

A Psicopatologia Fundamental: contribuição para a sociedade democrática.*

Há 14 anos, em fevereiro de 1995, foi criado o Laboratório de Psicopatologia Fundamental no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/Brasil. Um ano depois, em abril de 1996, foi criada a Rede Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, que se transformou, em 2002, na Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.

No início de 2009, essa sociedade científica internacional reúne 52 professores doutores de 22 universidades brasileiras e de universidades da Argentina, da Colômbia, do México, da França e da Inglaterra.

A Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental publica duas revistas de padrão internacional: a *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, órgão oficial impresso e em rede e o *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line*, órgão oficial em rede.

Realiza, também, a cada dois anos, o Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e o Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, cuja décima edição ocorrerá em 2010, na Universidade Federal do Paraná, em Curitiba, PR, tendo, como tema “O amor e seus transtornos”.

Colabora, também, com a “Biblioteca de Psicopatologia Fundamental”, série de livros produzidos pela Editora Escuta.

A Psicopatologia Fundamental leva rigorosamente a sério o significado da palavra “Psicopatologia”, ou seja, discurso (*logos*) sobre o *pathos* (o afeto, o sofrimento, a paixão etc.) psíquico.

Além disso, ela é denominada de “Fundamental” para se distinguir da Psicopatologia Geral, disciplina cunhada a partir da publicação do livro de mesmo nome escrito por Karl Jaspers, em 1913 (Jaspers, 1987).

Ao contrário da Psicopatologia Geral, que se deriva de uma tradição filosófica iluminista e racionalista inaugurada por Kant, de quem Jaspers é considerado um ilustre discípulo, a Psicopatologia Fundamental se articula ao longo, complexo e rico discurso (*logos*) que leva em consideração a subjetividade (Arendt, 2008).

Isso não quer dizer, entretanto, que a Psicopatologia Fundamental é contrária à tradição racionalista e objetiva, pois reconhece a necessidade imperiosa de um diálogo compreensivo entre as diversas psicopatologias. Esse reconhecimento se deve ao pressuposto segundo o qual não existe um único discurso capaz de esgotar a compreensão do *pathos* psíquico.

Após a criação do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP, diversos estudantes latino-americanos que realizavam Doutorado na Universidade de Paris 7 – Denis Diderot, sob a orientação do Prof. Dr. Pierre Fédida retornaram a seus países e começaram a elaborar programas de ensino e pesquisa em Psicopatologia Fundamental. Além disso, Pierre Fédida vinha regularmente ao Brasil, trabalhar com grupos de psicólogos, psiquiatras, filósofos e psicanalistas desde 1976, em plena ditadura militar. Assim, a Psicopatologia Fundamental apresentou um processo de difusão internacional que ainda está em curso.

Até a criação do Laboratório de Psicopatologia Fundamental e a realização do primeiro Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, o

ensino da psicopatologia, na universidade brasileira, estava dominado pela Psicopatologia Geral, de Karl Jaspers, pelo DSM e pelo CID. O exercício desse domínio depende de manuais de psiquiatria que, como se sabe, resenham as pesquisas e os escritos anteriormente produzidos.

Com a introdução da Psicopatologia Fundamental, foi possível se perceber que tanto o DSM quanto o CID são complexos sistemas classificatórios de transtornos mentais que atendem a requisitos de padronização e de generalização. Essa percepção foi resultante, também, de uma série de pesquisas e de publicação de artigos sobre as diversas limitações contidas tanto no DSM como no CID. O esforço de padronização e de generalização que está na base desses sistemas classificatórios ignora tanto a dimensão subjetiva quanto a singularidade própria da espécie humana. Mas, ao fazer isso, abandona, também, a idéia de um discurso (*logos*) sobre o *pathos* psíquico, ou seja, ignora a própria característica específica da psicopatologia. A padronização e a generalização dos sistemas classificatórios atendem, na verdade, a determinados interesses (de corporações de ofício, como a American Psychiatric Association – APA, da indústria farmacêutica, das companhias de seguro de saúde e, por fim, dos interesses do próprio Estado que pretende, com isso, economizar na política de saúde mental). Essas instâncias não estão propriamente interessadas nem na singularidade nem na subjetividade.

