

**REVISTA
LATINOAMERICANA
DE PSICOPATOLOGIA
FUNDAMENTAL**

17(2), 159-392, jun. 2014

Copyright © by Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental

Órgão oficial impresso e on line, trimestral, da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, iniciado em março de 1998.

Printed and Online Official Journal of the University Association for Research in Fundamental Psychopathology, published quarterly since March of 1998.

Indexação (Index)

- Clase. Hemeroteca Latinoamericana, Universidad Autónoma de México
<http://www.dgb.unam.mx/clase.html>
- Copernicus – www.indexcopernicus.com
- DOAJ – Directory of Open Access Journals – www.doaj.org
- EBSCO – www.ebscohost.com
- <http://www.freefullpdf.com>
- Google
- Google Acadêmico (Google Scholar)
- Latindex – www.latindex.org
- LILACS/BIREME – Literatura Latinoamericana e do Caribe das Ciências da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS e da Organização Mundial da Saúde – www.bireme.br
- Proquest – www.proquest.com.br
- PSICODOC. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid/UNESCO
International Union of Psychological Science, IUPsyS: www.psicodoc.copmadrid.org
- Psi Periódicos (BVS-psi) – www.bvs-psi.org.br
- www.psipesquisa.com.br
- QUALIS – www.periodicos.capes.gov.br



– www.scielo.br

- Redalyc - Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal – <http://redalyc.uaemex.mx>
- Scirus – www.scirus.com
- Scopus – www.scopus.com
- Thomson Reuters (ISI)
 - . Social Sciences Citation Index
 - . Social Scisearch®
 - . Journal Citation Reports/Social Sciences Edition
- WAME – World Association of Medical Editors – www.wame.org

Versão eletrônica (Published on line)

<http://www.fundamentalpsychopathology.org>

Catálogo na Fonte –
Biblioteca Central – PUC-SP

Impresso na Pigma Fast – 8.6.2014

Printed in Pigma Fast – 6.8.2014

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental

Rua Tupi, 397 – 10º – 104

01233-001 São Paulo, SP Brasil

Telefax: 00 55 11 3661-6519

psicopatologiafundamental@uol.com.br

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, órgão oficial da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.-- v.1 n.1 (1998)- . -- São Paulo : Editora Escuta, 1998-

Trimestral
ISSN 1415-4714

1. Psicopatologia – Periódicos. I. Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.

CDD 150.5

Linha editorial

A *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* – RLPF é órgão oficial da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental – AUPPF, sociedade científica que reúne professores doutores de universidades de todo o mundo.

Dedica-se à publicação de editorial, artigos e resenhas originais de psicopatologia que levem em consideração a subjetividade. Além disso, publica ensaios raros e de difícil acesso e que são documentos históricos de relevância para outras pesquisas. Valoriza artigos e ensaios resultantes de pesquisas utilizando o método clínico baseado em relato de caso contendo questão a ser investigada.

A revista é dirigida por um Editor Responsável e por Editores Associados que respondem pelas seções específicas. Possui, também, Conselho Editorial e Conselho Científico atuantes.

“Editorial” é assinado pelo Editor Responsável ou por alguém por ele convidado, podendo também ser submetido por pessoa com explícito conhecimento a respeito do assunto abordado.

A seção “Artigos” é de responsabilidade do Editor Responsável e publica somente artigos inéditos, em português, inglês, espanhol e francês.

A seção “Saúde Mental” publica artigos inéditos sobre o tema em diversos países.

“Observando a Medicina” inclui artigos e/ou ensaios que revelam as mais recentes tendências do campo médico.

“Clássicos da Psicopatologia” inclui artigos inéditos e ensaios sobre a psicopatologia clínica e descritiva dos séculos XIX e XX.

“História da Psiquiatria” é composta por artigos inéditos e ensaios sobre o tema.

“Observando a Psiquiatria” publica artigos controversos sobre psiquiatria contemporânea

“Movimentos literários” comenta aspectos psicopatológicos em obras de ficção.

“Primeiros Passos” contém artigos de pesquisadores iniciantes, estudantes de iniciação científica ou de especialização, sem necessariamente ser em coautoria com seus orientadores.

Editorial Line

The *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* (RLPF) is the official organ of the University Association for Research in Fundamental Psychopathology, a scientific society that brings together university professors from around the world.

The journal is dedicated to the publication of original editorials, articles and book reviews in the area of psychopathology that take subjectivity into consideration. It also publishes rare and hard-to-find essays and other historical documents that may be useful for current research. First priority is given to articles and essays resulting from research using the clinical method based on accounts with problematic questions.

The journal is directed by a general editor and by associate editors who organize the specific sections. It also has active editorial and scientific boards. The editorial presented in each issue is written by the general editor or by someone invited by him, although texts may also be submitted by persons with explicit knowledge of the topic treated.

The section entitled “Articles” is under the responsibility of the general editor and presents only unpublished texts, in Portuguese, English, Spanish and French.

The “Mental Health” section presents unpublished articles on the theme, as treated in different countries.

“Observing Medicine” includes articles and/or essays that discuss the most recent trends in the field of medicine.

“Classics of Psychopathology” includes unpublished articles and essays about clinical and descriptive psychopathology of the 19th and 20th centuries.

“The History of Psychiatry” consists of unpublished articles and essays in this area of study.

“Observing Psychiatry” publishes controversial articles on contemporary psychiatry.

“Literary Movements” publishes articles on the psychopathological aspects in literature.

“First Steps” includes articles written by initial researchers, students who are beginning a research career.

REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

17(2), jun. 2014

Editor Responsável / Editor: Prof. Manoel Tosta Berlinck, Ph.D (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP), São Paulo, Brasil. Membro da Associação Mundial de Editores Médicos – WAME (World Association of Medical Editors – WAME) e do Council of Scientific Editors (CSE).

Editores Associados / Associate Editors

História da Psiquiatria / History of Psychiatry: Prof^ª D^ª Ana Maria G. Raimundo Oda (Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos – Ufscar), São Carlos, Br. e Prof. Dr. Paulo Dalgallardo (Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas – Unicamp), Campinas, Br.)

Saúde Mental / Mental Health: Prof^ª D^ª Ana Cristina Costa de Figueiredo (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ), Rio de Janeiro, Br. e Prof^ª D^ª Andrea Máris Campos Guerra (Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG), Belo Horizonte, Br.

Clássicos da Psicopatologia / Classics of Psychopathology: Prof. Dr. German E. Berrios (University of Cambridge), Cambridge, UK

Observando a Medicina / Observing Medicine: Mônica Teixeira (Fundação Padre Anchieta), São Paulo, Br e Prof. Dr. Erney Plessmann de Camargo (Universidade de São Paulo – USP), São Paulo, Br.

Resenha de Livros / Book Reviews: Prof^ª D^ª Sonia Leite, Rio de Janeiro, Br.

Movimentos Literários/ Literary Moviments: Vários

Primeiros Passos / First Steps: Prof^ª D^ª Ana Cecilia Magtaz (Universidade de São Paulo – USP), São Paulo, Br.

Observando a Psiquiatria / Observing Psychiatry: Claudio E. M. Banzato (Universidade Estadual de Campinas – Unicamp) Campinas, SP. Br e Rafaela Zorzanelli (Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ) (Rio de Janeiro, Br.

Conselho Editorial / Editorial Board: Prof^ª D^ª Marta Gerez Ambertín (Universidad Nacional de Tucumán), Tucumán, Ar; Prof. Dr. German E. Berrios (Cambridge University), Cambridge, UK; Prof. Dr. Henrique Figueiredo Carneiro (Universidade do Estado de Pernambuco), Garanhuns, PE, Br; Prof. Dr. Héctor Pérez-Rincón (Universidad Nacional Autónoma de México), México, Mx; Prof. Dr. James Phillips (Yale School of Medicine), New Haven, USA; Prof^ª D^ª Edilene Freire de Queiroz (Universidade Católica de Pernambuco – Unicap), Recife, Br; Prof. Dr. Jean-Jacques Rassiál (Université Aix-Marseille), Aix, Fr; Prof^ª D^ª Maria Lucrecia Rovalletti (Universidad de Buenos Aires), Buenos Aires, Ar

Conselho Científico / Scientific Board: Prof^ª D^ª Marta Regina de Leão D'Agord (Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS), Porto Alegre, Br; Prof^ª D^ª Marta Gerez Amberfín (Univ. Nac. de Tucumán), Tucumán, Ar; Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP), São Paulo, Br; Prof^ª D^ª Leda Mariza F. Bernardino (Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC-PR), Curitiba, Br; Prof. Dr. German E. Berrios (Cambridge University), Cambridge, UK; Prof^ª D^ª Vera Lopes Besset (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ), Rio de Janeiro, Br; Prof^ª D^ª Marta Rezende Cardoso (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ), Rio de Janeiro, Br; Prof^ª D^ª Terezinha Fêres-Carneiro (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-RJ), Rio de Janeiro, Br; Prof. Dr. Paulo Roberto Ceccarelli (Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC-Minas), Belo Horizonte, Br; Profa. Dra. Marta Braga de Matos Dias da Costa (Universidade Fernando Pessoa) Porto, Portugal; Prof. Dr. Gisálio Cerqueira

Filho (Universidade Federal Fluminense – UFF), Niterói, Br; Prof^a D^{ist} Maria Virginia Filomena Cremasco (Universidade Federal do Paraná – UFPR), Curitiba, Br; Prof^a D^{ist} Ma. Antonia Reyes A. Dautrey (Universidad Autónoma de San Luis Potosí), San Luis Potosí, Mx; Prof^a D^{ist} Helena Maria Melo Dias (Universidade do Estado do Pará), Belém, Br; Prof. Dr. Mauricio Fernandez (Universidad de Antioquia), Medellín, Co; Prof. Dr. Ademir Pacelli Ferreira (Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ), Rio de Janeiro, Br; Prof^a D^{ist} Ana Cristina Costa de Figueiredo (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ), Rio de Janeiro, Br; Prof^a D^{ist} Cassandra Pereira França (Universidade Federal de Minas Gerais), Belo Horizonte, Br; Prof. Dr. Sérgio de Gouvêa Franco (Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – Fecap), São Paulo, Br; Prof^a D^{ist} Joyce M. Gonçalves Freire (Universidade Federal de Uberlândia), Uberlândia, Br; Prof^a D^{ist} Betty Bernardo Fuks (Universidade de Veiga de Almeida – UVA), Rio de Janeiro, Br; Prof^a D^{ist} Maria del Carmen Espinosa Gómez (Universidad de Guadalajara), Guadalajara, Mx; Prof. Dr. Roland Gori (Université Aix-Marseille), Aix, Fr; Prof^a D^{ist} Andrea Mâris Campos Guerra (Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG), Belo Horizonte, Br; Prof^a D^{ist} Adela Stoppel de Gueller (Instituto Sedes Sapientiae), São Paulo, Br; Prof. Dr. Gabriel Zárate Guerrero (Universidad de Guadalajara), Guadalajara, Mx; Prof^a D^{ist} Maria Cristina M. Kupfer (Universidade de São Paulo – USP), São Paulo, Br; Prof^a D^{ist} Sonia Leite (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), Rio de Janeiro, Br; Prof^a D^{ist} Claudia Henschel de Lima (Universidade Federal Fluminense – UFF), Niterói, Br; Prof^a D^{ist} Rosa Guedes Lopes (Universidade Estácio de Sá), Rio de Janeiro, Br; Prof^a D^{ist} Ana Cecília Magtaz (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP-USP), São Paulo, Br; Prof^a D^{ist} Dayse Stoklos Malucelli (Universidade Tuiuti do Paraná), Curitiba, Br; Prof^a D^{ist} Isabel da Silva Kahn Marin (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP), São Paulo, Br; Prof^a D^{ist} Eliane Michelini Marraccini (Instituto Sedes Sapientiae), São Paulo, Br; Prof^a D^{ist} Ana Cleide Guedes Moreira (Universidade Federal do Pará – UFPA), Belém, Br; Prof^a D^{ist} Virginia Moreira (Universidade de Fortaleza – Unifor), Fortaleza, Br; Prof^a D^{ist} Maria Livia Tourinho Moretto (Universidade de São Paulo – USP), São Paulo, Br; Prof. Dr. José Otávio Vasconcellos Naves (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-RJ), Rio de Janeiro, Br; Prof. Dr. Francisco Pizarro Obaid (Universidad Diego Portales), Santiago, Cl; Prof^a D^{ist} Ana Maria Galdini Raimundo Oda (Universidade Estadual de Campinas – Unicamp), Campinas, Br; Prof^a D^{ist} Carmem Lucia Montecchi Valladares de Oliveira (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP), São Paulo, Br; Prof. Dr. Plínio W. Prado Jr. (Université de Paris 8 – St. Denis) Paris, Fr; Prof^a D^{ist} Edilene Freire de Queiroz (Universidade Católica de Pernambuco – Unicap), Recife, Br; Prof^a D^{ist} Silvana Rabello (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP), São Paulo, Br; Prof. Dr. Jean-Jacques Rassial (Aix-Marseille), Aix, Fr; Prof. Dr. Manuel Morgado Rezende (Universidade Metodista de São Paulo), São Paulo, Br; Prof^a D^{ist} Maria Anita Carneiro Ribeiro (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-RJ), Rio de Janeiro, Br; Prof^a D^{ist} Maria Lucrecia Rovalletti (Universidad de Buenos Aires), Buenos Aires, Ar; Prof^a D^{ist} Ana Maria Rudge (Universidade Veiga de Almeida – UVA), Rio de Janeiro, Br; Prof^a D^{ist} Cristina Lindenmeyer-Saint Martin (Université de Paris 7), Paris, Fr; Prof^a D^{ist} Tânia Coelho dos Santos (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ), Rio de Janeiro, Br; D^{ist} Rosane de Abreu e Silva (Tribunal de Contas do Rio Grande do Sul), Porto Alegre, Br; Prof. Dr. Nelson da Silva Jr. (Universidade de São Paulo – USP), São Paulo, Br; Prof. Dr. Paulo Roberto Mattos da Silva (Universidade Federal Fluminense – UFF), Niterói, Br; Prof. Dr. Edson Luiz André de Sousa (Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS), Porto Alegre, Br; Prof^a D^{ist} Mériti de Souza (Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC), Florianópolis, Br; Mônica Teixeira (Universidade Virtual do Estado de São Paulo na TV Cultura), São Paulo, Br; Prof^a D^{ist} Delphine Scotto Di Vettimo (Université de Nice), Nice, Fr; Prof^a D^{ist} Junia de Vilhena (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-RJ), Rio de Janeiro, Br; Prof^a D^{ist} Silvia Abu-Jamra Zornig (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-RJ), Rio de Janeiro, Br.

164

Produção Editorial / Production e/and Assinaturas / Subscriptions

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental

Rua Tupi, 397 – 10^a – 104
01233-001 São Paulo, SP/Br
Telefax: 55 11 3661-6519

e-mail: psicopatologiafundamental@uol.com.br / www.fundamentalpsychopathology.org

Sumário

Editorial

Héctor Perez-Rincón

La acedia hoy 169

Notícia

Manoel Tosta Berlinck

“Observando a Psiquiatria”: nova seção da *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* 173

Artigos

Jane Glaiby Silva Bastos e Isabel Kahn Marin

Adolescentes exibicionistas: a busca de um olhar 175

Nathalia Teixeira Caldas Campana e Rogério Lerner

Trocas alimentares entre bebês irmãos de autistas e suas mães: risco ou recurso? 191

Cristiana Miranda Ramos Ferreira e Jésus Santiago

Apresentação de pacientes: Clérambault, mestre de Lacan 204

Tania Coelho dos Santos

La pratique psychanalytique et sa jouis-science 218

Pablo López-Silva

Consideraciones críticas sobre la propuesta de Thomas Szasz. Entre filosofía de la mente, fenomenología y psiquiatria 234

Ensaio

Junia de Vilhena; Joana V. Novaes e Carlos Mendes Rosa

A sombra de um corpo que se anuncia: corpo, imagem e envelhecimento 251

Saúde Mental

Artigo

- Tania Kuperman Sztajnberg e Maria Tavares Cavalcanti*
Sob o pé do castanheiro: histórias que perpassam um
Serviço Residencial Terapêutico265

Clássicos da Psicopatologia

Ensaio

- Dr. Hughlings-Jackson, Dr. G. H. Savage, Dr. C. Mercier e
Dr. Milne Bramwell*
Uma discussão sobre o artigo “Ideias imperativas”,
do Dr. Hack Tuke279

História da Psiquiatria

Ensaio

- Xavier Urquiaga*
No centenário de *Allgemeine Psychopathologie*309

Observando a Psiquiatria

Artigo

- Rafaela Zorzanelli, Paulo Dalgalarrondo e Cláudio E. M. Banzato*
O projeto *Research Domain Criteria* e o abandono da tradição
psicopatológica328

Primeiros Passos

Artigo

- Priscila Simara Novaes*
O tratamento da dependência química e o
ordenamento jurídico brasileiro342

Resenha de Livros

- Lucia Serrano Pereira*
Relançar de uma experiência: a clínica psicanalítica
e as psicoses357

- Maria Theresa da Costa Barros*
Estrutura ou Sintoma? Debate sobre a Clínica Psicanalítica das
Toxicomanias na Assistência Pública360

Movimentos Literários

- Andrés Eduardo Aguirre Antúnez e Gilberto Safra*
El poeta, el filósofo, el médico: estudio del sufrimiento363

Contents

Editorial

Héctor Perez-Rincón

La acedia hoy169

News

Manoel Tosta Berlinck

“Observing a Psychiatry”: new section in *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology*173

Articles

Jane Glaiby Silva Bastos e Isabel Kahn Marin

Exhibitionist teenage girls: wanting to be seen.....175

Nathalia Teixeira Caldas Campana e Rogério Lerner

Exchanges of food among siblings of autistic babies and their mothers: Risk or resource?.....191

Cristiana Miranda Ramos Ferreira e Jésus Santiago

Presentation of patients: Clérambault, teacher of Lacan.....204

Tania Coelho dos Santos

Psychoanalytic practice and its scientific jouissance218

Pablo López-Silva

Critical considerations on the proposal of Thomas Szasz.
Relating philosophy of the mind, phenomenology and psychiatry....234

Essay

Junia de Vilhena; Joana V. Novaes e Carlos Mendes Rosa

The shadow of a body that is present: body, image and aging.....251

Mental Health

Article

Tania Kuperman Sztajnberg e Maria Tavares Cavalcanti

In the shade of the chestnut tree: Life at a therapeutic residence.....265

Classics of Psychopathology

Essay

*Dr. Hughlings-Jackson, Dr. G. H. Savage, Dr. C. Mercier e
 Dr. Milne Bramwell*

A discussion on Dr. Hack Tuke’s article “Imperative ideas”279

History of Psychiatry

Essay

Xavier Urquiaga

Upon the centenary of *Allgemeine Psychopathologie*309

Observing Psychiatry

Article

Rafaela Zorzanelli, Paulo Dalgalarrondo e Cláudio E. M. Banzato

The *Research Domain Criteria* project and abandoning tradition
 in psychopathology328

First Steps

Article

Priscila Simara Novaes

Treatment for chemical dependence and the
 Brazilian legal system342

Book review

Lucia Serrano Pereira

Returning to an experience: psychoanalytic clinic
 and the psychoses357

Maria Theresa da Costa Barros

Structure or symptom? Debate on the psychoanalytic clinic
 for drug addiction in public health and social service facilities.....360

Literary Movements

Andrés Eduardo Aguirre Antúnez e Gilberto Safra

The poet, the philosopher, the physician: the study of suffering363

Also read377

Instructions to Authors380

Editorial

La acedia hoy

Héctor Pérez-Rincón*

Cuando el orbe psiquiátrico se encuentra inmerso en la discusión suscitada por la aparición del DSM-5, (Alarcón, 2014) resulta muy reconfortante que la *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental* proponga una reflexión sobre el concepto de *acedia*. ¿Tiene aún valor o utilidad psicopatológica o fenomenológica este arcaicismo? podría preguntarse algún especialista adocenado por los Manuales Diagnósticos y Estadísticos en uso.

