no terreno da identificação. Poderíamos pensar em algo da ordem de uma suplência imaginária. Opera-se uma humanização de Maria que parece aceder ao tesouro do significante. Ela começa a entender, a pesquisar, a ler. Melhora o seu desempenho social. Neste momento ela menciona: “Eu consegui me livrar daquela loucura, eu não sabia como era o normal. Fui uma criança com muitos problemas. Minha mãe não via!”

Sabemos que Freud questionou desde o início e ao longo de sua obra, a possibilidade da transferência na psicose, já que ela depende do retorno de investimento libidinal ao mundo externo conforme o texto “Introdução ao narcisismo”, de 1914 . Ao opor as neuroses narcísicas às neuroses de transferência, delimita dois caminhos para a libido permitindo diferenciar neurose e psicose, sendo que na psicose ou neuroses narcísicas, haveria uma retirada da libido do mundo externo com investimento no próprio eu, tomado como objeto. Lacan, seguindo a trilha aberta por Freud, releva de sua escrita o termo *Verwerfung*, formulando o conceito de foraclusão do Nome-do Pai, lançando as questões preliminares para o possível tratamento psicanalítico das psicoses. Isto nos coloca a imensa tarefa de redimensionar conceitos como sujeito, objeto, transferência e longe de nos fazer recuar, nos impulsiona a trabalhar neste enigmático campo das psicoses.

O analista valida o dispositivo analítico, também no tratamento da psicose, como privilegiado para escutar a palavra do paciente, produzindo uma distância entre o sujeito e o objeto. Esta separação parece auxiliar o sujeito, na psicose, a singularizar-se

e encontrar uma forma de lidar com seu sintoma. Esta passagem é decisiva para o caso. É uma pequena liberdade conquistada pelo acesso à cadeia significativa. Repete em muitas sessões com grande júbilo: “Eu entrei no mundo dos adultos.”

Surtem mudanças. Maria modifica suas atividades . Interrompe sua frequência no Hospital-dia permanecendo em casa onde cumpre algumas tarefas domésticas. Incrementa-se a atividade de escrever havendo uma enorme produção de textos, quase sempre endereçados ao analista. Marca-se assim um segundo tempo nesta análise. A leitura de tais textos passa a ocupar parte das sessões. Maria solicita que eu escute. Além do endereçamento a um Outro e da busca de autentificação, a escrita desempenha função de fixação de gozo. Na direção da cura, ao se estabelecer em paralelo com o delírio, ou demais fenômenos psicóticos, a escrita comparece para temperá-los. Ela necessita ler seus escritos. Parte desta produção textual se compõe de frases e palavras que se alternam numa metonímia sem fim, sem ponto de basta e da qual temos dificuldade de extrair qualquer sentido. Mas em alguns momentos podemos atribuir a esta escrita valor de enodamento, como por exemplo:

Esses anos todos desde a infância tenho um homem abstrato na minha cabeça. Este homem era eu... o que confundi meu nexo foi a diferença entre o sexo masculino e feminino e minha admiração relativa ao hetero e homo sem ter a noção que minha natureza sempre foi feminina. Agora desejo ser feminina. Uma cabeça sofrida com sua sexualidade, acredito que possa através do tratamento definir seu sexo.....no meu cérebro atrasado, descoordenado e confuso acreditava e apaixonava inúmeras vezes, sem nem sequer compreender o namoro, nem a lógica e muito menos a prática sexual e suas conseqüências. Eu não entendia o nexos das palavras.

Percebemos neste ponto não uma escolha sexual mas um esforço de inscrição. Diferente de certos casos em que o negativismo ratifica uma espécie de recusa ao Outro e às leis da linguagem, Maria está ávida pela linguagem e pelo trabalho do significante e seus efeitos , ainda que este trabalho se dê fundamentalmente no eixo metonímico carecendo de metaforização. O trabalho do analista é de pontuação e corte. Cortar até mesmo abruptamente o deslizamento metonímico infinito, fazer valer as reticências, pontuar uma frase interrompida...

Maria está muito diferente. Vem sozinha ao tratamento, trazendo seus cadernos.