Segundo esse ponto de vista, a verdade científica própria da psicopatologia se esgota nos sistemas classificatórios e nos manuais de psiquiatria e não há necessidade de novas pesquisas sobre o *pathos* psíquico visando revelar aspectos negligenciados por esses protocolos. Cria-se, dessa forma, um silêncio psicopatológico e a convicção generalizada segundo a qual a psicopatologia está completamente compreendida nesses textos.

Isso, entretanto, não é novo.

Desde a antiguidade, na Grécia Antiga, havia dois tipos de medicina. Platão, em *A República* descreve a medicina dos escravos e estrangeiros e a medicina dos cidadãos. Na primeira, como os estrangeiros falavam línguas desconhecidas e escravos não falavam por definição, pois eram coisas, a medicina era silenciosa: o médico examinava o paciente e, usando sua memória ativa – chamada *anamnese* – diagnosticava o *pathos*. Já a medicina dos cidadãos era baseada na palavra: o doente, por ser um reconhecido membro da Polis – um cidadão - narrava seu mal para o médico e este, escutando o relato do doente, lançava mão de sua memória passiva – a *mnemosine* - e, a partir dela, tratava o doente (Platão, 2000; Ricoeur, 2007).

Em outra ocasião, no *Banquete*, Platão descreve a medicina, pela boca do médico Erixímaco, como a arte de se ocupar dos fenômenos do amor. “É com efeito a medicina”, diz ele, “para falar em resumo, a ciência dos fenômenos do amor, próprios ao corpo” (Platão, 2001).

O médico está constantemente na relação com o amor porque as doenças físicas em sua evolução se apresentam como paixões amorosas. O médico cuida de Eros doente. O médico deve restabelecer o equilíbrio do corpo para que Eros doente pelo excesso de amor, seja liberado desse excesso pelo amor que lhe traz o médico. Amor de médico é amor justo: estabelece uma contrapartida, um novo equilíbrio com a parte doente de Eros (Fédida, 1988).

Nessas condições, é preciso lembrar-se que as palavras “medicina” e “médico” já existiam muito antes das faculdades de medicina e da regulamentação dessa profissão, pelo Estado moderno.

Em segundo lugar, não podemos nos esquecer que *O Banquete* é um simpósio em homenagem a Eros, o primeiro dos deuses gregos. Nele, todos os presentes fizeram o elogio de Eros, uma divindade poderosa e admirável, tanto entre os homens como entre os deuses, por várias razões, mas, antes de tudo, pelo nascimento. O fato de ser o mais velho dos deuses já constitui prerrogativa excepcional aos olhos de Fedro, um dos participantes do Simpósio.

Além disso, Eros é poderoso e admirável porque é aquele que se dedica a realizar ligações. A este respeito, é preciso lembrar-se de que depois de Parmênides, Heráclito... o amor é pensado como duplo: há o amor popular, ou seja, o amor com seus excessos físicos e o amor celeste que está em relação com a justeza da palavra, com a justeza do *logos*. Um não pode ser sem o outro (Fédida, 1988).

O desejo que anima o cuidado médico, ainda de acordo com Erixímaco, como na ginástica e na música, é de reencontrar a harmônica, o som harmônico, ou seja, sonoridades que não são consoantes, mas de cuja associação cria-se a harmônica. Nessas condições, o problema do amor se coloca em relação ao equilíbrio do ritmo, como também em relação ao problema da alimentação.

Ler *O Banquete* é, verdadeiramente, uma aventura do espírito. Nele o que se depreende é que a doença física não é somente uma perturbação do amor, como só pode ser cuidada, se o médico – porque ele é terapeuta – introduzir a justa proporção do amor.