Nombrar nunca ha sido una actividad inocente o mero fruto del azar, y en este caso la arqueología de las palabras revela una genética de los conceptos sobre la naturaleza humana y las diversas formas de su sufrimiento.

Los cambios en el uso de los términos que describen los movimientos de la vida afectiva no han sido, pues, solamente el resultado del progreso de la ciencia o la técnica — a la manera en que, en el siglo XIX, la *dothiémentérie* de Bretonneau se transmuta en la “fiebre tifoidea” o el “cólico miserere” en el ataque agudo de apendicitis — sino que podría decirse que el acto de nombrar estuvo siempre inmerso en la estructura social y que los vocablos de lo mental nunca serían sólo instrumentos del uso exclusivo de la filosofía, la medicina, la psicología, el psicoanálisis o la psiquiatría. En todas estas disciplinas ha circulado la rica herencia de palabras que nos vienen de muy lejos, pero como ocurre con los sonidos en la armónica de cristal, no en todos los recipientes el fluido semántico tuvo las mismas resonancias (Pérez-Rincón, 1993).

* Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F. E.

Así, dispuestos a rescatar el vocablo, acudimos primero al *Diccionario de la Real Academia Española*:

Acedía o acedia. 1. (Del lat. *Acidia*, y este del gr. *ακηδία*, negligencia). f. Pereza, flojedad/ 2. Tristeza, angustia.

Acedía. 1. Cualidad de acedo. 2. Acidez o agrura del estómago. 3. platija.¹ 4. Desabrimiento, aspereza de trato. 5. Amarillez que toman las plantas cuando se acedan. (Real Academia Española, 2001).

Enseguida, el siempre útil “Nuevo Valbuena” nos informa que el término pertenece a los escritores eclesiásticos, que rara vez se halla en los escritores clásicos, o más generalmente, que es de baja latinidad:

+ACEDIA, ae. f. Ecles. Acedía, desabrimiento, desazón, disgusto, tedio.// Negligencia, indiferencia, pereza, indolencia.// Desfallecimiento, descaecimiento, abatimiento del ánimo, de espíritu, de corazón, languidez.// Tristeza.

+ACEDIOR, aris, ási. Ecles. Estar acedo, poco afable, áspero, desapacible, desabrido, mal acondicionado (Valbuena, 1873).

Ítem:

Portugués: azedia, azedume, acrimonia.

Italiano: accidia.

Francés: aigreur, acidité, âpreté, rudesse.

Inglés: 1. acidity, sourness. 2. Heartburn ora cid indigestión. 3. Unpleasantness, roughness, uncouthness (of maner). 4. (ichth.) plaice, flounder.

Alemán: Rauheit.

Chino: 燒心

Árabe: قرح

Ruso: изжога

Hebreo: תברצ

¿Sinónimos de un mismo fenómeno o una misma vivencia? ¿O bien, estados diferentes aunque emparentados?

En su hermoso y bien documentado libro “*Mélancolie. Les métamorphoses de la dépression*”, Hélène Prigent, quien fue colaboradora de Jean Clair en la curaduría de la

¹ “Platija. (Del lat. *platessa*). F. Pez teleósteo marino, anacanto, semejante al lenguado, pero de escamas más fuertes y unidas, y color pardo con manchas amarillas en la cara superior. Vive en el fondo de las desembocaduras de los ríos al norte de España y su carne es poco apreciada”. *Diccionario de la Lengua Española*. Real Academia Española.

célebre exposición *Mélancolie. Génie et folie en Occident* (París, Grand Palais, 13 de octubre de 2004-16 de enero de 2005), realizó una revisión erudita de la evolución del concepto religioso de acedia, y remitimos a ella para poder captar mejor la pertinencia de evocar en nuestros días esa condición psicológica (Prigent, 2005).

Baste aquí recordar que en Homero, ἀκηδία designa el estado de un despojo sin sepultura, que Empédocles nombra con ella a la indiferencia, y que para Hipócrates significa la experiencia del pesar de sí mismo. El término se menciona en varias ocasiones en la versión griega de la Biblia de los Setenta, en particular en los Salmos y en Isaías, donde significa “pesar”, “abatimiento”; en copto se traduce por “lasitud del corazón” y en siríaco por “quebranto”, “abatimiento del espíritu” o “aburrimiento”. Para Orígenes, en el siglo III, la *acedia* se menciona dentro de los efectos engendrados por los demonios. El término tuvo una gran difusión entre los anacoretas retirados al desierto gracias a los tratados de Evagrio Póntico (345-399), quien los previno de los vicios que los acechaban en tan alejado y despoblado sitio, siendo la *acedia*, para él, la más temible de las tentaciones. Evagrio estableció una lista de ocho “vicios malvados”, que daría lugar posteriormente a los más conocidos “siete pecados capitales”: gula (*gastrimargia*), lujuria (*fornicatio*), avaricia (*philargyria*), tristeza (*tristitia*), vanagloria (*cenodoxia*), ira, orgullo (*superbia*) y apatía (*acedia*). A partir del 414 San Jerónimo introduce el concepto en Occidente y poco después el monje italiano Juan Casiano aseguró su difusión en Occidente en donde tal estado, también llamado “el demonio del mediodía”, acechará a los monasterios latinos como lo había hecho en los de Egipto y Siria. Casiano, no obstante, la consideró muy próxima a la tristeza, lo que hizo que menos de dos siglos después San Gregorio Magno suprimiera a la *acedia* de su nueva lista de pecados capitales integrando sus efectos dentro de los de la tristeza. Para el siglo XII, Hugues de Saint-Victor la menciona como “una tristeza nacida de la confusión espiritual, un disgusto o una amargura inmoderada del alma”, y en el XIII Santo Tomás de Aquino establece sus límites para el Occidente medieval: “tristeza abrumadora que produce en la mente del hombre una depresión tal que ya no tiene deseo de hacer lo que sea, a la manera de esas cosas que, mordidas por el ácido, se vuelven completamente frías: es por esto que la *acedia* produce un disgusto de la acción”, sin embargo, para el aquinate *acedia* y melancolía son dos entidades diferentes, siguiendo en ello a San Jerónimo que desde el siglo V precisaba que esta última “necesita menos nuestros consejos que los remedios de Hipócrates”. Tal diferencia desaparecería a partir del siglo XIV en que ambos términos se vuelven intercambiables.

En el célebre óleo sobre tabla “Los siete pecados capitales”, actualmente en el Museo del Prado, pintado entre 1475 y 1485 por Hieronymus Bosch (1450-1516), *accidia* es el nombre dado a la pereza aunque la facies del personaje que la representa demuestra más bien disgusto o depresión. En el ángulo inferior izquierdo de esa mesa se representan los terribles castigos que esperan a los pecadores en el Infierno. Para la *accidia* la punición consiste en que el pecador “es sujetado por el demonio alado Belfegor

quien lleva el rostro de aquel hacia sus genitales mientras un súcubo encarnado en forma loba vestida de mujer le atiza un martillazo sobre un yunque”. (Vila Redondo, 2012).

Sea equivalente de melancolía o de pereza, el “pecado” de la *acedia* debió ser rescatado del Infierno como ocurrió con los suicidas cuando desde los inicios de la Psiquiatría Esquirol explicó tal conducta “contra Dios” como la complicación de un estado de depresión grave: “todos los suicidas son alienados”. (Pérez-Rincón, 1983) ¿No es dentro del mismo orden de ideas la antigua *acedia* y el *tedium vitae* la “sequedad” o “aridez” que Pierre Janet planteó en “De la angustia al éxtasis”? (Janet, 1991) ¿Podemos decir que quienes sufrían de *acedia* deberían ser rediagnosticados hoy en día como afectados de depresión, anhedonia o con el de moda “síndrome de fatiga crónica”? ¿O tal vez habría que regresar a ese concepto para reintroducir una dimensión espiritual a las modernas clasificaciones diagnósticas?

San Lorenzo Huipulco, abril de 2014.

Referencias

172

- Alarcón, R. (2014). Les composantes culturelles dans le DSM-5: contenus fondamentaux ou concessions purement cosmétiques? *Evol Psychiatr*, 79(1), 39-53.
- Janet, P. (1991). *De la angustia al éxtasis*. T I. (Juan José Utrilla, trad.). México: FCE, pp. 140-145.
- Nuevo Valbuena ó Diccionario Latino-Español formado sobre el de Don Manuel Valbuena con muchos aumentos, correcciones y mejoras por Don Vicente Salvá*. (15ª Ed.). Paris: Librería de Garnier Hermanos, 1873:12.
- Pérez-Rincón, H. (1983). El suicidio de los hombres de letras. *Salud Mental*, 6(1), 26-28.
- Pérez-Rincón, H. (1993, enero-marzo). Nombrar y comprender. *Revista del Residente de Psiquiatría*, 4(1), 6-9.
- Prigent, H. (2005). *Mélancolie. Les métamorphoses de la dépression*. Paris: Découvertes Gallimard/Réunion des Musées Nationaux Arts, pp. 22-34.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. (22ª-Ed.). Madrid, p. 15.
- Vila Redondo, A. G. (2012) ¡Cuidado, cuidado!! Dios os ve... El Bosco, Dante y Los Siete Pecados Capitales. *Medieval*, 44(8), 64-72.

HÉCTOR PÉREZ-RINCÓN

Professor de História da Psiquiatria, Universidade Nacional Autónoma de México (México, DF); Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (México, DF).
Calzada México-Xochimilco 101. Colonia San Lorenzo Huipulco
Delegación Tlalpan, 14370 México, D. F. E.
e-mail: perezrh@imp.edu.mx

“Observando a Psiquiatria”: nova seção da *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*

A partir do número de março de 2014, a *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* (RLPF) apresenta nova seção.

“Observando a Psiquiatria” tem, como Editores Associados, o Prof. Dr. Cláudio E. M. Banzato, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e a Profa. Dra. Rafaela Zorzanelli, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Pretende-se, com essa iniciativa, incluir, de forma marcante, a RLPF como protagonista nos temas contraditórios próprios da Psiquiatria.

A *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* tem se preocupado com o debate entre abordagens objetivas e outras, subjetivas dos transtornos mentais, caracterizadas pela Psicanálise e pela Psiquiatria. Entretanto, uma revista de psicopatologia que se preze deve se interessar profundamente além das relevantes contradições existentes no interior da própria Psicanálise. A Psiquiatria é um vasto e rico campo de pesquisa e de conhecimento sobre os transtornos mentais apresentando aspectos contraditórios.

Assim, por exemplo, a RLPF deveria se manifestar a respeito do debate de fundo, sempre recorrente, sobre o *status* dos transtornos mentais, abordando duas posições bastante debatidas: se tais transtornos estão fundamentados unicamente na biologia ou se são socialmente construídos. Outro tema a ser tratado pela revista

é o da discussão da proposta do *Research Domain Criteria* (RDoC), de Thomas Insel, Diretor do *National Institute of Mental Health* (NIMH), em contraposição à recente publicação do DSM-5. Um terceiro tema pertinente à nova seção seria o uso de modelos animais em Psiquiatria, seu alcance e suas limitações. Há, pois, numerosos conteúdos contraditórios merecendo contribuições de nossa revista, visto que só assim, com textos de qualidade sobre o contraditório, a revista poderá contribuir para o avanço do conhecimento da Psiquiatria e se destacar nessa área como importante publicação científica.

É, pois, com grande orgulho que anunciamos essa nova seção dirigida por dois estudiosos da Psiquiatria unindo ensino e pesquisa, clínica e teoria.

Adolescentes exibicionistas: a busca de um olhar*¹

Jane Glaiby Silva Bastos*²
Isabel Kahn Marin*³

Este artigo reflete sobre adolescentes autoras de ato infracional, adotando como ponto de partida a fala habitual da instituição que as acolhia — Fundação de Atendimento Socioeducativo do Pará —, segundo a qual o trabalho com adolescentes do sexo feminino é mais difícil. Buscando respostas para essa formulação emblemática, a partir de entrevistas psicológicas com cinco adolescentes em conflito com a lei, verificou-se que essa dificuldade se associava à exposição que as adolescentes faziam dos genitais no cotidiano institucional, colocando em questão alguns aspectos da sexualidade feminina.

Palavras-chave: *Adolescentes, conflito com a lei, exibicionismo, sexualidade feminina*

*¹ Artigo baseado na dissertação de mestrado intitulada *Transgressão e adolescência feminina: estudo psicanalítico em torno de cinco adolescentes institucionalizadas* (2001), orientada pelo Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck. Mestrado Interinstitucional em Psicologia Clínica, convênio Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, Universidade Federal do Pará (UFPA) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

*² Universidade do Estado do Pará – UEPA (Belém, PA, Br).

*³ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP (São Paulo, SP, Br).

Adolescentes transgressoras institucionalizadas

Muito tem sido dito, nas duas últimas décadas, sobre a condição do adolescente em conflito com a lei; entretanto, os estudos sobre a adolescente em conflito com a lei ainda são escassos, refletindo sua invisibilidade social na esteira da mesma invisibilidade que recobre o tema da criminalidade feminina.

No campo da psicanálise, essa realidade não é diferente e, apesar de se encontrar uma significativa literatura, desde Freud, sobre a psicodinâmica da delinquência juvenil, observamos que o tema foi abordado sem a devida distinção de sexo, evidenciando a carência de estudos dessa saída sintomática na adolescente mulher. Desse modo, temos a prevalência de um discurso social, científico e até mesmo psicanalítico que focaliza o adolescente, cujo efeito é certo silêncio sobre o mal-estar que a adolescente em conflito com a lei põe em evidência.

Foi a partir do contato com pedagogos, psicólogos, assistentes sociais e monitores da Fundação de Atendimento Socioeducativo do Pará (Fasepa)¹ que nos sentimos instigadas por uma questão que pretendemos desenvolver neste artigo. Diziam sentir maiores dificuldades de intervenção psicossocial junto à adolescente que cometeu ato infracional do que em relação ao adolescente, levando-os a recorrentemente declarar: *trabalhar com meninas é mais difícil*.

Face à similaridade da condição de precariedade socioeconômica e educacional tanto das adolescentes quanto dos adolescentes, bem como dos atos infracionais praticados por ambos os sexos, envolvendo desde a fuga de casa e furtos, uso e tráfico de drogas, até a prática de homicídio, os profissionais da instituição identificavam dois aspectos na questão da adolescente autora de ato infracional, diferentes em relação aos observados em adolescentes do sexo masculino.

O primeiro referia-se à ausência materna no processo de cumprimento de medida socioeducativa das filhas, diferentemente do que ocorria nas unidades de atendimento aos meninos, nas quais as mães estavam presentes durante o período em que seus filhos deviam responder pela infração cometida, tanto com telefonemas frequentes quanto com visitas semanais.

O segundo elemento identificado como específico da problemática das adolescentes foi a forma como estas presentificavam o corpo na instituição, fazendo

¹Instituição que coordena a política de aplicação de medidas socioeducativas no Estado do Pará, com dez (10) unidades de atendimento ao adolescente em conflito com a lei. Na ocasião da pesquisa chamava-se Fundação de Amparo à Criança e ao Adolescente (Funcap).