Ao lado desta atividade de escrita e leitura nas sessões aparece inadvertidamente uma atividade delirante. O delírio ganha lugar sutilmente. Sua teia é tecida de forma inesperada.

Um delírio vai sendo enunciado. Apresenta-se inicialmente com variações, de modo fluido, sem uma fixidez, sem qualquer sistematização *a priori*. Se apropria de alguns significantes para mais tarde abandoná-los. Pouco a pouco alguns destes significantes vão se depurando. Tento pontuá-los. Seu pai, um alcoólatra que desde cedo abandonara a família, retorna em seu delírio como um herói que, vindo do exterior, enfrentou guerras em diferentes países até chegar ao Brasil. Sua mãe, que nada via, aparece como uma mulher glamurosa. Cito Lacan no seminário 3: “Assim como todo discurso, um delírio deve ser julgado em primeiro lugar como um campo de significação que organizou um certo significante.” (LACAN, 2008, p. 144)

Um dia ela chega à sessão com um texto de dez páginas intitulado “Relatório e Resumo”. Transcrevo algumas partes.

Ficou na recordação de tempos que não retornaram, a lembrança do meu avô mascando fumo, fumando charuto cubano cada vez que um neto nascia ou acontecia um batizado ou aniversário.... Papai havia conseguido transferência para o Rio, gostava de metrópole e chegou três meses antes porque a aeronave em que viajei com minha mãe, meus dois irmãos, nossa geladeira e dois casais de fox-terrier com destino aos United States foi interceptada, escoltada, fizemos aterrissagem forçada e ficamos exilados desde 1958 no Rio de Janeiro.... Amo o Brasil considero o planeta terra sagrado e a nação americana [brasileira] idem, sou agradecida infinitamente ao amparo que minha família recebe e sou feliz na condição de exilada, agradecida ao pai celeste e terrestre pela noite e pelo dia. ...Papai foi piloto da base militar da Flórida e renunciou a sua origem para ser liberado e trabalhar como agente secreto no Brasil, cumpriu a missão dele e jamais desfalcou o Banco do Brasil.... A profissão de minha mãe atriz internacional....Papai gostava de diversão, mamãe preferiu renunciar ao glamour de estrela de Hollywood, Estocolmo e Europa para casar com meu pai militar pobre,... e levar uma vida pacata....

Ocorre portanto no caso um deslizamento sintomático na direção da paranoia. É tecido um delírio sobre a origem – a sua própria e a de seus antepassados. Se a atividade delirante se configurava inicialmente como um deslizamento infinito carecendo de fixação, o escrito “Relatório e Resumo” surge como um marco na construção delirante. Poderíamos pensar na metáfora delirante que, produzindo mais um enlaçamento, funciona como suplência, permitindo a produção de algum sentido. Como trabalhar com este delírio? ”

Por um lado pontuando alguns significantes no sentido de verificar sua fixação pois, inicialmente, e de modo distinto da paranoia, as ideias delirantes se modificavam a cada relato. Por outro lado, por se apresentar como uma significação que não remete a outra, o delírio funciona como interpretação carregada de certeza e, portanto, não

dialetizável. Neste sentido o analista não tem outra saída a não ser tomá-lo como verdade.

A questão da verdade, dimensão presente em toda psicanálise, aparece neste momento. Ela me pergunta sobre a verdade de suas ideias delirantes já que sua mãe demonstra grande irritação quando Maria as menciona. Me questiona sistematicamente: é verdade não é? Para além da certeza delirante parece haver um ponto de dúvida quanto à verdade do delírio. A posição do analista é ambígua: não podendo afirmar nem negar tal verdade, ele propõe a verdade como não-toda: “Esta é a sua verdade, não necessariamente a mesma de sua mãe.” Esta questão, porém, permaneceu em aberto pois a resposta não apaziguava sua inquietação, e talvez fosse necessário naquele momento sua manutenção como pergunta.