Hoje em dia não há razão para recusar tal concepção. Ao contrário, como já disse em outras ocasiões, é preciso falar de uma *psicopatologia somática* e não de psicossomática (Berlinck, 2000). Psicossomática reintroduz o problema de influência da psique sobre o somático ou o inverso, sem levar em conta o que comporta o termo “psicopatologia”. Ora, na tradição do poeta Êsquilo (seria interessante ler a peça *Agamenon*) emprega-se a expressão “*Patei-matos*” para designar o que é pático, o que afeta, o que é paixão, o que é vivido. Aquilo que pode se tornar experiência. Em alemão se empregam os verbos *erleben* (presenciar) – *erfahren* (experimental). *Psicopatologia* literalmente quer dizer: um sofrimento que porta em si mesmo a possibilidade de um ensinamento interno. Como paixão, torna-se uma prova e como tal, sob a condição de que seja ouvida por alguém, traz em si mesma o poder de cura. Isso coloca imediatamente a posição do terapeuta. Uma paixão não pode ensinar nada, pelo contrário, conduz à morte se não for ouvida por aquele que está fora, por aquele que é estrangeiro, por aquele que pode cuidar dela (Fédida, 1988).

O uso indiscriminado de sistemas classificatórios que almejam a padronização e a generalização dispensam a palavra do portador do *pathos* e estimulam a medicina de escravos, onde a palavra do outro não existe por ser radicalmente inatingível.

É claro que sistemas classificatórios como o DSM e o CID possuem diversas qualidades importantes. Talvez as principais sejam: a relativa precisão do diagnóstico, uma economia de tempo das consultas médicas e o barateamento desse serviço.

Entretanto, em sociedades onde a grande maioria não encontra canais de recepção de falas sobre o sofrimento psíquico, a padronização e a generalização dos sistemas classificatórios podem alimentar o autoritarismo e o silêncio da maioria e fortalecer a medicina de escravos e estrangeiros.

A esse respeito é importante lembrar as palavras de Georges Canguilhem em *Escritos sobre a medicina* (2005): “O médico não está longe de pensar que sua ciência é uma língua bem-feita, ao passo que o paciente se expressa com jargões. Mas como no início o médico foi homem, na idade em que era incerto saber se ele se tornaria Deus, mesa ou bacia, ele conserva algumas lembranças do bloco original no qual ele foi esculpido e reteve, a princípio, alguns elementos do jargão desvalorizado por sua língua de cientista. Ocorre-lhe, por vezes, consentir em compreender que a demanda de seus pacientes possa restringir-se a conservar certa qualidade da disposição para viver, ou a encontrar seu equivalente, sem se preocupar em saber se os testes objetivos de tratamento são positivos e concordantes” (p. 58).

Assim, em 1995, a longa e rica tradição psicopatológica da medicina encontrava-se em estado terminal graças ao uso generalizado e mecânico de sistemas classificatórios tecnologicamente padronizados e a manuais que pretendem “esgotar” o saber médico através da resenha do sabido. A quase totalidade das faculdades de medicina e de psicologia se restringiam ao ensino desses sistemas classificatórios denominando-o de “psicopatologia”.

A introdução da Psicopatologia Fundamental começou a alterar essa situação, que vem sofrendo o impacto de um outro fenômeno ocorrido no Brasil no final da década de 80 e início da década de 90: a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Por volta de 1990, o Brasil iniciou formalmente um vasto programa de alteração de sua política pública de saúde mental que passou a ser conhecida como “Reforma Psiquiátrica Brasileira”.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento ocorrendo no âmbito da saúde pública que, do ponto de vista da gestão de políticas públicas, consubstancia-se em uma legislação em saúde mental iniciada com a Declaração de Caracas, aprovada por aclamação pela Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde.

O Brasil é aderente a essa Declaração e a ela se articula com um longo e conturbado movimento de trabalhadores de saúde mental que resultou na lei no. 9.867, de 10 de novembro de 1999.