“coisas” que deixavam os funcionários “sem saber o que fazer”: tiravam as roupas na ocasião dos atendimentos por técnicas e monitores e também despiam-se em frente às janelas da instituição à vista de todos, deixavam exposto o sangue menstrual e sujavam as paredes dos banheiros com ele; algumas, recorrentemente desenhavam os genitais durante as atividades pedagógicas, sendo este último aspecto o que chamava a atenção dos profissionais do Centro Socioeducativo Feminino (CSEF) no sentido de alegarem mais dificuldade no trabalho socioeducativo. Portanto, o ato transgressor de exibição do corpo nu nos atendimentos e no dia-a-dia da instituição era o que provocava o mal-estar e o “não saber o que fazer”.

Esse artigo pretende aprofundar as questões suscitadas na referida dissertação, principalmente no que diz respeito ao mal-estar frente ao exibicionismo das adolescentes. Recuperou-se o material obtido no processo de entrevistas psicológicas com cinco adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas no CSEF, as quais foram orientadas pela escuta transferencial, conforme o método da psicanálise. É importante observar que, durante a realização das entrevistas, também ocorreram atos de exibição obscena, adotado como elemento de análise, no sentido de buscarmos a singularidade do que ali se expressava, do que se dava a ver nessa exposição do corpo nu e sua função no contexto institucional.

Sobre o exibicionismo

O termo “exibicionista” deriva do verbo latino *exibere*, que significa “expor”. De acordo com o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-IV), o exibicionismo é uma parafilia, um transtorno que envolve a exposição dos próprios genitais a um estranho, geralmente sem qualquer tentativa de atividade sexual adicional com este. Em alguns casos, o indivíduo está consciente de um desejo de surpreender ou chocar o observador; em outros, tem a fantasia sexualmente excitante de que o observador ficará sexualmente excitado.

Segundo Kahr (2010), a exposição dos órgãos genitais a alguém desprevenido, em contextos sociais inapropriados, é um meio de se obter uma gratificação sexual, sendo a maior parte dos exibicionistas homens jovens, embora haja um pequeno número de mulheres que tendem a expor suas partes.

Em sua obra inaugural *A interpretação dos sonhos* (1900), Freud concedeu importante lugar à ocorrência de sonhos exibicionistas, situando-os entre os sonhos típicos. Estes, em completo contraste com a regra geral de que cada pessoa tem liberdade de construir seu mundo onírico de acordo com suas peculiaridades e assim torná-lo ininteligível para outros, têm, como característica, o fato de que quase todo mundo os possui da mesma forma, com o mesmo sentido, e provenientes da mesma

fonte. Os sonhos exibicionistas teriam um efeito de embriaguez que o ato de se despir pode causar.

Pois o contexto em que esse tipo de sonhos aparece durante minhas análises de neuróticos não deixa dúvida de que eles se baseiam em lembranças da mais tenra infância. Somente na nossa infância é que somos vistos em trajes inadequados, tanto por membros de nossa família como por estranhos — babás, criadas e visitas; e é só então que não sentimos vergonha de nossa nudez. Podemos observar como o despir-se tem um efeito quase excitante sobre muitas crianças, mesmo em seus anos posteriores, em vez de fazê-las sentir-se envergonhadas. Elas riem e pulam nuas e se dão palmadas, enquanto a mãe ou quem quer que esteja presente as reprova e diz: “Uh, que escândalo! Vocês nunca devem fazer isso!”. As crianças manifestam muitas vezes um desejo de se exibirem. É difícil passarmos por um vilarejo do interior em nossa parte do mundo sem encontrarmos uma criança de dois ou três anos levantando a camisinha diante de nós — em nossa homenagem, talvez. (Freud, 1900/1992, p. 272)

178

Ao declarar que qualquer homem ou mulher adulto incorreu, no passado, em formas de exposição genital, disse extraindo prazer, Freud nos ajuda a compreender não apenas o importante papel da exibição genital no desenvolvimento da criança comum, na esteira do que podemos chamar de condição exibicionista da humanidade, mas também que a persistência desse impulso infantil de exhibir-se, que permanece fixado no estágio perverso polimorfo, alcança o nível de um sintoma, configurando a categoria dos exibicionistas.

A maior contribuição de Freud para o estudo do comportamento exibicionista foi sem dúvida a sua insistência no fato de cada um de nós começar a sua vida sob a forma de uma criança exibicionista, caracterizando-se o perverso falhar na tarefa — que, no entanto, a maior parte de nós acaba por ser capaz de levar a cabo — de conter os impulsos de exibição indevida. (Kahr, 2010, p. 59)

Mas foi em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905/1992) que Freud deu a mais significativa contribuição para o estudo dos atos de desnudamento exibicionista, considerados como desvio do alvo sexual.

Por outro lado, o prazer de ver [escopofilia] transforma-se em perversão (*a*) quando se restringe exclusivamente à genitália, (*b*) quando se liga à superação do asco (o *voyeur*) — espectador das funções excretórias, ou (*c*) quando suplanta o alvo sexual normal, em vez de ser preparatório para ele. Este último é marcadamente o caso dos exibicionistas que, se posso deduzi-lo após diversas análises, exibem seus genitais para conseguir ver, em contrapartida, a genitália do outro. (p. 148-149)

De acordo com Freud, portanto, podemos dizer que o sujeito exibicionista faz desse expediente um apelo ao espectador para que este também se exhiba, ao modo de

uma relação especular. Temos assim, nos textos freudianos, o exibicionismo entendido como um sintoma da perversão, cujo desejo seria de obtenção de uma imagem especular. Se o exibicionismo é um sintoma da perversão, como pensar os atos exibicionistas das adolescentes em conflito com a lei? Seriam tais adolescentes perversas? E mais, seria esse viés nosográfico útil para nossa análise?

A tendência a diagnosticar essas adolescentes na lógica da perversão não deixa de ser controversa. De um lado, temos Bloss (1998), num dos raros estudos sobre a adolescente delinquente, que a situa na lógica da perversão por se expressar, na maioria das vezes, pela atuação sexual. De outro lado, temos a posição de Rassial (2004), que indica a histeria como possibilidade diagnóstica, diferenciando três tipos de delinquência feminina: o primeiro, que chama de pseudodelinquência histérica, refere-se a procurar o pai em algum lugar, o que se observa na garota que passa seu tempo roubando vestidos ou roupas, mais próxima da cleptomania do que da delinquência. O segundo tipo, provavelmente histérico também, envolve oferecer o corpo como objeto: já que a garota não é objeto de desejo do pai, será objeto de desejo de um homem, o que pode ser observado na prostituição. E o terceiro tipo é o de uma identificação masculina, observado em meninas que integram bandos.

Em que pese o valor diagnóstico como um recurso que orienta a escuta e baliza o processo de intervenção clínica, salientamos que a consideração pela singularidade das histórias, bem como o risco de incorrerem em generalizações, não nos permite adotar aqui essa vertente nosográfica, pois, apesar de as cinco adolescentes entrevistadas apresentarem similaridades em seus atos, como já dissemos, elas formularam respostas subjetivas diferenciadas para os impasses de seus percursos de vida. Ademais, “o que define o diagnóstico em psicanálise não é a *conduta*. O que define o diagnóstico em psicanálise é a *posição subjetiva* frente ao sintoma” (Leite, 1999, p. 39).

Se o exibicionismo evoca o olhar, foram o deslocamento deste para a escuta do que estava em jogo nesse sintoma das adolescentes e principalmente o sofrimento psíquico ali implicado que nos inquietaram. Essa postura ética nos conduziu a tomar a condição adolescente, e particularmente as vicissitudes da adolescência feminina, como eixo condutor da análise, a fim de encontrar referências conceituais que balizassem uma compreensão da expressão sexualizante e exibicionista dessas adolescentes.

Adolescência feminina e o arcaico feminino

A adolescência, apesar de não ser uma categoria originária da psicanálise, vem no interior desta ganhando progressivamente corpulência teórica, delineando, enfim, os elementos para uma teoria do “pubescer” e do “adolescer”. As modalidades de

abordagem desse período têm se mostrado bastante discutíveis, destacando-se formas de entender a adolescência seja como crise, processo ou transformação (Raymond, 1999).

Entendemos a adolescência não como uma fase evolutiva produzida por um suposto desenvolvimento natural, mas, na perspectiva de Ruffino (1995), como uma *instituição histórica* e como uma *operação psíquica*. Enquanto instituição histórica, a adolescência seria uma resposta à redução ou até mesmo ao desaparecimento da ritualização dos momentos cruciais no ciclo da vida, na medida em que o púbere moderno, ante as exigências das mudanças corporais e a convocatória do outro para que se situe entre os adultos, não encontra procedimentos sociais eficazes para significar esse momento de passagem. “Na impossibilidade de normativizar-se consigo, o púbere moderno adolece” (p. 42). Marin (2009) também destaca os efeitos do desaparecimento, na contemporaneidade, dos ritos tradicionais de passagem que acolham os jovens:

Hoje o jovem é levado a produzir singularmente dispositivos que lhe permitam a construção de um sentido para a estranheza com a qual se defronta num momento de passagem. Temos assim a ilusão de que cada um deve mostrar do que é capaz a partir de critérios absolutamente individuais, o que lança o sujeito a um desamparo paradoxalmente constituído pela ilusão de ter direito à expressão e à vontade singular. (p. xxxiv)

180

Enquanto *operação psíquica*, a adolescência seria um verdadeiro *trabalho psíquico* visando abordar, entre outras questões,

(...) o despertar (...) da experiência que arranca o sujeito da infância — que a puberdade introduz no sujeito ao findar da latência sexual, despertar que visa operar o seu acesso ao Outro-sexo, esse despertar se introduz não imediatamente como um passaporte para essa travessia, mas antes como um Real que sidera o sujeito. Para que fosse dessideralizado, o sujeito necessitaria da intervenção sobre ele de uma operação, a se esperar da instância simbólica da Paternidade, que, assim como esta interveio na estrutura edipiana constituindo-lhe inauguralmente a subjetividade através da interdição do incesto, viesse a ressurgir agora, não mais para proibir a endogamia, mas para possibilitar, se não para exigir — a exogamia. (Ruffino, 1997, p. 39)

Assim, enquanto operação psíquica, a adolescência não seria uma etapa cronológica, mas um trabalho do sujeito para ultrapassar a sideração que as convocações da puberdade, do Outro-sexo e da cultura provocam, num tempo histórico marcado pela ausência de ritualização desse momento crucial do ciclo da vida.

Do ponto de vista dos processos psíquicos, sabemos que na adolescência estágios primitivos da constituição do sujeito são reanimados, ocupando muitas vezes o centro da conflitualidade na adolescência. Em que pese o significativo avanço nos estudos psicanalíticos sobre a adolescência, e também sobre a subjetividade feminina, podemos observar que em ambos os campos temáticos há muito para se investigar sobre a adolescente.

Vale dizer que foi o discurso de mulheres jovens que guiaram Freud em suas primeiras pesquisas, o qual deixou importantes indicações sobre a dinâmica inconsciente dos anos de juventude da mulher em “A sexualidade feminina” (1931/1992). Nesse trabalho, Freud nos ensina que grande parte dos anos da juventude da mulher são ocupados numa luta com suas mães, fruto da tarefa que a mesma tem de fazer para trocar de objeto amoroso, o que faz com que muitos fenômenos desse período só possam ser compreendidos por referência à fase pré-ediapiana da menina, em que a mãe é o primeiro objeto amoroso.

Essa fase entre a menina e sua mãe, a princípio negligenciada por Freud, ao ser retomada ante a descoberta da intensa e longa duração da relação que as une, produziu um efeito de surpresa no mestre vienense:

Nossa compreensão interna dessa fase primitiva, pré-ediapiana, nas meninas, nos chega como uma surpresa, tal como a descoberta, em outro campo, da civilização mino-micênica por detrás da civilização da Grécia. (Freud, 1931/1992, p. 234)

A questão é que, ante a descoberta desse universo arcaico feminino, de relação fusional e da ligação irredutível da relação mãe-filha, “Freud trouxe à luz uma questão espinhosa num outro sentido, que é a do desligamento” (Assoun, 1993, p. 103), posto que a menina terá de se desligar desse porto seguro para aceder ao pai. Para isso Freud (1931/1992) enumerou “os mecanismos em ação em seu afastamento da mãe” (p. 239), advertindo-nos sobre a pluralidade de fatores que passam a operar juntos para esse fim.

O novo estatuto da condição adolescente reanima essa relação entre a menina e sua mãe, na maioria das vezes a despeito da própria interessada, colocando em jogo novamente os desafios do sujeito filha para se afastar de sua mãe. É, portanto, no registro da natureza da relação da menina com sua mãe que pensamos elucidar os atos exibicionistas das adolescentes entrevistadas.

Uma das especificidades dessa relação está no fato da menina ter de mudar de objeto amoroso para desenvolver seu senso de integração e sua feminilidade, diferentemente do menino que não precisa se defrontar com a mudança do sexo do objeto amoroso, no caminho para a masculinidade.

Nessa ligação com a mãe, além de definir-se a relação com o objeto, vão se configurando, na sua ambivalência, as razões das diferenças psíquicas entre meninos e meninas, cuja principal distinção derivaria não das diferenças anatômicas de seus sexos, mas das relações vividas com a mãe, que refletem como ela própria experimenta a sua sexualidade, suas percepções sobre as diferenças sexuais e como as exprime para seus filhos.

Nesse registro, a ambivalência afetiva materna se mostraria mais presente e mais ativa nas relações entre mãe e filha do que entre mãe e filho. Essa face hostil mais presente em relação à filha é destacada por Freud quando este aborda

o temor que algumas mulheres têm de serem mortas (devoradas) pela mãe. Esse temor corresponderia a uma hostilidade desenvolvida na criança em consequência das restrições impostas no decorrer do treinamento e do cuidado corporal: “É impossível dizer quão frequentemente esse temor da mãe é apoiado por uma hostilidade inconsciente por parte desta, hostilidade que é pela menina” (Freud, 1931/1992, p. 245).

É nesse sentido que Le Guen (1997) ressalta que a fase pré-edipiana da menina se desenrola no registro da *agressividade*. Desse modo, desde os tempos mais precoces, o que funda então a diferença entre os sexos é a ambivalência materna que, presa na identificação narcísica, só pode aparecer mais marcada em direção à filha do que ao filho; assim, organiza-se a divergência de seus destinos: a menina, diferentemente do menino, vê-se remetida mais ao sujeito do que ao objeto, ao ser mais do que ter.

Tudo se passa como se o menino estivesse “protegido” pela evidência da sua diferença, carregada por seu corpo e projetada sobre seu pênis; ele proporciona assim à mãe uma *satisfação* narcísica (ele é o seu “falo glorioso”), que ela lhe devolve e que lhe permite então se pensar como filho preferido. A esta satisfação, sua filha contrapõe uma *identificação* narcísica, mistura de plenitude gratificante e de incerteza frustrante (para ambas, aliás), num jogo de espelhos; daí esta ambivalência mais marcada com a mãe em relação à filha, que determina, ocasionalmente, uma paixão mais forte, de onde a “violência” mais próxima na ambivalência, quer para amar ou para odiar. (...) eu diria que o menino é mais facilmente um “objeto” para sua mãe, enquanto a menina vem também interrogá-la enquanto “sujeito”. (p. 13)

Residiria aí uma das razões da ausência materna nas visitas às adolescentes no CSEF, isto é, na possibilidade de as adolescentes agora questionarem suas mães por seus destinos? Ou estariam em jogo elementos para além dessa relação particular da menina com sua mãe que, como já vimos, é em si marcada por certa dose de agressividade?

Luciene, 15 anos, praticante de furto, delito que a levou pela terceira vez ao então CIAF, relata não se dar bem com sua mãe e se envergonhar dela. Chegou a pensar não ser sua filha, pois sua mãe a escondia de outras pessoas e, segundo Luciene, sua mãe dizia “*que não sou filha dela*”.

Cristina, 15 anos, apesar de ter sido levada ao CIAF por envolvimento com tráfico de drogas, fala que participou de dois homicídios, primeiro da morte de um taxista e depois de uma moça que testemunhara o primeiro homicídio. Relatou que sua mãe a entregou a uma família de outro Estado quando tinha dois meses de idade, e aos 13 anos foi devolvida por mau comportamento. A realização do antigo desejo de reencontrar a mãe biológica foi acompanhada de intensa decepção: “*Quando eu chegava assim drogada à noite, ela me colocava fora de casa, eu nem tinha onde dormir. Ela não me dava conselho*”.

Observamos que é nesse complexo registro da relação mãe-filha que essas adolescentes localizam muitas de suas questões, sinalizando os efeitos nefastos das relações com suas mães. Sentem não ter ocupado lugar privilegiado no desejo materno, marcando-as como sujeitos mal investidos pela libido materna. Expressam as humilhações pelas quais passaram, as vivências de abandono, separação ou perda do amor materno ocorridas na sua *realidade histórica*. Entendemos aqui por realidade histórica “o relato, feito pelo próprio sujeito ou por um terceiro, através do qual tomamos conhecimento dos acontecimentos que, efetivamente, marcaram a infância do sujeito” (Aulagnier, 1979, p. 216). Ora, o fato de as mães dessas adolescentes não atenderem suas necessidades amorosas é um dado da maior importância na compreensão do mecanismo psíquico de engajamento infrator e exibicionista, possivelmente ordenado por uma demanda insatisfeita, dirigida ao outro materno, com o qual só mantém uma relação conflituosa.