Ocorre que depois de um certo tempo, este delírio, longe de apaziguá-la, vai deixando Maria cada vez mais excitada e agitada. Ela se precipita em um processo de enlouquecimento, de aceleração psíquica, permanecendo sem dormir e falando ininterruptamente. Inicialmente foi a alucinação. Neste momento é a atividade delirante que toma conta do sujeito. A construção da metáfora delirante como suplência à falta da metáfora paterna aparece no primeiro momento da obra de Lacan como a possibilidade de estabilização na psicose.

Maria se esforça. Ela deseja a estabilização. Escreve, se questiona, enfim trabalha. Há cerca de dois meses ela me diz: “Sabe toda esta história que eu já contei da minha família e de que eu vim do exterior? São impressões muito fortes e eu penso que é verdade, mas às vezes eu penso que pode ser um *déjà vu*”. Eu lhe pergunto o que é um *déjà vu*. Ela responde:

É quando a gente vai a um lugar e surge uma impressão muito forte que você conhece o lugar mas na verdade você não conhece, nunca esteve lá. Eu tenho essa impressão forte que vim do exterior, que já estive lá mas talvez eu nunca tenha estado lá de verdade e esta impressão forte seja um *déjà vu*.

Penso imediatamente na impressão da tinta sobre o papel e em todo este trabalho de escrita que também comparece nesta forte impressão e contribui para sustentá-la de tal forma que talvez possa relançar para ela uma questão de sua existência. Parece que se inicia um terceiro tempo de análise.

Do lado do analista que decide não recuar diante da psicose, a escrita deve funcionar como algo que lhe permita dar conta de seu ato.

O pensamento do *déjà vu* acalma Maria. Talvez porque saindo da condição de estrangeira ela não se sinta tão visada, tão perseguida. Do delírio ao *déjà vu* parece se

construir uma nova mediação, que pode funcionar para além da metáfora delirante, na direção da estabilização. Vale comentar que nesse caso a paciente sempre usou medicação psicoativa em altas dosagens, tendo em vista a gravidade de seu caso clínico. Mas foi a escuta dos pensamentos do sujeito, a presença e a intervenção do analista que resultou em alguma modificação no curso e na evolução do caso. Isso possibilita não apenas a humanização, mas também a construção de novas mediações que venham a franquear para este sujeito acesso ao que é da vida e da produção.

Pelo exposto acima, desejamos afirmar que remédio não trata pensamento, mesmo em se tratando do delírio, principalmente os delírios estruturados. E assim, voltamos nosso olhar novamente para a psicanálise, essa práxis rigorosa, que propõe em pleno século XXI, um trabalho com a palavra do sujeito, sobre suas ideias e, por que não, sobre seu pensamento. Uma prática que, a partir da escuta e validação da enunciação do sujeito, e sem nenhum recurso tecnológico, talvez seja a única a trabalhar a ideação de um sujeito, neurótico ou psicótico, promovendo, quem sabe, alguma pequena modificação nas cadeias de pensamento que o habitam.

CONCLUSÃO

Depreendemos de nossa leitura a inadequação em comparar os conceitos de loucura nas diferentes épocas, pois é preciso distinguir na complexidade do conceito, antigo ou contemporâneo, os diferentes pressupostos epistemológicos ou metodológicos que balizam cada conceituação. De qualquer forma é notável como a 'loucura' sempre se fez presente, e foi em todas as épocas objeto de atenção e curiosidade.

Podemos agora pensar o que os remédios tratam ou para que eles servem. Há medicamentos para induzir ou prolongar o sono, bem como ansiolíticos que, quando bem administrados, melhoram o cortejo sintomático de reações orgânicas envolvidas no *stress* de maneira geral. Existem também medicações que elevam o ânimo e melhoram a irritabilidade, grande mérito dos antidepressivos de todas as famílias e gerações, que vieram para 'salvar' a sociedade depressiva de nossos dias e de nossa experiência. Portanto, os remédios psicoativos têm suas eficácias específicas, promovendo melhora inegável de um bom número de sintomas. Os medicamentos são, portanto, eficazes para algumas condições que envolvem o funcionamento psíquico e que não devemos desconhecer ou negligenciar.