Tal lei permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. É um valioso instrumento para viabilizar os programas de trabalho assistido e incluí-los na dinâmica da vida diária, em seus aspectos econômicos e sociais. Há uma evidente analogia com as chamadas “empresas sociais” da experiência da Reforma Psiquiátrica Italiana.

Em 6 de abril de 2001, o Governo Federal promulga a lei no. 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esse texto reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil.

Tem como base o projeto original do deputado Paulo Delgado e inclui proposições contidas em substitutivos anteriores favoráveis ao projeto original.

A lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê a possibilidade de punição para a internação involuntária, arbitrária ou desnecessária.

Em 28 de maio de 2003, o Presidente da República assina decreto instituindo Grupo de Trabalho interministerial para avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do governo federal para a atenção a usuários de álcool, bem como harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolva o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas em território nacional.

No dia 31 de julho de 2003, o Presidente da República assina a lei no. 10.708 instituindo o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais, egressos de internações. Essa lei, conhecida como “Lei do Programa de Volta para a Casa”, estabelece um novo patamar na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental.

Desde 1992 existem oito leis estaduais em vigor, inspiradas no Projeto de Lei Federal do Deputado Paulo Delgado. Elas são do Ceará, do Distrito Federal, do Espírito Santo, de Minas Gerais, do Paraná, de Pernambuco, do Rio Grande do Norte e do Rio Grande do Sul. Em todas elas está prevista a substituição progressiva da assistência no hospital psiquiátrico por outros dispositivos ou serviços. Há incentivos para os centros de atenção diária (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS), a utilização de leitos em hospitais gerais, a notificação de internação involuntária e a definição dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Há, hoje, no Brasil, mais de 1.000 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS regulamentados em sua estrutura e funcionamento pela Portaria do Ministério da Saúde no. 336, de 19 de fevereiro de 2002.

Além disso, há uma série de Portarias do Ministério da Saúde. A principal é, sem sombra de dúvida, a Portaria Interministerial no. 628, de 2 de abril de 2002, que estabelece o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Ela define mecanismos de extensão da assistência em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) aos detentos do sistema penitenciário, incluindo-se saúde mental. Essa iniciativa inédita permite não só estender o olhar e o cuidado em saúde mental às prisões, mas também pensar um novo modo de lidar com a questão dos manicômios judiciais.

É importante destacar também a Portaria no. 1.077, de 24 de agosto de 1999, que dispõe sobre a assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica e assegura medicamentos básicos de saúde mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção em saúde mental. Representa um aporte efetivo e regular de recursos financeiros para que os estados e municípios mantenham um programa de farmácia básica em saúde mental.

As demais Portarias visam aprimorar a Reforma Psiquiátrica Brasileira criando e regulamentando o financiamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos, determinando avaliação da assistência prestada em saúde mental pelo SUS, estabelecendo mecanismos de supervisão continuada dos serviços hospitalares e ambulatoriais, bem como proposição de normas

técnicas e alternativas que reforcem a continuidade dos processos de reversão do modelo de atenção em saúde mental vigente no país, definindo a equipe mínima dos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental que deve atuar na assistência e supervisão das atividades dos Serviços Residenciais Terapêuticos, instituindo o processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar especializada em psiquiatria, assim como hospitais gerais com enfermarias ou leitos psiquiátricos, estabelecendo critérios de classificação conforme tamanho do estabelecimento e cumprimento dos requisitos qualitativos de avaliação fixados pela área técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde quanto ao processo terapêutico e Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA para análise da área de vigilância sanitária, estabelecendo classificação baseada no porte do hospital e na qualidade do atendimento prestado, e assim por diante.