Operação adolecer, exibicionismo e complexo de castração

De acordo com Winnicott (2005), o desenvolvimento da capacidade sexual na adolescência inclui formas próprias de organização de defesas contra ansiedades de vários tipos, ou seja, “restam todos os tipos de padrões doentios associados a falhas de amadurecimento em nível edípico ou pré-edípico” (p. 117). Nesse sentido, a fim de colocar em marcha a separação dos pais e tomar posse de si, ante o perigo de retorno à mãe pré-edípica, a adolescente busca uma solução:

De qualquer modo, observamos na adolescência feminina uma pressão regressiva que exerce sua influência na direção de um retorno à mãe pré-edípica. Essa pressão regressiva, determinada em seu vigor pela fixação existente, encontra reação no exercício da independência excessiva, na hiperatividade e uma inclinação vigorosa para o outro sexo. (Bloss, 1998, p. 309)

Em se tratando das adolescentes exibicionistas, no que a operação adolecer traz riscos de recolocar essas vivências arcaicas e as condições psíquicas para essa operação parecem ser insuficientes, a travessia adolescente torna-se turva e mais difícil, colocando em jogo, por meio do sintoma exibicionista, o complexo de castração.

Em termos simbólicos, o complexo de castração compõe, com o complexo de Édipo, aquilo que funda e institui o sujeito em sua relação com o mundo. Enquanto experiência psíquica, o complexo de castração é uma fantasia que meninos e meninas formulam frente ao enigma da diferença anatômica entre os sexos, referida à ausência de pênis na menina. O menino teme a castração como realização de uma ameaça paterna em resposta às suas atividades sexuais, surgindo daí uma intensa angústia de castração. Na menina, a ausência do pênis é sentida como um dano sofrido que ela procura *negar, compensar ou reparar*.

O complexo de castração aponta, assim, para a radicalidade da diferença sexual, exigindo do sujeito uma tomada de posição. Na adolescência, esse posicionamento deve ser operado novamente, devendo o sujeito retificar ou ratificar sua posição na partilha dos sexos, o que significa reviver a castração e as marcas deixadas pela infância. A reedição da castração é uma oportunidade, ainda que psiquicamente difícil, de o adolescente tomar em mãos sua história, responsabilizar-se por sua herança e se inscrever no mundo adulto como ser sexuado e com limites. Entretanto, para as adolescentes em conflito com a lei, tal possibilidade parece bastante ameaçadora, haja vista significar, a despeito da heterogeneidade das histórias, a retomada de um percurso com o qual não querem se confrontar.

Nesse sentido, as atitudes exibicionistas de colocarem os seios à mostra, de sujarem de sangue menstrual as paredes dos banheiros da instituição, de fazerem insinuações sobre as dimensões do clitóris, como argumento de poder e de exposição do órgão genital, estariam regidas por processos psíquicos referidos ao complexo de castração? Estaria aí operando algo da ordem do que Freud (1927/1992) isolou como uma defesa frente à diferença anatômica entre os sexos, o mecanismo da denegação (desmentido) frente à castração? O tema é muito vasto, o que não nos permite desenvolvê-lo aqui. Destarte, sobressaíram-se, como fio condutor de nossa análise, os efeitos das transformações da puberdade referentes à particularidade da relação mãe-filha vividas pelas adolescentes exibicionistas.

Interpeladas pelas transformações — biológicas e erógenas — que esse segundo tempo do desenvolvimento da sexualidade humana introduz, cujas manifestações configuram-se, no sexo feminino, no aparecimento da menstruação cíclica, no crescimento dos seios e no potencial reprodutivo, algumas das adolescentes, por lhes parecerem tais mudanças enigmáticas, adotam um modo bastante peculiar de lidar com as mesmas, isto é, colocando em cena elementos próprios da sexualidade feminina: seios, menstruação e vulva.

É que, não encontrando respostas para as mudanças corporais pelas quais passam, adotam tais mudanças como instrumento de exibição, posto que tais mudanças parecem ser vividas como algo violento, dado o caráter desarticulante de não ter ninguém a quem dirigir-se, ninguém com quem falar. Vivem um estado de inquietude, confusão e desagregação. Assim, na impossibilidade de pensamento e de elaboração psíquica, ao se exporem visam que o outro, em reação, ofereça um sentido. Sentido arrancado, possível, por meio da exibição dessas mudanças e de seus fluidos.

O corpo, como um todo, desempenha uma função bem específica na economia psíquica das adolescentes ouvidas. Ele precisa, além de ser visto, ser exposto imaginariamente nos seus orifícios, dimensões, posições, e em suas entranhas, como se pode observar na fala: “*É só a tia chegar, me dá vontade de peidar, de dar um tiro*”. Imagem bizarra, em que a presença do outro desperta o desejo de seu aniquilamento e em que o corpo faz às vezes de instrumento bélico.

O genital feminino é evocado várias vezes no dia a dia institucional, seja na sua exibição para as educadoras, seja na exacerbação de um discurso que insinue suas dimensões e sensações, como se observa no fragmento: “*O guarda quase me bateu, olha, nem a minha mãe que abriu o xiri dela para me ter faz isso comigo!*” É assim que Juliana desautoriza a agressão empregada por um policial na detenção que a levou ao CSEF, valendo-se de um verdadeiro “cenodrama vaginal” (tomando de empréstimo uma expressão de Baudrillard, 1992). É assim, como dilaceramento e esgarçamento corporal, que representa seu nascimento e talvez a reprodução.

Considerando o lugar que o corpo ocupa na estruturação psíquica do sujeito, e especialmente as diferenças anatômicas entre os sexos, é adequado pensar que a natureza das angústias e os conflitos do sexo feminino seriam necessariamente diferentes das do sexo masculino.

Segundo Bernstein (1998), a tarefa de integração da própria genitália à imagem corporal seria uma das tarefas da organização psíquica do sujeito, sendo que, em contraste com a masculina, a genitália feminina, pelas suas características, geraria três tipos de angústias genitais femininas: de acesso, de difusão e de penetração. Tais angústias estariam relacionadas, respectivamente, à dificuldade visual e tátil de acesso ao próprio genital; à difusão das sensações para outras áreas, como a do clitóris para a vagina, região pélvica, uretral e anal; e ao desconhecimento sobre a lubrificação e elasticidade do órgão.

Nesse sentido, tal exposição pode ser compreendida como uma resposta ao enigma que as mudanças pubertárias trazem para essas adolescentes, que usam seus corpos para que o outro, em reação, ofereça um sentido, ainda que arrancado a partir do efeito de surpresa promovido. Quando Luciene olhava para um pôster de anatomia na pequena biblioteca do CSEF e formulou a questão “*É assim que somos por dentro?*”, esta expressava sua perplexidade ante a complexa relação entre corpo e conhecimento.

Não saber expressar e não saber compreender compõem a experiência de conhecimento. Além disso, conhecer e ignorar estão apoiados na vivência interna — psíquica — de ódio e de castração. Apontam o duro caminho a ser percorrido pelo espírito humano em suas tentativas de construir a mãe como objeto de amor, passível de decifração. (Tomazelli, 1998, p. 23)

Se o processo adollescer implica angústias em relação ao corpo em mudança, à apropriação do corpo sexuado (Cahn, 1999, p. 55), recolocando em cena para a menina adolescente a antiga e complexa relação com sua mãe, o que dizer desse processo no caso de adolescentes em conflito com a lei e sob cumprimento de medidas socioeducativas?

Pensamos que é no âmago da relação mãe-filha que o exibicionismo das adolescentes em conflito com a lei ganha sentido, pois adollescere, para elas, significa

entrar em contato com lembranças extremamente difíceis. Para Luciene, a de uma mãe com “problemas na cabeça”, que a escondia das visitas; para Juliana, vivências de maus-tratos, alcoolismo e drogadição materna; para Cláudia, incentivo à prostituição, e para Cristina e Mariza, abandono materno.

A adoção da relação mãe-filha como referência para analisar o exibicionismo dessas adolescentes apoiou-se também na observação de que a exibição dirigia-se principalmente às profissionais femininas da instituição, o que evidenciava uma demanda endereçada às mulheres, possivelmente, articulada ao drama da formulação da identidade sexual. Consideramos, assim, que uma das fontes das manifestações exibicionistas dessas meninas reside na relação com a mãe pré-edípica. Portanto, tal exposição estaria ligada aos efeitos mais arcaicos da homossexualidade feminina, da sedução junto à mãe, fixada num padrão defensivo frente à carência ou à impossibilidade de a mãe de responder às suas demandas.

Nesse sentido, o exibicionismo pode ser entendido sob duas perspectivas, mas de qualquer forma referido ao “rochedo da castração”. Primeiro, como forma de defesa, ao modo de uma máscara de horror pois, segundo Freud, a visão dos órgãos genitais femininos provocariam um horror comparável ao que desperta a visão da “A cabeça de Medusa” (1940), sendo tal terror da Medusa um terror de castração. Daí o sentido de desafio que impunham aos profissionais da instituição, numa atuação da disposição perversa polimorfa da sexualidade, em que o exibicionismo teria a função de defesa, de evitação da possibilidade de vínculo com aquelas profissionais, num desdobramento dos efeitos nefastos de terem sido precariamente investidas afetivamente pelo objeto primordial. E neste ponto, vale dizer, conforme Zalberg (2003), que a angústia de castração não é aplicável à menina, ela não pode temer o que já ocorreu. O que a ameaça é o medo de não ser amada e a falta de um símbolo específico da sexualidade feminina. A falta da angústia de castração pode ser uma dificuldade da menina de elaborar o seu Édipo, podendo sair dele lentamente ou nunca sair realmente.

Na segunda perspectiva, o exibicionismo teria a função de avaliação da capacidade do outro de suportar o que vê, sem se deixar paralisar e petrificar pelo visto. Embora na adolescente, de um modo geral, haja um exibicionismo acentuado, cujo fundamento concerne ao engajamento que esta faz em relação ao olhar do outro — e daí advindo seus enfeites, cores (Rassial, 1999), as adolescentes do CSEF, como aqui pontuado, faziam dessa exibição não um oferecimento para admiração, mas para provocar um desconcertante impacto.

Nesse sentido, entendemos que a frase dos funcionários da Funcap “*Trabalhar com meninas é mais difícil*” seria a expressão inconsciente de uma angústia de castração, revivida na cena exibicionista pelos profissionais da instituição, que deveriam passar pela prova que tais adolescentes lhes impunham em relação aos enigmas da sexualidade feminina e à demanda por um outro olhar, que as remete às relações arcaicas com suas mães.

Referências

- Associação Psiquiátrica Americana (APA). (2002). *DSM-4-TR™. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4ª ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Assoun, P.-L. (1993). *Freud e a mulher*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Aulagnier, P. (1979). *A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago.
- Baudrillard. (1992). *Da sedução*. Campinas, SP: Papyrus.
- Bernstein, D. (1998). Angústias genitais femininas, conflitos e modos típicos de domínio. In D. Breen (Org.). *O enigma dos sexos: perspectivas psicanalíticas contemporâneas da feminilidade e da masculinidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bloss, P. (1998). *Adolescência: uma interpretação psicanalítica*. (2ª ed.). (Waltensir Dutra, trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Cahn, R. (1999). *O adolescente na psicanálise: a aventura da subjetivação*. (Sandra Regina Felgueiras, trad.). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Freud, S. (1992). *A interpretação dos sonhos*. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. IV e V). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900).
- Freud, S. (1992). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. VII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (1992). Sexualidade feminina. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1931).
- Freud, S. (1992). A cabeça de Medusa. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVIII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1940[1922]).
- Kahr, B. (2010). *Exibicionismo*. São Paulo: Almedina.
- Le Guen, C. (1997, 1º sem.). O engodo feminino do masoquismo ordinário. *Percurso. Revista de Psicanálise*, São Paulo, IX(18), 12-13.
- Leite, M. P. de S. (1999, abril). A psicanálise como diagnóstico da psiquiatria. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, XII(120), 36-40.
- Marin, I. da S. K. (2009). A clínica institucional da adolescência (Entre o aborrecente e o herói: quem é o adolescente na escuta psicanalítica?). *Rev. Bras. Adolescência e Confiabilidade*, 1(1), xxxii-xlii. Disponível em: <<http://periodicos.uniban.br/index.php/RBAC/issue/view/10>> Acesso em: 02 dez. 2012.
- Rassial, J.-J. (1999). *O adolescente e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Rassial, J.-J. (2004, 1º sem.). Questões pós-modernas e psicanálise. *Percurso. Revista de Psicanálise*, São Paulo, XVII(31/32), 135-148.

- Ruffino, R. (1995, nov.). Adolescência: notas em torno de um impasse. *Adolescência*. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, *V*(11), 41-46.
- Ruffino, R. (1997, mar.). Adolescência e puberdade. *Pulsional. Boletim de Novidades*, São Paulo, *X*(95), 37-47.
- Tomazelli, E. (1998). *Corpo e conhecimento: uma visão psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zalberg, M. (2003). *A relação mãe e filha*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Winnicott, D. W. (2005). *A família e o desenvolvimento individual*. (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Resumos

(Exhibitionistic teenage girls: wanting to be seen)

This article discusses female juvenile offenders, taking as its starting point the habitual discourse of the institution where they were detained – Fundação de Atendimento Socioeducativo do Pará. According to staff members, it is more difficult to treat female patients. Seeking answers to this emblematic formulation, and based on psychological interviews with five juvenile offenders, we found that this difficulty was associated with the fact that such girls often exposed their genital areas during their institutional routines. This brings up certain aspects of female sexuality.

Key words: Adolescents, delinquency, exhibitionism, female sexuality

(Adolescentes exhibitionnistes: à la recherche d'un regard)

Cet article propose une réflexion sur les jeunes-filles adolescentes auteurs d'infractions en prenant comme point de départ le discours habituel de l'institution qui les accueille - la Fundação de Atendimento Socioeducativo do Pará - selon laquelle le travail avec les jeunes filles adolescentes est plus difficile. Pour découvrir ce qui mène à cette formulation emblématique, nous avons réalisé des entretiens psychologiques avec cinq adolescentes en conflit avec la loi et nous avons constaté que cette difficulté est associée au fait que ces adolescentes exposent leurs organes génitaux dans la routine institutionnelle, ce qui met en question certains aspects de la sexualité féminine.

Mots clés: Filles adolescentes, conflit avec la loi, exhibitionnisme, relation mère-fille, sexualité féminine

(Adolescentes exhibicionistas: la búsqueda por una mirada)

Este artículo presenta una reflexión sobre adolescentes autoras de acto infraccional, adoptando como punto de partida el discurso habitual de la institución que las am-

paraba, a Fundação de Atendimento Socioeducativo de Pará, según la cual el trabajo con adolescentes del sexo femenino sería más difícil. Buscando respuestas para esta formulación emblemática, a partir de las entrevistas psicológicas con cinco adolescentes en conflicto con la ley, se verificó que esta dificultad estaba asociada a la exposición que las adolescentes hacían de sus genitales en la rutina institucional, cuestionando algunos aspectos de la sexualidad femenina.

Palabras clave: Adolescentes, conflicto con la ley, exhibicionismo, sexualidad femenina

(Exhibitionistische Jugendliche: Die Suche nach einem Blick)

Dieser Beitrag ist eine Reflexion über junge Mädchen, die ein Vergehen begangen haben, ausgehend von der üblichen Redensart in der sozial-erzieherischen Einrichtung, die sie aufgenommen hat, Fundação de Atendimento Socioeducativo do Pará. Laut dieser Einrichtung ist die Arbeit mit jungen Mädchen schwieriger als mit Jungen. Auf der Suche nach Erklärungen für diese emblematische Feststellung, ausgehend von psychologischen Interviews mit fünf Jugendlichen, die rechtswidrig gehandelt hatten, kam man zu dem Schluss, dass dieses Problem in Zusammenhang mit der alltäglichen Verhalten dieser Jugendlichen stand, die ihre Genitalien in der Institution zur Schau stellten. Folglich warf dies Fragen bezüglich Aspekten der weiblichen Sexualität auf.

Schlüsselwörter: Jugendliche, Konflikte mit dem Gesetz, Exhibitionismus, weibliche Sexualität

189

Citação/Citation: Bastos, J. G. S. & Marin, I. K. (2014, junho). Adolescentes exibicionistas: a busca de um olhar. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(2), 175-190.

Editor do artigo/Editor: Manoel Tosta Berlinck

Recebido/Received: 5.3.2013/ 3.5.2013 **Aceito/Accepted:** 7.7.2013 / 7.7.2013

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original authors and sources are credited.

Financiamento/Funding: As autoras declaram não ter sido financiadas ou apoiadas / The authors have no support or funding to report.

Conflito de interesses/Conflict of interest: As autoras declaram que não há conflito de interesses / The authors declare that has no conflict of interest.

JANE GLAIBY SILVA BASTOS

190 Psicóloga; Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP (São Paulo, SP, Br); Professora da Universidade do Estado do Pará – UEPA (Belém, PA, Br). Tem experiência na área de direitos humanos e violência (atendimento de vítimas de trabalho escravo, tortura e familiares de vítimas de homicídio); com sujeitos em vulnerabilidade social (crianças, adolescentes, mulheres e negros), em psicologia institucional.