Entretanto, remédio não trata pensamento. Que alívio! É difícil avaliar as consequências que poderiam advir se isso fosse possível: um medicamento capaz de alterar ou modificar o conteúdo de um pensamento obsessivo ou de uma fantasia histórica, casos de neurose. Mas e se estamos diante de um caso de psicose? Penso que, nesse caso, essa ideia se reforça, na medida em que sabemos o quanto o delírio é

intratável, o quanto o delírio, alteração *princeps* do pensamento, é objeto de certeza e, por que não, de verdade. Mais ainda se pensamos, com Freud, o delírio como construção. Neste caso, ele seria já o próprio remédio.

Na psicose, é preciso abordar cuidadosamente toda a questão. Como pensar e fazer trabalhar a frase ‘remédio não trata pensamento’ nesses casos, em relação aos quais vigora um consenso a respeito da necessidade de utilização dos medicamentos disponíveis? Sempre me surpreendi com os efeitos dos neurolépticos, capazes de modificar, de uma consulta para outra, a desorganização psíquica provocada pelos sintomas psicóticos, principalmente as alucinações auditivas, melhorando consideravelmente o estado geral do paciente.

Ao receber um paciente com alterações psicóticas iniciais, trata-se de pensar como trazer um alívio imediato para a perplexa situação de um humor delirante, ou de alucinações agressivas e invasivas. Recorremos assim a um antipsicótico ou neuroléptico, o que promoverá, no mínimo, um efeito de redução da intensidade da sintomatologia apresentada, seja por um rebaixamento da percepção alucinatória, seja por uma depressão do funcionamento psíquico em geral.

Mas quando pensamos no delírio enquanto alteração primária do pensamento, do conteúdo do pensamento, quando lidamos com o delírio estruturado, paranoide, de cunho persecutório, temos oportunidade de observar, quanto à ação dos medicamentos, o quão precária torna-se sua eficácia, promovendo melhora da desorganização psíquica em tantas situações, sem, no entanto, alterar a certeza delirante ou modificar aquela ideiação incompartilhável que o delírio traz como verdade.

Em relação à questão da verdade, a posição do psicanalista se separa totalmente daquela do psiquiatra que, além de achar que sabe *a priori* qual a doença do seu paciente, porque já a enquadrou em algum diagnóstico, como vimos no capítulo I, parte 5, acha também que sabe o remédio certo para tratá-la. Já o psicanalista precisa escutar o paciente para *a posteriori*, a partir do que aparece na sua fala, na cadeia de seus pensamentos, operar sobre essa matéria tão sutil, que precisa retornar para aquele que enuncia sua própria verdade. Por essas e outras diferenças torna-se muito difícil que o mesmo profissional realize, no mesmo caso, ambas as tarefas.

Portanto, em relação ao campo das ideias ou dos pensamentos: remédio não trata pensamento. A psicanálise é a única práxis que talvez promova algum deslocamento, alguma retificação nesse campo do pensamento. O desejo do analista em função, avisado da castração, e portando um saber parcial, que não pretende uma verdade sobre o outro, parece único para promover alguma brecha, alguma abertura, alguma pequena e preciosa modificação na associação de ideias do sujeito, que é, como sabemos, rigorosamente encadeada.

Para encerrar, trago aqui a lembrança de um texto de Freud, que me acompanhou ao longo do mestrado, e que me remete ao trabalho clínico e ao ofício do

psicanalista. Trata-se do artigo “Construções em análise”, de 1938, já no final de sua obra, quando ele trabalha a metáfora do arqueólogo.

Nesse artigo Freud defende o uso do termo construção como a descrição mais apropriada do processo analítico. Ele diz: “trata-se de uma construção quando se coloca para o sujeito em análise um fragmento de sua história primitiva, que ele esqueceu.” (FREUD, 1976, 262)

Não se pretende que a construção, por parte do analista, seja mais do que uma conjectura que aguarda exame, confirmação ou rejeição. E que, para qualquer pergunta ou objeção, temos sempre pronta uma mesma resposta: ‘Tudo se esclarecerá no decorrer dos acontecimentos.’