Em resumo, o que se observa é que o período de 1990 a 2003 concentra a máxima intensidade política e normativa do que se chama a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Um ano antes, em 1989, iniciara-se a experiência decisiva em Santos, sob a liderança de David Capistrano Filho. Também no final desse mesmo ano deu entrada no Congresso Nacional o projeto de lei que resultou, 12 anos depois, na lei brasileira de reforma psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira realiza, por meio de uma complexa e sistemática política pública (Public Policy), consubstanciada em leis e portarias ministeriais, leis estaduais e municipais, uma ampla modificação no atendimento ao usuário: redireciona o modelo da assistência psiquiátrica; regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária ou desnecessária; impulsiona a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção; inclui assistência de saúde mental para os detentos do sistema penitenciário possibilitando o pensamento sobre um novo modo de tratar com a questão dos manicômios judiciais; dispõe sobre assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica e assegura medicamentos básicos de saúde mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção em saúde mental etc.

Em outras palavras, a Reforma formula, cria condições e institui bases materiais e organizacionais para novas práticas terapêuticas visando a inclusão do usuário em saúde mental na sociedade e na cultura. A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um verdadeiro avanço no trato da saúde mental retirando de hospitais, asilos e manicômios inúmeros internados crônicos que não apresentavam sintomas de insanidade: eram pobres desamparados, sem família, sem instrução, que viviam pelas cidades, graças à caridade alheia. Como eram (e ainda são) estigmatizados, foram retirados do espaço urbano e recolhidos nessas instituições de saúde. Essa categoria, que poderia ser denominada de “moradores de rua”, revela uma incapacidade da opulenta sociedade expondo seus limites. Como proporcionar cidadania a essa categoria social?

Surge, aqui, um grave problema limitando drasticamente o alcance da Reforma Psiquiátrica Brasileira: qual seria o método adequado à inclusão *psíquica* de usuários apresentando intensos sintomas resistentes de

isolamento, com delírios persistentes, intensas recusas da realidade e outras manifestações que dificultam ou impedem a inclusão social?

A Reforma não contempla esta questão, supondo que a grande maioria dos hospitalizados querem e estão prontos para serem incluídos na sociedade. Entretanto, pesquisas realizadas no âmbito do Laboratório de Psicopatologia Fundamental do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental revelam que não é isso que ocorre.

Um grande número de internos viveu muitos anos recolhido em hospitais e perdeu completo contato com familiares, amigos, conterrâneos etc. Outros apresentam diversos transtornos mentais que impedem ou dificultam a inclusão. Muitos desses não querem ou não podem sair dos hospitais, pois correm graves riscos de vida quando deixados nas ruas das cidades. Há, além disso, aqueles que preferem viver como mendigos. Outros, ainda, como os travestis, querem apenas um contato muito específico com os trabalhadores de saúde mental e não estão interessados em nenhuma proposta de tratamento psicoterapêutico.

Em outras palavras, a Reforma foi feita sem levar em consideração a grande complexidade dos usuários da saúde mental e sem considerar as questões metodológicas e substantivas do tratamento psicoterapêutico.

Sabe-se que o uso de moléculas psicotrópicas constitui um enorme avanço para a inclusão social, pois estabilizam as manifestações agudas de transtornos e permitem relacionamentos sociais. Entretanto, sabe-se, também, que a estabilidade provocada por medicamento não significa que o usuário esteja em tratamento capaz de levar a uma consistente melhora na sua saúde mental. Ao contrário, a ingestão prolongada de moléculas psicotrópicas provoca adição e intoxicação criando viciados com graves sintomas incapacitadores. A suspensão médica da ingestão quase sempre é acompanhada de uma remissão dos mesmos sintomas que haviam sido inibidos pelo medicamento.

Pode-se dizer, então, que a Reforma Psiquiátrica Brasileira não considera o tratamento psicoterapêutico da alienação mental. Trata, ao contrário, a alienação como fenômeno social originado na teoria marxista. As leis e portarias ministeriais não visam definir formas específicas de tratamento. São pautadas, isso sim, por um claro objetivo – a inclusão do usuário na sociedade democrática e cidadã – e proporciona os recursos financeiros e institucionais – CAPS, moradias etc – para se alcançar o objetivo pretendido. Entretanto, não diz como deve ser realizado o tratamento do transtorno mental, principal obstáculo singular para que ocorra a inclusão.