Travessa Padre Eutiquio, 2527/102-b – Indaiá
66033-000 Belém, PA, Br
Fone: (91) 8842-8342
e-mail: janeglaiby@hotmail.com.br

ISABEL KAHN MARIN

Psicóloga; Psicanalista; Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP (São Paulo, SP, Br); Membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental (São Paulo, SP, Br); Vice-presidente da ABEBE – Associação de Estudos sobre o Bebê (Brasília, DF, Br); Professora, pesquisadora e supervisora clínica/institucional do Curso de Psicologia da FACHS da PUC-SP nas áreas da infância, juventude e família; Responsável pelo Aprimoramento Clínico Institucional de Casal e Família, oferecido pela Clínica Psicológica “Ana Maria Popovic” da PUC-SP; Supervisora clínica e institucional de profissionais envolvidos em programas de atenção à saúde, educação, assistência e justiça.

Rua Capote Valente, 439/113
05409-001 São Paulo, SP, Br
Fone: (11) 3081-1829
e-mail: belkahn@gmail.com

Trocas alimentares entre bebês irmãos de autistas e suas mães: risco ou recurso?*

Nathalia Teixeira Caldas Campana*²
Rogério Lerner*³

Partindo da importância que a ingestão de alimentos tem para a construção da realidade interna do bebê, este trabalho propõe discutir a relação que mães de um primeiro filho diagnosticado como autista estabelecem com seus filhos mais novos durante a alimentação. Serão apresentadas vinhetas clínicas que enfatizam as noções de necessidade e demanda, aspectos da relação entre os pais e a criança e os efeitos terapêuticos que as entrevistas de pesquisa podem gerar nas famílias.

Palavras-chave: Desenvolvimento precoce, interdisciplinaridade, autismo, risco

*¹ Trabalho apresentado no V Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XI Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, setembro/2012 em Fortaleza, CE, Br.

*² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano da Universidade de São Paulo – USP (São Paulo, SP, Br).

*³ Universidade de São Paulo – USP (São Paulo, SP, Br).

Introdução

A investigação em torno da detecção de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento, articulada ao campo da psicanálise com bebês, se constituiu como área de interesse de diversos pesquisadores nos últimos dez anos. Profissionais passaram a propor cada vez mais estudos nesta área, pois intervenções que ocorrem durante o período de instalação de um sintoma são mais favoráveis para a reversão ou diminuição de efeitos nocivos para o desenvolvimento do que aquelas que incidem após tal instalação (Golse, 2005; Teperman, 2005; Lincht, 2006; Muratori & Maestro 2007; Bernardino, 2008; Lerner & Kupfer, 2008; Kupfer et al. 2009; Mariotto, 2009; Laznik, 2011; Lerner, 2011).

A *Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil* propôs um instrumento (Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil – IRDI) composto por 31 indicadores clínicos de desenvolvimento cuja ausência está associada a problemas em crianças aos três anos (Kupfer et al., 2008; 2009). Fundamenta-se na articulação da psicanálise com outros campos e seu uso é indicado para profissionais que atuam em dispositivos de atenção primária, razão pela qual é inespecífico para diagnóstico. O IRDI foi construído a partir de quatro eixos fundamentais em torno dos quais se organiza a subjetividade (Kupfer, 2009; Mariotto, 2009; Pesaro, 2010). Tais eixos esclarecem de que forma o laço constitutivo se enoda e como isso pode ser verificado entre os bebês e seus cuidadores. A originalidade do protocolo reside em avaliar o desenvolvimento a partir do vínculo estabelecido entre os pais e o bebê.

Dentre os transtornos da primeira infância, os quadros que podem levar a incapacitações das mais severas são aqueles pertencentes ao espectro de autismo que atualmente é considerado como uma síndrome neuropsicodesevolvidamental. Segundo Golse (2005), o autismo é fruto de um processo progressivo e multifatorial. Os estudos recentes empregam o termo autismo para se referir a um espectro de síndromes com características em comum: Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, (DSM IV), Transtornos Globais do Desenvolvimento, (DSM IV-TR) e Transtornos do Espectro Autista, conforme autores na literatura especializada (Lampreia, 2003; Teixeira et al., 2010). As principais características do espectro são: dificuldades na interação social, déficits na comunicação, padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades. Porém, por se tratar de um quadro heterogêneo, nem todas as características se manifestam concomitantemente ou estão presentes. Os sintomas mais comuns não se expressam do mesmo modo nas crianças, apesar de apresentarem certa regularidade que permite a construção de diagnósticos.

A *Pesquisa multicêntrica* estabeleceu a capacidade do IRDI em detectar riscos de transtornos de desenvolvimento psíquico e atualmente está em curso um estudo¹ que busca verificar se este instrumento seria útil para detectar sinais de autismo em crianças de até 18 meses. O trabalho ora proposto está inserido no contexto desta segunda pesquisa.

Para avaliar tal utilidade do instrumento, foi feita uma parceria com sete Centros de Atenção Psicossocial Infantil do Estado de São Paulo (CAPSi) a fim de investigar os irmãos (bebês) de crianças diagnosticadas como autistas. Esta medida se justifica uma vez que esses bebês são considerados de risco para autismo segundo a literatura especializada (Mecca, 2011; De Araújo, 2010; Osborne, McHugh, Saunders & Reed, 2008; Benson & Karlof, 2008; Yirmiya, 2006; Gorwood & Ramoz, 2005). Vale destacar que é preciso estar atento para não aprisionar estas crianças em uma predição autística.

O presente trabalho é um desdobramento da pesquisa de detecção de sinais iniciais de autismo e discute, a partir do uso do Protocolo IRDI, como a relação pais-bebê está se desenvolvendo após a experiência com um primeiro filho autista. Será dada ênfase aos aspectos de necessidade e demanda expressos pelo bebê e decodificados pelo adulto cuidador, tomando como exemplo o momento da alimentação.

Winnicott (1958/2000) dá atenção especial à ingestão de alimentos para a construção da realidade interna do bebê ao afirmar que as fantasias do recém-nascido são emocionalmente ricas e que estas não se referem apenas ao ambiente externo, mas também ao inter-relacionamento de pessoas que vão sendo incorporadas, primeiramente, em conjunto com a ingestão de alimentos e, mais tarde, como um processo independente.

Crespin (2004) destaca que o bebê passa de sujeito da necessidade para sujeito de desejo quando o cuidador compreende que a necessidade pode ser a manifestação de um desejo a ser satisfeito. A mudança de necessidade para desejo opera em todos os registros da pulsão que, no primeiro ano de vida, são respectivamente: a oralidade (que remete ao estatuto simbólico das trocas alimentares), a especularidade e a pulsão invocante. Ainda segundo a autora, pais de crianças que se organizam de modo autístico se apresentam em *estado de sideração*, o que dificulta o surgimento da aptidão de recortar e atribuir sentido às expressões da criança.

Laznik (2000) afirma que é necessário separar o conceito de pulsão daquilo que seria o instinto de sobrevivência e que o cuidador deve ser capaz de entender os

¹ Grupo de pesquisa *Transtornos do espectro de autismo: detecção de sinais iniciais e intervenção* registrado no CNPq e coordenado pelo Prof. Dr. Rogério Lerner. O grupo é constituído por Ana Silvia de Moraes, Andrea Tocchio, Angela di Paolo, Gabriela de Araújo, Márcia Bronzatto e Nathalia Campana.

sinais expressos pelo bebê, ou seja, entender o que ele ainda não disse e ver o que ele ainda não é, pois “o corpo de um bebê não se reduz ao seu organismo, mas é uma construção feita da união deste organismo com algo que não vem do bebê, mas sim do Outro” (p. 67).

Partindo destas considerações teóricas, proponho a discussão do material de pesquisa de dois bebês que foram avaliados junto de suas mães com os instrumentos IRDI e MCHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) — instrumento desenvolvido com a finalidade de identificar crianças com autismo a partir dos 18 meses de vida. Apresenta 23 questões que abordam temas referentes a relacionamento social, atenção conjunta, levar objetos para mostrar aos pais e capacidade de resposta da criança quando chamada por outra pessoa. Cada questão vale 1 ponto, de modo que a pontuação varia de 0 a 23 e o escore total é calculado a partir da soma dos pontos. Se a pessoa obtiver mais de 3 pontos oriundos de quaisquer dos itens, é considerada em risco para autismo; se obtiver 2 pontos derivados de itens críticos (que são as questões 2, 7, 9, 13, 14 e 15) também é considerada risco para autismo, prescindindo dos demais pontos.

Vinhetas clínicas

Veridiana

Veridiana (18 meses) é a irmã mais nova de Pedro (dez anos) e João (quatro anos). Pedro é atendido em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância (CAPSi) há quatro anos. As três crianças estavam presentes com a mãe, Conceição, nos dias de avaliação.

Conceição contou que quando engravidou de Veridiana se sentiu fraca, com enjoos fortes e foi informada pelo médico que estava doente. Por isso, achava que logo morreria. Nesta ocasião perdeu oito quilos e pediu que a avó das crianças assumisse os cuidados com João, pois se sentia incapaz de cuidar dos filhos: *eu não cuidava deles, uma vizinha trazia iogurte, deixava na geladeira e as crianças pegavam, eu não levantava da cama para nada* — afirmou Conceição. A gravidez só foi confirmada no quarto mês de gestação.

A mãe disse que se sente sobrecarregada em seu dia a dia, pois Pedro e Veridiana demandam muitos cuidados. A pesquisadora pode sentir essa sobrecarga em sua própria pele, pois ao mesmo tempo em que estava atenta ao discurso de Conceição, era chamada pelas crianças para interagir com elas. As entrevistas ocorreram em meio a grande barulho. Quem mais gritava era João que ora imitava os comportamentos estereotipados de Pedro, ora as ações de Veridiana. Reclamava

atenção para si e disse que não gostava de ter sido apelidado de chorão por seus pais: *eu choro porque papai e mamãe nunca querem fazer o que eu quero*. Diante disso, Conceição se limitava a repreender o filho pelo barulho que fazia.

Veridiana estava brincando com material gráfico quando sua mãe lhe ofereceu uma mamadeira. A pesquisadora perguntou para Conceição o porquê da oferta naquele momento e ela respondeu: *ah, não sei... é que está no horário!* Esta situação favoreceu que a pesquisadora pudesse conversar a respeito do Indicador 7 (a criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades) e do Indicador 12 (a mãe ou cuidador dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço). Conceição disse que sua bebê nunca precisou expressar suas necessidades, pois ela sempre se antecipou a tudo: *eu estipulava os horários e pronto*. A mãe também relatou que até hoje não deixa sua filha se esforçar para conseguir o que quer: *facilito tudo, dou tudo na mão, ela aponta e eu pego*.

Apesar de os momentos de alimentação de Veridiana serem movidos por horários preestabelecidos pela mãe, e não pela demonstração de desejo da bebê, foi possível observar que enquanto mama, Veridiana olha para a mãe e recebe em troca sorrisos, expressões de carinho e esta experiência parece gratificante para a dupla. Os demais indicadores do IRDI estavam presentes e a aplicação do MCHAT não apontou escore para autismo. Tudo indica que neste momento, apesar da vulnerabilidade, Veridiana está se desenvolvendo bem.

Por outro lado, as preocupações da pesquisadora se voltaram para João, que apresentou sinais de dificuldade para lidar com o fato de ter dois irmãos que exigem muitos cuidados maternos: apresentou alguns comportamentos regressivos como imitar o irmão autista e a irmã bebê, seus desenhos revelaram grau significativo de sofrimento e angústia, e ele chegou a se colocar em risco durante a aplicação dos instrumentos de pesquisa ao se pendurar na janela para chamar a atenção da mãe para si. Ao contrário de Veridiana, que não precisa expressar suas necessidades para receber o que deseja, João grita para expressar seu desejo, mas não é atendido.

Esta situação pode ser discutida tanto com o profissional de referência da família no CAPSi, quanto com a própria família. Conceição disse que se sentiu beneficiada pela oportunidade de conversar a respeito dos filhos e de sua maternidade e solicitou realizar atendimento psicoterapêutico de casal para que pudesse seguir discutindo com o marido as questões referentes à parentalidade.

Marco

Marco (18 meses) é o irmão mais novo de Juliano (oito anos) e Vinícius (seis anos). Juliano foi diagnosticado como autista e está em tratamento em um CAPSi. Apenas a mãe, Berenice, e Marco estavam presentes nas entrevistas de avaliação.

Berenice contou que achava Juliano um bebê com desenvolvimento normal ao longo do primeiro ano de vida, mas que depois ele se isolou e não solicitava o que queria: *ele podia ficar um dia inteiro sem comer que não pedia comida*. Em relação a Marco, a mãe descreveu um processo de reconhecimento e estabelecimento de vínculo que foi se construindo ao longo do tempo e enfatizou que ele sempre foi um bebê risonho e que olhava para ela.

Enquanto a mãe conversava com a pesquisadora, Marco ficou explorando a sala. Era um espaço pequeno, sem atrativos, mas ele abriu sozinho todas as gavetas do armário que estavam ao seu alcance, pegou papel, caneta, um gibí e ficou brincando tranquilamente, sem solicitar a atenção da mãe ou da pesquisadora que então se dirigiu a ele dizendo: *Marco você arrumou um jeito de brincar e sozinho descobriu e pegou o que tinha aqui*. O bebê olhou para a pesquisadora e sorriu.

Narrar o que estava ocorrendo na aplicação favoreceu para que a mãe pudesse reconhecer que Marco é extremamente independente e não busca o olhar de aprovação do adulto para fazer o que quer (IRDI 21): *se ele quer água, arrasta um banquinho até o filtro e pega sozinho, eu já disse que não pode porque é perigoso, mas ele continua fazendo!* Neste momento, Marco para de riscar o papel por um instante e olha para sua mãe. A pesquisadora pergunta para Berenice por que ela acha que o filho se comporta desta forma e ela responde que não sabe ao certo, mas imagina que ele aprendeu a ser independente. Também foi perguntado à mãe como Marco pedia o que queria quando tinha, aproximadamente, seis meses e ela responde: *ele não pedia, não precisava, pois eu nem esperava ele sentir fome para dar comida, era tudo programado, com horários*.

Apesar de o momento de alimentação de Marco ser estipulado por horários, e não pelo reconhecimento de expressões de desejo do menino, as trocas alimentares foram descritas com prazer por sua mãe. Ela disse que esse era um momento só deles, em que podia estar disponível por inteiro. Fora isso, Berenice disse que estava sobrecarregada com os cuidados da casa, o tratamento de Juliano, com o outro filho, Vinícius, e com o marido. Apesar da vulnerabilidade, Marco parece estar se desenvolvendo bem e o MCHAT não apontou escore para autismo. Sua atitude independente pode ser pensada como fator de resiliência frente a um ambiente pouco disponível, e da mesma forma que soube explorar a sala e descobrir uma forma de brincar, também está descobrindo formas de aproveitar ao máximo os momentos em que o cuidador está disponível para ele.

Na entrevista devolutiva a pesquisadora conversou com Berenice e Marco a respeito do que observou, a mãe disse que antes da avaliação incentivava a independência de Marco, pois esta era sua maior preocupação com o filho mais velho, mas que agora era capaz de compreender que Marco ainda era um bebê, condição que o torna dependente de cuidados.

Discussão

Em ambos os casos relatados as mães alimentavam seus bebês sem aguardar que estes manifestassem o desejo de serem alimentados, ou seja, sem fazer a leitura de uma expressão vinda por parte da criança; o que regulava o momento de comer era o horário do relógio. Apesar desta imposição que as mães fizeram para seus bebês, podemos constatar o estabelecimento de troca alimentar, pois elas relatam esse momento com afeto, descrevem situações de interação, comunicação e possibilidade de encontro com seus filhos. Assim, mesmo que o seu discurso em relação à alimentação de seus bebês seja aparentemente relacionado ao campo da necessidade, elas não são intolerantes ou insensíveis às manifestações do bebê e, assim, não estabelecem um padrão essencialmente intrusivo para se relacionar com eles.

Dado que essas mulheres inauguraram sua maternidade sendo mães de bebês que apresentam comportamentos autísticos, e estes parecem tê-las convencido de que só dependiam delas no que se referia aos cuidados físicos, podemos levantar a hipótese de que as mães aprenderam a antecipar as necessidades orgânicas, sem esperar qualquer manifestação por parte dos seus bebês. Ser mãe de um primeiro filho autista deixou marcas na função materna destas mulheres, marcas que se refletem na relação que estabelecem com seus outros filhos. Porém, não perderam a capacidade de investir em seus bebês e de responder quando convocadas.

No primeiro caso relatado, a mãe refere ter se dado conta de que não estava em condições de cuidar de seus dois filhos mais velhos quando parou de alimentá-los, estabelecendo em sua fala uma relação importante entre alimento e cuidado — disponibilidade emocional. Conceição apresentava maior dificuldade para se relacionar com o filho do meio, porém quando essa questão pôde ser nomeada nas entrevistas de avaliação, a mãe construiu uma demanda de atendimento e João ficou mais tranquilo ao ter seu sentimento reconhecido e nomeado. Assim, partindo do pedido da mãe, a oferta de um espaço psicoterapêutico para que os pais possam ser acolhidos e seguir trabalhando as questões da parentalidade se configura como fundamental e pode ter caráter preventivo no contexto desta família.

No segundo caso, Berenice também enfatizou a importância da alimentação na relação pais-bebê quando falou da angústia que sentia quando percebia que seu filho mais velho podia ficar um dia sem comer sem manifestar qualquer tipo de reação frente a isso. Berenice estava sobrecarregada com os cuidados dedicados aos filhos, mas pareceu aproveitar-se das pequenas intervenções feitas durante a avaliação e não solicitou, nem foi constatada alguma situação que justificasse um encaminhamento além do que já recebia no CAPSi (o atendimento de Juliano e a participação no grupo de pais).