Esse trabalho de construção assemelha-se muito ao do arqueólogo quando se depara com um sítio arqueológico. Segundo Freud, o trabalho é idêntico, mas o analista trabalha em melhores condições, dispõe de mais material auxiliar, e seu empenho se dirige a algo ainda vivo, não a um objeto destruído.

Assim como o arqueólogo ergue as paredes do prédio a partir dos alicerces que permaneceram de pé, determina o número e a posição das colunas pelas escavações no chão e reconstrói as decorações e as pinturas murais a partir dos restos encontrados nos escombros, assim também o analista intervém a partir dos fragmentos de lembranças e das associações do analisante.

No entanto há uma diferença. Para o arqueólogo, a reconstrução é o objetivo final de seus esforços, ao passo que, para o analista, a construção é sua grande ferramenta de trabalho. As construções que erguemos no decurso de uma análise produzem efeitos por restituir fragmentos de biografia. Ao longo do trabalho analítico as construções vão funcionando como pilares do processo no qual o paciente está em busca, por que não, de sua verdade. A construção do analista relança a questão da verdade e faz avançar o processo. O paciente vai fazer suas próprias construções.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S.; ELIA, L. “Psicanálise e ciência: o encontro dos discursos”. In: Revista mal-estar e subjetividade, vol. VIII, nº 3, Fortaleza, 2008.

AMARANTES, P. “Reforma psiquiátrica e epistemologia” In: Cad. Bras. de Saúde Mental, vol. 1, nº1, jan-abr, 2009.

ARISTÓTELES. *O homem de gênio e a Melancolia: o problema xxx, i*. Tradução: Pigeaud, J. e Bueno, A. Rio de Janeiro: Lacerda Editores, 1998.

——— *Poética*. Tradução: Eudoro de Souza. São Paulo: Ars Poética, 1993.

BERCHERIE, P. *Os fundamentos da clínica: história da estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1980.

BERRIOS, G. E. “Classificações em psiquiatria: uma história conceitual”. In: Revista de Psiquiatria Clínica. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000300005

BLOG, Stop DSM. A favor de una psicología clínica. <http://stopdsm.blogspot.com.br/>

BLOG, Cebes. “Psiquiatrização da vida e o DSM V: desafios para o início do século XXI”. <http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=2429&idSubCategoria=56>

CHAUÍ, M. *Introdução à história da filosofia: dos pré-socráticos a Aristóteles*, vol. 1. São Paulo: Brasiliense, 1994.

CID 10. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Organização Mundial de Saúde. 10ª . ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2011.

COSER, O. *De corpo e alma, cabeça e coração: psiquiatria, psicanálise, genética, subjetividades*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2007.

——— *Depressão: clínica, crítica e ética*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

——— *As metáforas farmacológicas com que vivemos: ensaios de metapsicofarmacologia*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2010.

DISITZER, S. “Esquizofrenia – um enodamento possível”. In: Psicoses. Rio de Janeiro: Revista da Escola Letra Freudiana, nº 36, 2005.

DOOLITTLE, H. *Por amor a Freud: memórias de minha análise com Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2012.

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

DUNKER, C.I.L.; KYRILLOS NETO, F. “A crítica psicanalítica do DSM IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria”. In: Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo, v. 14, dezembro de 2011.

DSM – IV – TR. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FENDRIK, S. e JERUSALINSKY, A. (orgs). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011.

FÉDIDA, P. www.sumarios.org/sites/default/files/.../a_fala_e_o_pharmakon.pdf

FERNANDES, F. L. F.; ROCHA, E. de C. “Um psicótico ajuizado: incidências da psicanálise no tratamento psiquiátrico da psicose”. In: Revista Latino-Americana de psicopatologia fundamental, vol. VII, nº1, março de 2004.

FOUCAULT, M. “A casa dos loucos”. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____ *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____ *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense-universitária, 1977.

FREUD, S. “Proyecto de psicología”. In: *Obras completas*, vol. I. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1976.