O diagnóstico diferencial baseado na anamnese ou, mais frequentemente, na aplicação de um dos sistemas classificatórios não é suficiente para alterar o comportamento do usuário. A medicação, muitas vezes excessiva, serve apenas, como se sabe, para conter a manifestação aguda de sintomas indesejados e estigmatizados. A sociedade reconhece, com certa facilidade, usuários medicados e não lhes proporciona oportunidades de inclusão. Usuários medicados tornam-se, assim, mais uma categoria social estigmatizada e marginalizada.

As dificuldades de relacionamento social repetitivo e padronizado enfrentadas por usuários com graves transtornos de conduta são muito

intensas. Eles não conseguem constituir família ou fazer parte dela, ter um trabalho, participar de associações etc.

O sucesso da Reforma depende, portanto, de formas de clinicar e praticar o tratamento, capazes de alterar a conduta dos usuários, sem o excessivo auxílio de medicamentos. A Reforma supõe que o trabalhador de saúde mental esteja preparado para realizar essas atividades propriamente psicoterapêuticas. Sabe-se, entretanto, que entre o código e a prática há uma distância que nem sempre se revela nos relatórios oficiais encaminhados periódica e sistematicamente ao Ministério da Saúde.

Além disso, sabe-se, também, que o ensino universitário brasileiro ainda não se adaptou a essa política pública havendo uma defasagem entre formação universitária e os requisitos advindos da prática.

Finalmente, o sistema universitário tende a oferecer um ensino geral e abstrato que é rico de conteúdo, mas que ignora, em grande parte, as especificidades da Reforma Psiquiátrica e o trabalho que nesse âmbito vem sendo realizado.

Porém, essas dificuldades não são intransponíveis e diversos trabalhadores de saúde mental elaboram, em suas atividades cotidianas, práticas clínicas que produzem surpreendentes resultados. Surgem, assim, novos dispositivos e novas práticas clínicas “inventadas” pelos trabalhadores, que não são acompanhadas por uma elaboração metodológica e psicopatológica. A Reforma Psiquiátrica criou vivências – atividades eminentemente práticas – anteriormente desconhecidas da psicopatologia e do método clínico. Entretanto, dada a natureza eminentemente prática do trabalho de saúde mental, essas vivências correm o grave risco de se circunscreverem ao específico âmbito de sua cotidianidade criando uma sub-cultura na sociedade brasileira. Ocorreria, assim, um fracasso da própria Reforma, cujo principal objetivo é a integração desse sistema – e não apenas dos usuários – na sociedade democrática e cidadã que se caracteriza pelo livre intercâmbio biológico, psíquico e social. Essa integração, não podemos nos esquecer, é eminentemente política, ou seja, ocorre na Polis, onde se manifesta o exercício do poder. Este é um recurso de cada um. Porém, o usuário exerce, com frequência, o poder de não ter poder: vive uma existência destituída de poder acreditando que só assim domina o outro.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira precisa conseqüentemente criar dispositivos para que tais vivências se transformem em experiências, ou seja, em saberes socialmente compartilhados, desenvolvendo capacidades de pesquisa em saúde mental.

Para que isso ocorra é necessário que as vivências eminentemente práticas dos trabalhadores de saúde mental sejam narradas e registradas constituindo, dessa forma, um arquivo, parte fundamental da memória das práticas promovidas pela Reforma. Em outras palavras, é necessária a realização de um trabalho de autoria junto aos trabalhadores de saúde mental, que implique um processo de transformação das vivências em experiências, passando pela narrativa escrita, pelo registro narrativo da prática. O caminho percorrido nesses tratamentos constitui o método clínico, que precisa se fazer conhecer através da escrita e da publicação. Um método clínico esotérico, conhecido apenas por aqueles que o praticam, é de pouca serventia para a saúde mental. Ele precisa ser narrado e divulgado entre aqueles que participam da Reforma.