A aplicação dos instrumentos IRDI e MCHAT, associada às observações qualitativas feitas pela pesquisadora, sugerem que neste momento os dois bebês não

apresentam risco para autismo e possuem recursos internos para lidar com as adversidades que se impõem, sejam vindas do ambiente ou do próprio organismo. Ambos são bebês extremamente vorazes: sugam rapidamente a mamadeira, tiram da sala tudo o que podem, exploram os objetos e se apoderam deles sem hesitar.

Winnicott (1958/2000) afirma que os bebês são capazes de perceber as pessoas por meio do olhar, de sentir estados de espírito, notar aprovação ou desaprovação e perceber que devido à voracidade de seu amor estão privando outros de coisas boas. O autor discute que o interjogo entre a voracidade do bebê e as diversas maneiras pelas quais ele irá controlar ou contrabalançar seus efeitos por meio da reconstrução ou da reparação se coloca como uma questão complexa. Assim, mesmo que a avaliação realizada não tenha constatado risco para patologias graves do desenvolvimento, é pertinente que essas crianças possam ser acolhidas e escutadas.

Tanto os efeitos que foram produzidos nas famílias ao longo das avaliações quanto a discussão realizada com a equipe do CAPSi indicam que esses “sujeitos de pesquisa” se sentiram recompensados por participar do estudo. Nesse sentido, Jimenez (2007) discute que a pesquisa pode indicar formas de intervenção que possibilitem mudança terapêutica e, para isso, os estudos devem apresentar tanto as características do paciente quanto da relação que estabelecem com o analista (pesquisador). Reid (1998) afirma que embora o diagnóstico psiquiátrico feito por questionário possa confirmar a presença e o grau de severidade do autismo, pouco informa a respeito da experiência da criança e de sua família. Desta forma, o diagnóstico é apenas uma parte da avaliação.

198

Além dos instrumentos padronizados, o profissional que estiver à frente das avaliações deve contar com seus recursos para identificar os sentimentos que lhes são despertados ao longo das entrevistas e utilizá-los como ferramenta para compreender a situação pesquisada. Esta ideia está em ressonância com a proposta de Salomonsson (2007) a respeito do atendimento com pais e bebês quando destaca que a contratransferência é fundamental para o processo de entendimento do analista (pesquisador). O autor afirma ainda que quando o tema da pesquisa é a vida do bebê devemos ir além da contratransferência e recorrer aos conhecimentos produzidos pela psicologia do desenvolvimento e pela semiótica para poder formular uma compreensão clínica.

Nos dois casos relatados a pesquisadora utilizou as emoções que foram despertadas no “aqui agora” das entrevistas para formular questões que facilitaram a emergência dos conteúdos emocionais de cada família e, desta forma, a compreensão clínica de cada caso. No primeiro caso, foi fundamental que a pesquisadora sentisse a sobrecarga e a falta de espaço, de continência, para os conteúdos emocionais. No segundo caso, sentir que não estava dando atenção ao bebê que explorava a sala por conta própria contribuiu para que a pesquisadora se aproximasse da experiência emocional daquela dupla mãe-bebê.

Considerações finais

O pesquisador parte de noções já estabelecidas que justifiquem sua inserção quando determina o campo de pesquisa para realizar seu estudo, mas é somente quando se lança no campo e encontra com seus sujeitos que as questões vão se impondo e se construindo.

Nos dois casos relatados podemos encontrar fatores de risco conhecidos na literatura que justificariam o encaminhamento para atendimento dos pais e dos bebês, porém a proposta é que seja oferecido para as famílias um período de avaliação, para que questões particulares possam emergir, propiciando que sejam formuladas demandas de atendimento de acordo com as suas necessidades. A aplicação do IRDI vem se mostrando como promissora no que se refere a criar uma atmosfera de acolhimento e escuta para as famílias, norteadas por questões referentes ao desenvolvimento inicial.

As entrevistas de avaliação ajudaram na investigação da relação que se estabeleceu entre as mães e seus bebês durante a troca alimentar e quais foram os possíveis efeitos em decorrência. É possível se pensar, diante dos dados coletados, que os bebês aprenderam a aproveitar ao máximo os momentos de disponibilidade da mãe para com eles, contribuindo, dessa forma, para a sua voracidade na relação com os objetos.

Mães de crianças autistas não perdem sua capacidade de reconhecer manifestações de desejo em seus filhos mais novos e não precisam ficar aprisionadas no registro da necessidade orgânica. Porém, essa capacidade de leitura das mães pode se encontrar adormecida, o que demanda um espaço de escuta para que possam recuperar a confiança abalada e estabelecer novas formas de relacionamento com os filhos. Da mesma forma, os irmãos não estão fadados a apresentar risco de desenvolvimento em decorrência de vulnerabilidades orgânicas e ambientais. O encontro com essas crianças sugere que elas podem se beneficiar de um espaço de acolhimento que não tenha necessariamente fins de tratamento psicoterapêutico, sugere também que o espaço desses bebês na família pode ser beneficiado se seus pais forem ajudados nas questões referentes à parentalidade.

Agradecimentos: Os autores agradecem à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e à Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, pelo financiamento da pesquisa.

Referências

Benson, P. R. & Karlof, K. L. (2008). Child, parent, and family predictors of latter adjustment in siblings of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2, 583-600.

- Bernardino, L. M. F. (2008). A avaliação psicanalítica das crianças da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos para o desenvolvimento infantil: impasses teóricos e clínicos. In: L. M. Atem (Org.). *Cuidados no início da vida: clínica, instituição, pesquisa e metodologia* (pp. 123-128). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Crespin, G. C. (2004). *A clínica precoce: o nascimento do humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- De Araujo, G. X. (2010). Quando não há mais espaço: um estudo sobre a frátria das crianças autistas. *Estilos da Clínica*, São Paulo, 15(1), 126-143.
- Golse, B. (2005). Autismo infantil: despiste e prevenção. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, 8(3), 428-442. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume08/n3/autismo_infantil_despiste_e_prevencao.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2013.
- Gorwood, P. & Ramoz, N. (2005). Facteurs génétiques dans l'autisme. In B. Golse, & P. Delion (Orgs.). *Autisme: état des lieux et horizons* (pp. 71-88). Paris: Érès.
- Jimenez, J. P. (2007). Can research influence clinical practice? *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 661-679.
- Kupfer, M. C. M. et al. (2010). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.*, São Paulo, 13(1), 31-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2013.
- Lampreia, C. (2003). Avaliações quantitativa e qualitativa de um menino autista: uma análise crítica. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 8(1), 57-65.
- Laznik, M. C. (2000). Psicanalistas que trabalham em saúde pública. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, 13(132), 62-78.
- Laznik, M. C. (2011). *Rumo à fala*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Lerner, R. (2011). *Indicadores Clínicos de Risco para Desenvolvimento Infantil – IRDI: verificação da capacidade discriminativa entre autismo, retardo mental e normalidade*. Tese de Livre-docência. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Lerner, R. & Kupfer, M. C. M. (Orgs.). (2008). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta/Fapesp.
- Lincht, R. W. (2006). Na sala de espera esperando o Outro: uma interlocução entre as pesquisas neurológicas e a psicanálise. In: L. M. F. Bernardino (Org.). *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição*. São Paulo: Escuta.
- Mariotto, R. M. M. (2009). *Cuidar, educar e prevenir: as funções da creche na subjetivação de bebês*. São Paulo: Escuta.
- Mecca, T. P. et al. (2011). Rastreamento de sinais e sintomas de transtornos do espectro do autismo em irmãos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – APRS*, 33(2), 116-120.

ARTIGOS

- Muratori, F. & Maestro, S. (2007). Early signs of autism in the first year of life. In S. Acquarone (Org.). *Signs of autism in infants: recognition and early intervention* (pp. 46-61). Londres: Karnac Books.
- Osborne, L. A., McHugh, L., Saunders, J. & Reed, P. (2008). The effect of parenting behaviors on subsequent child behavior problems in autistic spectrum conditions. *Research Autism Spectrum Disorders, 2*, 249-263.
- Pesaro, M.E. (2010). Alcance e limites teórico-metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Reid, S. (1998). The assessment of the child with autism. In A. Alvarez, & S. Reid (Orgs.). *Autism and Personality: findings from the Tavistock autism workshop*. Inglaterra: Routledge.
- Salomonsson, B. (2007). Talk to me baby, tell me what's the matter now. Semiotic and developmental perspectives on communication in psychoanalytic infant treatment. *International Journal of Psychoanalysis, 88*, 127-146.
- Teixeira, M. C. T. V. et al. (2010). Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista. *Rev. Assoc. Med. Bras, 56*(5), 607-614.
- Teperman, D. W. (2005). *Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo/Fapesp.
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958).
- Yirmiya, N. et al. (2006). The development of siblings of children with autism at 4 and 14 months: social engagement, communication, and cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(5), 511-523.

201

Resumos

(Exchanges of food among siblings of autistic babies and their mothers: Risk or resource?)

Based on the fact that food intake is significant for the construction of a baby's internal reality, the present article discusses the relationship that mothers — whose oldest child was diagnosed with autism — established with their younger children at meal time. Clinical vignettes are presented to call attention to the concepts of need and demand, aspects of the relationship between parents and children, and the therapeutic effects that the research interviews may bring about in the families.

Key words: Early development, interdisciplinarity, autism, risk

(Echanges de nourriture entre bébés frères et sœurs d'autistes et de leurs mères: risque ou ressource?)

En prenant comme point de départ l'importance de l'ingestion des aliments pour la construction de la réalité interne du bébé, cet article vise à discuter le rapport que les mères de premiers-nés autistes établissent avec leurs autres enfants pendant leur alimentation. Nous présentons des vignettes cliniques qui mettent l'accent sur les notions de besoin et de demande, les aspects du rapport entre les parents et l'enfant et les effets thérapeutiques qui peuvent résulter des entretiens de la recherche pour les familles.

Mots-clés: Développement précoce, interdisciplinarité, autisme, risque

(Intercambios de alimentación entre bebés hermanos de niños con autismo y sus madres: riesgo o recurso?)

Asumiendo la importancia que la ingesta de alimentos tiene para construir la realidad interna del bebé, este estudio discute la relación que las madres del primer hijo diagnosticado como autista establecen con sus hijos pequeños durante la alimentación. Se presentaran viñetas clínicas enfatizando las nociones de necesidad y de demanda, en las relaciones entre padres y niños y los efectos terapéuticos que pueden generar las entrevistas de investigación en las familias.

Palabras clave: Desarrollo temprano, interdisciplinaridad, autismo, riesgo

(Nahrungsaustausch zwischen Geschwistern von autistischen Kleinkindern und ihren Müttern: Risiko oder Möglichkeit?)

Ausgangspunkt ist die Notwendigkeit, sich zu ernähren und was dies für die Gestaltung der Inneren Realität eines Kleinkindes bedeutet. Auf dieser Grundlage diskutiert diese Untersuchung die Beziehung, die Mütter, deren erstes Kind autistisch ist, zu den jüngeren Geschwistern während der Ernährung aufbauen. Es werden einige klinische Kurzvideos gezeigt, die Aspekte der Notwendigkeit und des Bedürfnisses hervorheben, Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung und mögliche therapeutische Auswirkungen der Forschungsinterviews für Familien.

Schlüsselwörter: Frühreife Entwicklung, Interdisziplinarität, Autismus, Risiko

Citação/Citation: Campana, N. T. C. & Lerner, R. (2014, junho). Trocas alimentares entre bebês irmãos de autistas e suas mães: risco ou recurso? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(2), 191-203.

Editor do artigo/Editor: Manoel Tosta Berlinck

Recebido/Received: 8.4.2013/ 4.8.2013 **Aceito/Accepted:** 27.11.2013 / 11.27.2013

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original authors and sources are credited.

Financiamento/Funding: A pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – Fapesp e pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal / The research was funded by the Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – Fapesp and by the Fundação Maria Cecília Souto Vidigal

Conflito de interesses/Conflict of interest: Os autores declaram que não há conflito de interesses / The authors declare that has no conflict of interest.

NATHALIA TEIXEIRA CALDAS CAMPANA

Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP (São Paulo, SP, Br); Especialização em Psicologia da Infância pelo Depto. de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp (São Paulo, SP, Br); Mestre em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano da Universidade de São Paulo – USP (São Paulo, SP, Br).

Av. Macuco, 726/1602

04523-001 São Paulo, SP, Br

e-mail: nacampana@gmail.com

ROGÉRIO LERNER

Psicanalista; Professor Associado do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP (São Paulo, SP, Br); Doutor e Livre-Docente em Psicologia pelo mesmo Instituto; Pós-doutorado pela Universidade Pierre et Marie Curie (Paris, Fr); Fellow do College of Research Training Programme University College London/International Psychoanalytical Association; Membro do Núcleo de Apoio à Pesquisa em Neurodesenvolvimento e Saúde Mental; Líder do grupo de pesquisa do CNPq intitulado “Transtornos do espectro de autismo: detecção de sinais iniciais e intervenção”.

Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – Cidade Universitária

05508-030 São Paulo, SP, Br

e-mail: rogerlerner@usp.br / rogerlerner@uol.com.br

Apresentação de pacientes: Clérambault, mestre de Lacan

Cristiana Miranda Ramos Ferreira*¹
Jésus Santiago*²

A apresentação de pacientes é um dispositivo tradicional da psiquiatria, que foi introduzido na psicanálise por Lacan. Este artigo analisa as influências que Lacan recebeu de seu mestre, Clérambault, ressaltando os pontos de continuidade e as alterações produzidas, na prática da apresentação, a partir de sua operação pelo discurso do analista.

Palavras-chave: Apresentação de paciente, psicanálise, Lacan, Clérambault

*¹ Faculdade FEAD (Belo Horizonte, MG, Br)

*² Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG (Belo Horizonte, MG, Br)

A apresentação de pacientes faz parte da tradição psiquiátrica desde o início do século XIX. Utilizada ao longo de toda a psiquiatria clássica, de Esquirol (1817) a Clérambault (1934),¹ a apresentação se sustentava na lógica do ‘Interrogatório’, prática que tinha na fala do paciente sua principal via de acesso e apreensão da loucura. No interrogatório, o médico confrontava a verdade delirante do paciente com a realidade, de forma a desestabilizar suas crenças e provocar-lhe uma crise, presentificando assim, seus fenômenos e sintomas. Além de favorecer a elaboração do diagnóstico e prognóstico de um caso em particular, o interrogatório tinha também extrema importância para a psiquiatria de uma maneira geral, visto que seu caráter investigativo viabilizava a constituição do saber psiquiátrico, ainda em construção. A apresentação de pacientes, como era conhecida a realização pública do interrogatório, se efetivava, portanto, na articulação entre a pesquisa, a clínica e o ensino. Apesar de seu amplo uso e eficácia, isso não parece ter suscitado maiores questionamentos. Com raras exceções, quase não se encontra, ao longo de todo este período, artigos exclusivamente dedicados a elaborações, seja sobre as técnicas e estratégias da apresentação, seja sobre os efeitos produzidos sobre o paciente. Acerca do tema, o que se tem são referências casuais, intuídas nas entrelinhas das exposições teóricas e, eventualmente, em algum relato de caso, o que também não era comum na época.

Já no início do século XX, embora continue inexistindo elaborações sobre essa prática, encontraremos algumas publicações como, por exemplo, de Kraepelin (1856-1925) e Clérambault (1856-1925), nas quais figuram preciosos relatos de apresentações com comentários do paciente, ou sobre ele, e até mesmo algum fragmento do diálogo entre médico e paciente.

Mas é somente a partir da segunda metade do século XX, por volta de 1960, que começaremos a encontrar alguns textos dedicados exclusivamente a pensar essa prática. Todavia, estes textos têm um caráter curioso, pois em sua maior parte, referem-se especificamente às apresentações de um mesmo apresentador: Lacan. São artigos de seus alunos e analisantes que, sob o impacto produzido por estas apresentações, ora tentam esclarecer as diferenças das apresentações como praticadas por Lacan das demais apresentações, ora tentam descrever seus

¹Sobre o tema cf. Foucault (2006), Ferreira (2006, 2013).

efeitos de transmissão (Leguil, 1993, 1998; Miller, 1996; Laurent, 1989). A estes escritos somam-se os artigos contemporâneos, que têm se multiplicado nos últimos anos, interessados em não apenas relatar os efeitos clínicos produzidos a partir das apresentações, como também elaborações acerca dos fundamentos teóricos e clínicos, que visam esclarecer o que viabiliza que tais efeitos sejam produzidos.

Alguns desses escritos interrogam porque Lacan fez uso dessa prática; afinal, no momento em que ele se formava psiquiatra, a prática de apresentação já não era mais a mesma do período clássico. Ao contrário, esta sofria as influências de uma psiquiatria “biologicista”, perspectiva ascendente desde as primeiras décadas do século XX, que em lugar do caráter investigativo que marcara a psiquiatria clássica, se caracterizava por uma perspectiva reducionista, mais focada nos efeitos fisiológicos de suas intervenções no corpo, portanto, pouco interessada nos detalhes do caso. Tal enfoque repercutiu sobre a prática da apresentação, centrando seu interesse na dimensão de ensino, sendo a participação do paciente reduzida à função de ilustrar a disciplina estudada.

Contudo, Lacan teve como mestre, Clérambault, considerado “o último e mais brilhante dos clássicos” (Bercherie, 1980, p. 251, citado por Girard, 1993, p. 10). Nossa hipótese é que Lacan teve, com Clérambault, a oportunidade de presenciar apresentações de pacientes realizadas sob a forma clássica, afinal Clérambault sustentava, em suas apresentações, o mesmo vigor e caráter investigativo que caracterizara o interrogatório clássico, praticado por seus antecessores.