_____ “Carta 52”. In: *Obras completas*, vol. I. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1976.

_____ “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiograficamente”. In: *Obras completas*, vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

_____ “A história do movimento psicanalítico”. In: *Obras completas*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969.

_____ “Neurose e psicose”. In: *Obras completas*, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969.

_____ “O eu e o isso” In: *Obras completas*, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969.

_____ “Mal-estar na civilização”. In: *Obras completas*, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969.

————— “Além do princípio do prazer” In: Obras completas, vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969.

————— “Esquema del psicoanálisis”. In: Obras completas, vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986.

————— “Construcciones en el análisis”. In: Obras completas, vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1976.

————— “La interpretación de los sueños”. In: Obras completas, vol. V. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1976.

GARCIA-ROZA, L.A. *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1984.

————— *Introdução à metapsicologia Freudiana* vols 1 e 2. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

GOLDENBERG, R. “DSM-IV e nós”. In: Artigos temáticos. www.uva.br/trivium/educacao/artigos-tematicos/3-dsm-iv-e-nos.pdf

GROSTEIN, S. A. “Medicamento e psicanálise”. In: Pulsional, revista de psicanálise. http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/183_04.pdf

HESÍODO. *Teogonia: a origem dos deuses*. Tradução: Jaa Torrano. São Paulo: Iluminuras, 2007.

HOMERO. *Odisséia*. Tradução: Vieira, T. São Paulo: Editora 34, 2011.

JAKOBSON, R. “Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia”. In: Linguística e comunicação. São Paulo: Cultrix, 1969.

JASPER, K. *Psicopatologia geral*. vols. 1 e 2. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu LTDA, 1979.

LACAN, J. O seminário, livro 3, *As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

————— O seminário, livro 16, *De um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.

————— O seminário, livro 23, *O sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

————— “O aturdido”. In: Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

————— “A terceira”, inédito.

————— “Formulações sobre a causalidade psíquica”. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1978.

————— “Uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1978.

————— “A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud”. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1978.

————— *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

————— Entrevista a Emilio Granzotto. In: *Magazine Littéraire*. www.campopsicanalitico.com.br/.../Entrevista%20-%201974%20-...

LÉVI-STRAUSS, C. *Tristes trópicos*. São Paulo: Anhembi, 1957.

LESKY, A. *A tragédia Grega*. São Paulo: Perspectiva, 1996.

MANNONI, M. *O psiquiatra, seu “louco” e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1971.

MUCIDA, Â. “Do uso do medicamento e o real da angústia”. In: Reverso. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0102-3952009000200008&script=sci_arttext

NASIO, J.D. *Introdução à topologia de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2010.

NOGUEIRA FILHO, D. M. “Psicanálise e medicação”. In: Pulsional. *Op.cit.*

PACHECO, M. V. P. de C. “Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea”. In: Revista Latino-Americana de Psicopatologia fundamental. *Op.cit.*

PELEGRINI, M. R. F. “O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade”. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932003000100006&script=sci_abstract

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

————— *O século dos manicômios*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996.

————— *Os nomes da loucura*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999.

PINGUELLI ROSA, L. *Tecnociências e Humanidades: novos paradigmas, velhas questões*. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

PLATÃO. *Timeu-Crítias*. Tradução: Rodolfo Lopes. Coimbra: Centro de Estudos Clássicos e Humanísticos, 2011.

RABINOVITCH, S. *A forclusão: presos do lado de fora*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

REIS FILHO, E. “Psicanálise e psicofármacos. Considerações sobre a resistência dos psicanalistas à psicanálise”. In: Pulsional. *Op.cit.*

ROUDINESCO, E. *Lacan, a despeito de tudo e de todos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2011.

VERNANT, J.P. *A origem do pensamento grego*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

VERNANT, J.P; VIDAL – NAQUET, P. *Mito e tragédia na Grécia antiga*. São Paulo: Perspectiva, 2008.

VIDAL, E. “Cogito, sujeito da ciência e objeto da psicanálise”. In: *Colóquio psicanálise e filosofia*. Revista da Escola Letra Freudiana, nº22. Rio de Janeiro: Revinter Editora, 1997.