Tal atividade requer um dispositivo apropriado e complexo. Assim como são necessários novos dispositivos clínicos é necessária, também, a criação de outros dispositivos que engendrem a narrativa escrita de vivências clínicas. A criação de um arquivo, de uma memória e a divulgação dessas mesmas narrativas é indispensável para que os trabalhadores se tornem autores da própria Reforma e a sociedade fique sabendo o que ocorre nesse âmbito. Além disso, só assim um método clínico poderá ser conhecido e elaborado para as finalidades colocadas pela Reforma Psiquiátrica.

Trata-se, na verdade, de criar um universo narrativo que comporia uma nova psicopatologia descortinando perspectivas promissoras para o trabalho clínico visando a inclusão na sociedade. É natural que, nessa circunstância, os olhares se voltem da atividade puramente ordenadora de classificação ou de agrupamento das formas de doença para a tarefa indubitavelmente mais elevada e gratificante de conseguir uma compreensão sobre a essência e as conexões internas dos processos psicopatológicos. É necessário não só conhecer a desconcertante multiplicidade das perturbações psíquicas em suas manifestações externas, mas também conseguir compreendê-las como resultantes de determinados pressupostos, descobrindo as leis que regem o seu surgimento e sua dinâmica.

Esse complexo e interminável trabalho baseia-se em fatos observados na clínica, que fornecem as bases para a psicopatologia entendida como um discurso emergente que transforma vivências clínicas em experiências, ou seja, em conhecimento socialmente compartilhado e que constrói um método adequado ao tratamento.

Se esse discurso levar em consideração a singularidade e a respectiva subjetividade manifestando-se na clínica, essa psicopatologia pode ser perfeitamente denominada de Psicopatologia Fundamental.

Bibliografia

- Arendt, Hannah. *Homens em tempos sombrios*. Trad. de Denise Bottmann. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.
- Berlinck, Manoel Tosta, *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.
- Canguilhem, Georges. *Escritos sobre a medicina*. Trad. de Vera Avellar Ribeiro. Rio: Forense Universitária, 2005.
- Fédida, Pierre. *Clínica psicanalítica: estudos*. Trad. de Claudia Berliner, Martha Prada e Silva e Regina Steffen. São Paulo: Escuta, 1988.
- Jaspers, Karl. *Psicopatologia geral. Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenológica*. Trad. de Samuel Penna Reis. Rev. term. e conc. de Paulo da Costa Rzezinski. Rio: Atheneu, 1987.
- Platão. *A república*. Trad. de Carlos Alberto Nunes. Belém: Editora da Universidade Federal do Pará, 2000.

- Platão. *O banquete*. Trad. de Carlos Alberto Nunes. Belém: Editora da Universidade Federal do Pará – EDUFPA, 2001.

- Ricoeur, Paul. *A memória, a história, o esquecimento*. Trad. de Alain François et al. Campinas: UNICAMP, 2007.

Agradeço o valioso comentário realizado pela Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira. Ele contribuiu generosamente para o texto ficar mais claro e preciso.

* Conferência pronunciada no 6º. Congresso Norte Nordeste de Psicologia – CONPSI e publicada como capítulo do livro de Maurício Rodrigues de Souza e Flávia Cristina Silveira Lemos (orgs.). *Psicologia e compromisso social: unidade na diversidade*. São Paulo: Escuta, 2009, p. 43-56.

** sociólogo, psicanalista, Ph.D. pela Universidade de Cornell, Ithaca, N.Y., USA, professor aposentado da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, professor do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, Brasil onde dirige o Laboratório de Psicopatologia Fundamental, presidente (2002-2010) da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, editor de *Pulsional Revista de Psicanálise* e da *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, membro da World Association of Medical Editors – WAME (Associação Mundial de Editores de Medicina), diretor da Livraria Pulsional e da Editora Escuta, autor de diversos livros e numerosos artigos.