206

O estilo do mestre

Clérambault acreditava na organogênese da loucura. Contudo, sem acesso à lesão orgânica, ele tomou justamente o discurso do paciente como corte histológico passível de colocar à mostra os mecanismos de formação da psicose (Girard, 1993). Clérambault se mantinha fiel à ideia de que era pelo relato do paciente e pela observação cada vez mais precisa que se poderia aceder à compreensão dos fenômenos psicopatológicos, assim como às provas da loucura.

Embora Clérambault seguisse a tradição clássica, é importante ressaltar que há particularidades, tanto em seu entendimento da psicose quanto em seu objetivo com o interrogatório, diferenças que o fizeram se destacar de seus antecessores. Como elemento fundamental, que incidiu tanto sobre sua produção teórica quanto sobre sua forma de realizar as apresentações de pacientes, devemos salientar a especificidade de seu trabalho — Clérambault era chefe da Enfermaria Especial de Alienados da Prefeitura de Polícia, local para onde eram conduzidos todos aqueles que perturbavam a ordem pública: criminosos, prostitutas, vagabundos e também os alienados. Era função de Clérambault observar, diagnosticar e decidir o encaminhamento dos

pacientes, separando os alienados dos demais pacientes, visto que esses deveriam ser conduzidos, não para o sistema judiciário, mas para o manicômio.

O volume de pacientes e o polimorfismo psicopatológico dessa clientela que passava pela Enfermaria Especial serviram a Clérambault como um verdadeiro observatório. Esse aspecto, aliado ao seu estilo observador, minucioso e detalhista, e ainda à liberdade de poder investigar sem se ocupar do tratamento, permitiram a Clérambault dar valiosas contribuições à psiquiatria, como, por exemplo, a descrição dos delírios tóxicos, da *folie a deux*, da síndrome erotomaniaca, da síndrome do automatismo mental, entre outros. Todavia era um trabalho que exigia grande sensibilidade e perícia, pois tratavam-se de casos cuja sintomatologia discreta dificultava um diagnóstico claro. De fato, a Enfermaria Especial lhe proporcionou o acesso às psicoses em um estado pouco comum para a maioria dos psiquiatras — as psicoses não desencadeadas. Dessa experiência, Clérambault pôde perceber que certos fenômenos discretos, sutis, podiam subsistir durante muitos anos, sem que se deflagrasse uma psicose. Clérambault pôde assim distinguir a psicose, enquanto base, núcleo da doença, de seus fenômenos, como os delírios e alucinações, considerados por ele como sendo secundários. Essa perspectiva o levou a deslocar o foco de seu interesse: dos fenômenos mais evidentes e exuberantes para os mecanismos geradores das psicoses. Essa investigação, ele a fará em torno de dois grandes polos — as psicoses alucinatórias como base no automatismo mental por um lado, e as psicoses paranoicas ideoafetivas por outro.

No caso das psicoses alucinatórias, considerava-as como uma doença orgânica, cuja causa seria um “processo histológico, irritativo de progressão em algum modo serpeginosa” (Clérambault, 2004, p. 114) ou, como esclarece Bercherie (2004), de progressão lenta, consequência de antigas infecções ou transtornos endócrinos. Dessa forma, as construções delirantes, por exemplo, eram consideradas como sendo uma reação imaginativa de ajuste e integração do intelecto, visando sistematizar o impacto do processo orgânico sobre o sujeito (Bercherie, 2004). Assim, em lugar de provocar a crise para presentificar os sintomas, como faziam seus colegas clássicos, Clérambault procurava detectar através da fala do paciente, os fenômenos iniciais, sutis, discretos. Nestes sintomas, os quais agrupou sob a denominação de Síndrome do Automatismo Mental, Clérambault destacava a maneira brusca, estrangeira, mecânica e parasitária, com que estes irrompiam na consciência da pessoa determinando a cisão no Eu. Para Clérambault, o caráter anidético (abstrato, marcado pela ausência de organização temática) e a maneira intrusiva, externa, automática, com que estes se impunham à consciência, independente da intencionalidade do sujeito, eram uma prova de que o automatismo ocorreria fora do psiquismo, portanto, no corpo. Apreender o automatismo mental era a possibilidade de isolar o momento muito particular da irrupção da psicose, o ponto de “passagem do psíquico puro, do pensamento abstrato, ao verbal e à sensorialidade das vozes” (Girard, 1993, p. 23).

Da mesma forma, nas psicoses delirantes, Clérambault procurava isolar os mecanismos geradores dos delírios, constituídos sobre um nó ideoafetivo de base orgânica. Como já dissemos, a Clérambault não interessava mais a provocação da crise, pela produção de fenômenos. Sua intenção era revelar a verdade da posição do sujeito em relação à crença delirante. A ele interessava demonstrar o quanto esta certeza delirante estava funcionando. Procurava, assim, delimitar o ponto de partida do delírio, isolando em meio à argumentação, muitas vezes sistematizada e convincente do paciente, o postulado fundamental, no caso das psicoses passionais, ou, no caso das psicoses interpretativas, uma pseudoconstatação. A exemplo da erotomania, ele a considerava como sendo “em si mesma a psicose”, o delírio seria apenas o desenvolvimento do postulado (Clérambault, 2009, p. 313).

Entretanto, isolar e dar visibilidade, seja ao automatismo mental, seja ao postulado fundamental, não era tarefa fácil. Nos casos de erotomania, por exemplo, dada sua reticência natural, o mais frequente era que o paciente negasse explicitamente os seus sentimentos, conseguindo convencer os médicos de que mesmo que seus atos fossem condenáveis, não eram, contudo, motivo para internação. A fim de evitar esse risco, Clérambault orientava seus alunos que não se tratava de procurar os fatos, visto que estes o paciente pode negar sempre. O que se deve buscar é, antes, os pontos de vista do paciente, que estão em fórmulas específicas (p. 286).

De toda forma, quando o paciente não confessava abertamente a sua crença, Clérambault buscava revelá-la a partir de sinais discretos, pois aquilo que o paciente nega explicitamente, ele confessa implicitamente. Procurava assim desvelar o postulado a partir de um sorriso, uma expressão, um olhar, signo desse inconfessável. Em suas palavras: “A esperança surge na credulidade destes doentes, que devemos saber explorar, em suas aquiescências tácitas, em sua animação súbita nesta ou naquela evocação, enfim, nos efeitos mímicos, sempre marcados de hipertônus” (p. 311).

Dessa maneira, no curso de suas apresentações de pacientes era possível acompanhar a obstinação e minúcia com a qual Clérambault procurava atravessar os fenômenos psicóticos para dar visibilidade a seus mecanismos formadores. Deste modo, orientado por esta perspectiva estrutural do sintoma, com seu famoso “olhar de águia”, a um só tempo detalhista e minucioso, porém agudo e preciso, Clérambault desenvolveu a arte de extrair a confissão de seus pacientes. Como nos diz Bercherie (2004, p. 11), Clérambault elevou a prática da apresentação de pacientes à perfeição.

É preciso lembrar que para além do rigor clínico e do preciosismo teórico, Clérambault era orientado, em última instância, pela questão da periculosidade. Para estabelecer um diagnóstico, desmascarar uma simulação, reconhecer uma psicose não desencadeada, e fazer um cálculo do risco de passagem ao ato ou de reincidência, Clérambault se norteara por detalhes clínicos que os psiquiatras de hoje, provavelmente, não saberiam nem mesmo identificar. Dessa maneira, interessava-lhe não apenas diferenciar se o comportamento do paciente era efeito de um automatismo mental

ou de um quadro ideoafetivo, mas dentre as psicoses delirantes, preocupava-se em definir se tratava-se de uma paranoia ou uma psicose passional, pois segundo ele, “o paranoico delira com seu caráter” (2009, p. 291), enquanto no passional “produz-se um nó ideoafetivo inicial, no qual o elemento afetivo é constituído por uma emoção veemente, profunda, destinada a se perpetuar sem cessar, e absorver todas as forças do espírito, desde o primeiro dia”(p. 291). Isso era considerado de fundamental importância para Clérambault, pois como ele dirá: “Diferentes pontos de partida resultam diferenças profundas no tônus psíquico e na extensão do delírio” (p. 292). E mesmo no interior das psicoses passionais, ele ainda procurava discernir suas particularidades. A exemplo da erotomania, a Clérambault importava diferenciá-los os casos puros dos mistos, visto que isso incidia sobre a evolução e prognóstico do quadro pois, “quanto maior a importância da contribuição imaginativa [caso misto], mais fraca é a contribuição passional [puro]”(p. 302), o que reflete, por exemplo, na extensão e complexidade do delírio, assim como na intensidade de suas ideias. Reconhecer estes aspectos permitia-lhe avaliar se estas tenderiam a se perpetuar ou se, ao contrário, tendiam a tornar-se difusas e perder a força. Enfim, era essa fineza de detalhes que permitiam a Clérambault avaliar as implicações afetivas do sujeito, conseqüentemente a intensidade de suas reações, a evolução do quadro e a probabilidade de reincidências.

Para vencer a reticência dos pacientes, tocar os pontos mórbidos e obter todas as informações que precisava, Clérambault (2004) acreditava ser necessário conduzir, muito habilmente, a conversação.

Com um diálogo em aparência difuso mas salpicado de centros de atração para as ideias, devemos conduzir o sujeito a um estado de espírito que o leve a monologar e a discutir; a partir daí nossa tática consistirá em calar-nos ou em contradizer apenas o suficiente para parecermos incapazes de compreendê-lo completamente. Então o sujeito se permitirá expressões que não havia previsto e deixará escapar fórmulas das quais pensa que não prevemos as conseqüências. (p. 70)

Para tanto, Clérambault (2004) acreditava que era preciso comover o paciente, ativando sua emoção de tal forma que esta escapasse às tentativas do enfermo de ocultá-las. A fim de comover o paciente, ele se utilizava de manobras diferentes em cada caso, o que não poderia ser de outra maneira, pois ele reconhecia que “os casos são por essência individuais” (p. 33). Entretanto, sua necessidade de estabelecer o diagnóstico, associado à sua despreocupação com o tratamento, (até porque ele acreditava que a doença mental era incurável, não se preocupando com as conseqüências de suas intervenções sobre o paciente), tiveram importante implicação em sua forma de abordagem dos enfermos. Esta posição lhe permitia ir às últimas conseqüências em suas investigações. Como nos disse Roudinesco (1994), “sem julgá-lo, nem lamentá-lo, mas com uma vontade feroz de extorquir-lhe confissões” (p. 39), Clérambault conseguia arrancar de seus pacientes aquilo que desejava fazer revelar.

Para conduzir sua exploração minuciosa dos fenômenos e examinar detalhadamente as emoções em causa, Clérambault não hesitava em se utilizar de métodos questionáveis, mesmo condenáveis. Segundo Clérambault, para se obter a confissão, não bastava interrogar o paciente, mas era preciso manipulá-lo. Uma de suas estratégias era, por exemplo, produzir um estado de confiança no paciente, prometendo intermediar no que fosse necessário para ajudá-lo a alcançar suas reivindicações delirantes. Enredando os pacientes nesse estado de confiança, ele os manipulava, provocava, enganava.

Clérambault reconhecia também a importância do público. Inclusive, em seus relatos é possível encontrar algumas referências de como ele se utilizava disso para, nos jogos com seus pacientes, confrontá-los com os personagens de seus delírios. Para ilustrar, tomemos uma apresentação de Clérambault. Trata-se de uma dama francesa, Lea Ana, cujo delírio erotomaniaco se baseava no postulado: “o Rei da Inglaterra me ama”. Lea Ana foi conduzida para a Enfermaria Especial, por ter feito escândalo em via pública, e esbofetear dois guardas. No momento de sua admissão, revela, com relativa facilidade, sua convicção delirante. Entretanto, no dia seguinte, quando de sua apresentação pública, na Sociedade Clínica, ela se mostrou reticente tanto sobre os temas de perseguição quanto sobre os erotomaniacos. Contudo, Clérambault (2004) vence sua resistência assegurando à paciente que aquele grupo, diante do qual era apresentada, tratava-se em verdade de um “comitê composto por gente eminente, que teria crédito especial fora da França” (pp. 31-32). Um comitê que se não colocou o Rei em sua presença, foi pelo temor de que ela não se portasse adequadamente, mas que poderia, ainda assim, intermediar seu contato com ele, sendo portadores de uma carta dela para Sua Majestade. Ao prometer intermediar seu contato com o Rei, Clérambault aciona sua esperança, fazendo com que a emoção transbordasse e aparecesse sob sua negação. O sucesso de sua estratégia pode ser comprovado na carta endereçada ao Rei que, ao final da entrevista, Lea Ana entrega a Clérambault (2004):

À Sua Majestade o Rei George V, Rei da Inglaterra.

Majestade: venho solicitar-lhe muito humildemente minha graça e para assegurá-lo de toda minha devoção. A fim de assegurá-lo eu mesma de todo meu afeto e dos sentimentos muito profundos que existem no fundo do meu coração, eu queria pedir a Vossa Majestade uma entrevista que o senhor mesmo marcaria e que me encheria de felicidade. Eu peço do fundo do coração que Vossa Majestade me perdoe e me deixe vir à Inglaterra, onde asseguro a Vossa Majestade de toda minha devoção (pp. 31-32).

Estratégias deste tipo se justificariam pois, como diria Clérambault (2009): “Não se trata com efeito, de saber o que pensa o doente quando está calmo, mas de quais desejos e impulsos é capaz uma vez emocionado, o que vai lhe acontecer, infalivelmente, uma vez que esteja livre” (p. 347). Na ausência deste tipo de manobra, muitas

enfermas poderiam passar como um estado passional normal, resultando, por exemplo, em “liberações absurdas, seguidas de recidivas imediatas” (p. 330).

E realmente suas intervenções possibilitavam, com efeito, uma grande precisão na definição diagnóstica e conseqüente acerto nos encaminhamentos. Mas nem isso impediu a polêmica que girou em torno de suas apresentações. Por um lado, a fama de tirânico, arrogante e provocativo, levava a contestações e reações de rechaço, mas por outro lado, seu olhar agudo, penetrante e preciso, fazia de suas apresentações umas das mais requisitadas de sua época.

Assim, as apresentações de Clérambault, o último dos grandes clássicos, foram marcadas pela articulação entre a investigação clínica e o ensino, mantendo a vivacidade e dinamismo que caracterizaram as apresentações dos primeiros tempos. E foram estas apresentações às quais Lacan, aluno de Clérambault, sem dúvida alguma assistiu.

Lacan, aluno de Clérambault

De certo, que a apresentação realizada por Lacan não é a mesma da psiquiatria. Na medida em que ele foi aspirado pela psicanálise, é deste lugar, enquanto analista, que conduzirá suas apresentações. Se na psiquiatria estas eram operadas a partir dos discursos do mestre, ou universitário, Lacan a toma sob a perspectiva do discurso do analista, o que imprime profundas transformações nessa prática, visto que coloca o paciente enquanto sujeito da palavra, da enunciação.

Contudo, a influência sofrida é explicitada pelo próprio Lacan. Em mais de uma situação, Lacan (1998a) vai se referir a Clérambault como tendo sido seu “único mestre em psiquiatria” (p. 65). Lacan reconhece, inclusive, que não obstante a concepção organicista deste, é a Clérambault que ele devia sua concepção estrutural e psicogênica da loucura. E de fato, é possível percebermos que o caráter autônomo e parasitário com o qual Clérambault define o automatismo mental, coincide justamente com a definição que Lacan dá da psicose à época do *O seminário. Livro 3. As psicoses* (1955-1956/1992), sobre as psicoses enquanto efeito de uma intrusão da estrutura significante. Sobre isso Lacan dirá: “seu *automatismo mental*, com sua ideologia mecanicista de metáfora, por certo bastante criticável, parece-nos, em seus enfoques do texto subjetivo, mais próximo do que se pode construir de uma análise estrutural do que qualquer esforço clínico na psiquiatria francesa” (p. 69).

No que diz respeito à apresentação de pacientes, podemos ver que Lacan não apenas deu continuidade, mas soube desenvolver a acuidade clínica do mestre. Assim como Clérambault, Lacan perpetuou o seu interesse agudo e penetrante que buscava, para além dos fenômenos, a posição do doente. Afinal, será este mesmo elemento mínimo, formador, estrutural, que Clérambault buscava revelar nas suas apresentações, que ganhará destaque

nas apresentações de Lacan. Assim como seu mestre, a intenção de Lacan era buscar, para além dos fenômenos psicóticos, o “nú central do caso” (Laurent, 1989, p. 165), não obstante esse nú central tivesse conotações diferentes para cada um. Para Clérambault o centro de seu interesse era desvelar o automatismo mental nas psicoses alucinatórias crônicas e o postulado, no caso das psicoses passionais. Já Lacan, pelo menos no primeiro momento de seu ensino, vai tomar como centro de seu interesse o fenômeno elementar, revelador da posição do sujeito em sua relação com o Outro da linguagem.

Quando dizemos que em suas apresentações, Lacan buscava a posição do sujeito, isso implica dizer que, embora possamos encontrar alguns pontos indicativos de sua filiação a Clérambault, e portanto dizer que, em última instância, suas apresentações tiveram origem no interrogatório clássico, contudo haverá diferenças fundamentais entre elas.

Como ponto comum, temos, sobretudo, a manutenção do caráter clínico, investigativo, abandonado pela perspectiva psiquiátrica “biologicista” — hegemônica na época de Lacan. No que diz respeito especificamente a Clérambault, podemos ressaltar a precisão e acuidade das intervenções, que visavam não o fenômeno, mas a posição do paciente.

Contudo, as apresentações de Lacan irão se diferir imensamente de seus antecessores, no que diz respeito às suas estratégias de intervenção. Em verdade, ao operar o dispositivo da apresentação de pacientes sob a lógica do discurso do analista, Lacan subverte profundamente o sentido e alcance desta prática. Ao visar o sujeito, Lacan eleva a investigação a outra dimensão. Enquanto os clássicos, Clérambault entre eles, se restringiam à dimensão imaginária do Eu, no eixo a-a', Lacan vai se interessar pela dimensão inconsciente, deslocando assim o interesse do enunciado para a enunciação. Portanto, não se trata mais de desmascarar o paciente, mas fazer emergir o sujeito enquanto tal.

Para pensarmos esses pontos de convergência e de divergência entre as apresentações de Clérambault e de Lacan, tomaremos um dos fragmentos de apresentações realizadas por Lacan e comentados por ele, em *O seminário. Livro 3. As psicoses* (1955-1956/1992), quando faz referência à dificuldade de se acessar o sujeito. Como nos dirá Éric Laurent (1995), o sujeito psicótico não tem necessariamente vontade de nos falar daquilo que lhe interessa: “É preciso dispô-lo a isso. Se ele não estiver disposto, não se conseguirá nada. Não se conseguirá nada de essencial, ou seja, ele se manterá na fala comum” (p. 122). Para tanto, os psiquiatras clássicos confrontavam o paciente, provocando a crise. Já Clérambault, como vimos, procurava ativar a emoção de forma que esta escapasse das tentativas do enfermo de ocultar-se pela racionalização. Quanto a Lacan, ele convidava o paciente a falar.

Isso é o que nos revela Lacan, ao relatar uma de suas apresentações: tratava-se de uma moça que vivia uma *folie a deux* com a mãe. Ela não se mostrara muito disposta à apresentação (como conjectura Lacan, provavelmente por já ter participado de outras apresentações antes desta). Lacan avalia que foi “certa doçura”, que ele havia posto na aproximação da moça, o que favoreceu o bom entendimento entre eles, dispondo-a

a sair da fala comum. É assim que a paciente lhe confia que uma pessoa tão gentil, tão boa quanto ela própria, tinha sido vítima de atos hostis. Revela que, certo dia, ao cruzar com o amante da vizinha no corredor, este lhe dissera um palavrão. Após certa reticência, visto que tal termo a depreciava, ela acaba por confessar: “Ele disse — Porca.” Evidencia-se assim que a paciente alucina.

Entretanto, é preciso marcar que esse “Porca” não foi entregue facilmente, mas veio como efeito da intervenção de Lacan. Se ele chegou a vencer a reticência da paciente e capturar esse fenômeno, como ele irá esclarecer, foi justamente por não compreender. Podemos ver aqui, algo de sua filiação à Clérambault, contudo, há entre o não compreender de Lacan e de Clérambault, uma diferença fundamental. Retomemos o dito de Clérambault, de que era preciso “parecermos” incapazes de compreender o paciente. Chamamos a atenção, aqui, para o “parecer” — afinal, ele acreditava que era possível saber “tudo” sobre o paciente, sobre sua doença. Aliás, acreditava que era possível saber até mais que o paciente, e era sustentado nesse saber a mais, que ele operava suas manobras de manipulação (Clérambault, 2004) para produzir a comoção no doente.

Quanto a Lacan, a estratégia era não compreender, de fato. A compreensão faz com que o analista se detenha, que não prossiga na investigação, pois já compreendeu. Ao compreender, o analista estaria entrando no jogo do paciente, colaborando com sua resistência, “reforçando a tentativa inconsciente do paciente de dissimular o que está em causa em sua fala” (Leguil, 1998, p. 93). Para o analista, ao contrário, “o que se trata de compreender é precisamente porque há alguma coisa que é dada [pelo paciente] para ser compreendida” (Lacan, 1992, p. 60).

O que podemos perceber é como Lacan não se perde no engodo da compreensão. Se Lacan chega a dispor a paciente a sair da fala comum, se extrai algo fundamental nessa entrevista, é justamente porque, ao não compreender, ele permite que o sujeito emerja, aproximando-se assim do centro da questão. Dessa forma, para alcançar a alucinação “Porca”, ele não precisou desestabilizar a paciente, produzindo uma crise a partir de sua confrontação, como fariam os clássicos, nem mesmo manipulá-la, comovê-la de forma a ativar sua emoção, como faria Clérambault. Muito atento às nuances do discurso do paciente, o que Lacan (1998b) fez foi se interessar em saber “o que nela mesmo poderia ter se proferido no instante anterior [à injúria]” (p. 540). Em lugar de se endereçar ao Eu imaginário, Lacan visa o sujeito, implicando-o. É assim que a paciente, “com um sorriso de concessão”, lhe confessa “que não era naquele ponto completamente inocente, pois ela própria tinha dito alguma coisa ao passar”. E foi somente após revelar sua própria fala: “Eu venho do salsicheiro” que, na sequência, ela, espontaneamente, revela a vivência alucinatória: “Porca” (Lacan, 1992, pp. 59-60).

Sobre esse precioso achado, Lacan (1998b) irá nos dizer que: “semelhante descoberta só pode dar-se à custa de uma submissão completa, ainda que advertida,

às posições propriamente subjetivas do doente” (p. 540). Considerando, como nos diz Porge (2009), que submeter-se à posição subjetiva, submeter-se ao sujeito, é “submeter-se às surpresas da linguagem, às sínopes da enunciação. Quando elas aparecem, pode-se dizer que o sujeito se apresentou, sem que seja bem localizável no nível das pessoas (...)” (p. 226). Eis então que o grande achado de Lacan não é a confissão de que a paciente alucina, como interessaria aos clássicos. Tampouco a presentificação do mecanismo gerador da psicose, como classificaria Clérambault, revelando a presença do automatismo mental. O achado de Lacan é mais interessante — o que ele desvela, é a posição do sujeito como objeto de gozo do Outro, ou seja, a posição estrutural do sujeito psicótico.

Deslocar o interesse do fenômeno, para o sujeito, teve importantes consequências sobre essa prática. Ainda que as apresentações fossem extremamente ricas, desde o ponto de vista semiológico, o interesse de Lacan estava para além da demonstração de fenômenos. Em lugar de se utilizar do discurso do mestre, em suas apresentações, Lacan vai operar a partir do discurso do analista. Isso implica dizer que a perspectiva clínica de Lacan se difere da perspectiva clássica, pois seu interesse está para além da preocupação com o diagnóstico e o prognóstico. A aposta radical na virtude da palavra para mudar a clínica de um caso elevou para primeiro plano a preocupação terapêutica, preocupação, inclusive, inexistente nas apresentações de Clérambault. Em última instância, podemos propor que, em suas apresentações, o que Lacan procurava eram os indícios da posição de gozo do sujeito, indicativos fundamentais para a direção do tratamento.

214

Lacan, para além do mestre

Não obstante as diferenças que o percurso de Lacan irá imprimir em sua perspectiva teórica e prática em relação ao mestre, é interessante observar como Clérambault preparou “a filigrana, ou a topologia daquilo que Lacan apontará como sujeito” (Viganò, 1997, p. 43). É o que podemos ver, por exemplo, no caso da alucinação verbal “Porca”. Este teria, tanto para Clérambault quanto para Lacan, um valor clínico paradigmático, visto que a intrusão do significante, de forma parasitária, estrangeira, com que este se impunha independente da intencionalidade da consciência, indicaria para ambos uma falha estrutural. A diferença fundamental, mas de extraordinárias consequências clínicas, é que essa dualidade passividade-invasão seria, para Clérambault, uma prova de sua origem orgânica, enquanto, para Lacan, tal fenômeno revelaria a posição do sujeito enquanto objeto de gozo do Outro.

Contudo, é preciso reconhecer que Clérambault levou as investigações da organicidade da doença mental aos limites do psiquismo. Talvez não seja por acaso

que tenha sido Lacan, justamente um discípulo de Clérambault, o último grande psiquiatra clássico, quem levou às últimas consequências a aposta na causalidade psíquica das psicoses, fundando, no que diz respeito a essa estrutura, uma nova perspectiva clínica.

Referências

- Bercherie, P. (2004) Presentación. In G. G. de Clérambault, *Automatismo mental: paranoia* (pp. 9-24). Buenos Aires: Polemos.
- Clérambault, G. G. de (2004). *Automatismo mental: paranoia*. Buenos Aires: Polemos. (Trabalho original publicado em 1942).
- Clérambault, G. G. de (2009). Os delírios passionais. Erotomania, reivindicação, ciúme. In M. T. Berlinck, & G. E. Berrios (Orgs.), *Erotomania* (pp. 285-289). São Paulo: Escuta. (Trabalho original publicado em 1921).
- Clérambault, G. G. de & Lamache (2009). Erotomania pura persistente há 37 anos. In M. T. Berlinck, & G. E. Berrios (Orgs.), *Erotomania* (pp. 343-351). São Paulo: Escuta. (Trabalho original publicado em 1923).
- Ferreira, C. (2006). *Apresentação de pacientes: (re)descobrimo a dimensão clínica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Ferreira, C. (2013). *Apresentação de pacientes: dispositivo e discursos*. Tese de doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico. Curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Girard, M. (1993). Gaëtan Gatian de Clérambault: fragmentos escogidos para un recorrido histórico. In P. Moron, M. Girard, H. Maurel, & S. Tisseron. *Clérambault maestro de Lacan* (pp. 9-62). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lacan, J. (1992). *O seminário. Livro 3. As psicoses – 1955-1956*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998a). De nossos antecedentes. In: J. Lacan, *Escritos* (pp. 69-76). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998b). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1957-1958). In J. Lacan. *Escritos* (pp. 537-590). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laurent, E. (1989). A apresentação de pacientes. *Clínica Lacaniana, Publicação de Psicanálise da Biblioteca Freudiana*, 3, 149-187.
- Laurent, E. (1995). A disciplina da entrevista com o sujeito psicótico. In E. Laurent, *Versões da clínica psicanalítica* (pp. 121-126). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Leguil, F. (1998). Sobre as apresentações clínicas de Jacques Lacan. In F. Leguil, *Lacan, você conhece?* (pp. 92-99). São Paulo: Cultura.

- Porge, E. (2009). Apresentação de paciente: uma clínica da apresentação. In E. Porge, *Transmitir a clínica psicanalítica: Freud, Lacan, hoje* (pp. 223-235). Campinas: Ed. Unicamp.
- Roudinesco, E. (1994). *Jacques Lacan: esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Viganò, C. (1997). De Clérambault e a lógica do sujeito. In: C. Viganò. *Saúde mental: psiquiatria e psicanálise* (pp. 36-47). Belo Horizonte: Instituto de Saúde Mental, Associação Mineira de Psiquiatria.

Resumos

(Presentations of patients: Clérambault, teacher of Lacan)

The presentation of patients is a traditional device in psychiatry and was introduced into psychoanalysis by Lacan. This article analyzes the influences that Lacan received from his master, Clérambault, highlighting the points of continuity and the changes produced in the practice of presentation, based on its operation through the discourse of the analyst.

Key words: Presentation of patient, psychoanalysis, Lacan, Clérambault

(La Présentation des patients: Clérambault, maître de Lacan)

La présentation des patients est un dispositif traditionnel de la psychiatrie qui a été introduit en psychanalyse par Lacan. Cet article analyse l'influence de Clérambault sur Lacan, son élève, en soulignant les points de continuité et les changements qui se produisent dans la pratique de la présentation à partir de sa réalisation par le discours de l'analyste.

Mots clés: Présentation des patients, psychanalyse, Lacan, Clérambault

(La presentación de pacientes: Clérambault, maestro de Lacan)

La presentación de pacientes es un dispositivo tradicional de la psiquiatria, que se introdujo en el psicoanálisis de Lacan. Este artículo analiza las influencias que Lacan recibió de su maestro, Clérambault, destacando los puntos de continuidad y los cambios producidos en la práctica de la presentación de pacientes operados por el discurso del analista.

Palabras clave: Presentación del paciente, psicoanálisis, Lacan, Clérambault

(Vorstellung von Patienten: Clérambault, Lacans Meister)

Die Vorstellung von Patienten ist ein traditionelles Mittel der Psychiatrie, das von Lacan in die Psychoanalyse eingeführt wurde. In diesem Beitrag werden die Einflüsse von

ARTIGOS

Clérambault, Lacans Meister; auf ihn untersucht, wobei die Kontinuitätsaspekte und die hervorgerufenen Veränderungen in der Umsetzung der Vorstellung hervorgehoben werden, ausgehend von ihrer Wirkung durch den Diskurs des Analytischen.

Schlüsselwörter: Vorstellung der Patienten, Psychoanalyse, Lacan, Clérambault

Citação/Citation: Ferreira, C. M. R. & Santiago, J. (2014, junho). Apresentação de pacientes: Clérambault, mestre de Lacan. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(1), 204-217.

Editor do artigo/Editor: Manoel Tosta Berlinck

Recebido/Received: 15.8.2013/8.15.2013 **Aceito/Accepted:** 12.10.2013 / 10.12.2013

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original authors and sources are credited.

Financiamento/Funding: Os autores declaram não ter sido financiados ou apoiados/ The authors have no support or funding to report.

Conflito de interesses/Conflict of interest: Os autores declaram que não há conflito de interesses / The authors declare that has no conflict of interest.

CRISTIANA MIRANDA RAMOS FERREIRA

Doutorado em Psicanálise pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG (Belo Horizonte, MG, Br); Professora de Psicopatologia na FEAD (Belo Horizonte, MG, Br).
Av. do Contorno, 4023/1107 – Funcionários
30110-021 Belo Horizonte, MG, Br
e-mail: cris.ramos.bhz@gmail.com

JÉSUS SANTIAGO

Doutorado pela Universidade de Paris VIII (Paris, Fr); Professor de Psicopatologia e Psicanálise na Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG (Belo Horizonte, MG, Br).
Av. do Contorno 5351/808 – Funcionários
30110-035 Belo Horizonte, MG, Br
e-mail: santiago.bhe@terra.com.br

La pratique psychanalytique et sa *jouis-science*

Tania Coelho dos Santos*¹

218

Peut-on soutenir l'existence d'une vraie différence entre la science au sens moderne — sens qui se pose comme absolu — et le discours scientifique, dans le dernier enseignement de Lacan? Il a cherché, au début, à accorder le discours analytique et cet anti-discours qu'est la science. Pour cela, il cherchait à l'éloigner d'une convention. La psychanalyse, ainsi que la science, par la manipulation spécifique des semblants qu'elle effectue, aurait accès au réel. Nous sommes à l'époque du DSM-V. La question qui se pose ici est celle du rapport entre le diagnostique et la science dans le sens absolu. Quel est le savoir qui fonde cette classification? Celui issu de la théorie psychanalytique, fondé sur le rapport du sujet à la réalité de la castration? Celui de la nouvelle psychiatrie, organiciste, neuroscientifique et cognitive-comportementale? Ou sommes nous définitivement tombés sur un savoir qui se réduit à la convention?

Mots clés: Science, psychanalyse, discours, idéologie, lien social

*¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Br).

Peut-on soutenir l'existence d'une vraie différence entre la science au sens moderne — sens qui se pose comme absolu (Lacan, 1966, p. 855) — et le discours scientifique, dans le dernier enseignement de Lacan? Cette question m'a été déterminante pour avancer une discussion sur la science et son ombre, le scientisme aujourd'hui. La poursuite de cette interrogation, m'a exigé de reprendre quelques repères sur ce sujet extraits de ses derniers séminaires, qui ont constitué le ressort des mes réponses, évidemment, très partielles.

Comme Miller (2003) l'a signalé, Lacan a cherché à accorder le discours analytique et cet anti-discours qu'est la science. Pour cela, il cherchait à l'éloigner d'une cérémonie, définie comme: "ce quelque chose qui se moque de ce qui peut être de l'ordre du réel" (p. 13). La psychanalyse, ainsi que la science, par la manipulation spécifique des semblants qu'elle effectue, aurait accès au réel. L'algorithme signifiant/signifié, soutiré de la linguistique structurale, semblait automatiquement applicable aux phénomènes ayant lieu grâce à l'opération analytique. Le mariage avec la science linguistique lui a permis de concevoir le sujet de l'inconscient comme un nœud entre langage et parole. Il conclut: une pratique scientifique de la psychanalyse nous a donc été présentée. Un second algorithme, selon Miller, présente le réel comme ce qui détermine les semblants. Le réel n'obéit plus aux lois du signifiant, il est hors sens. Miller suppose, alors, que le mariage avec la science est fini.

Mais, si on prend le réel comme étant la propre jouissance, pourquoi ne serait-elle pas du domaine de la science? Comme l'a remarqué Lacan (1974/2011, p. 30), la science nous conduit à voir que rien n'est plus réel que la vie, ce qui veut dire, rien n'est plus difficile à imaginer. On ne sait pas comment elle a pu naître. Après la molécule de l'ADN, avance-t-il, on sait que la vie dans le réel a la structure d'un

nœud. Son image, pourtant, n'est nulle part dans la nature. L'ex-sistant, à son tour, aura-t-il la structure d'un nœud? La conception borroméenne de l'ex-sistant ne relève-t-elle pas d'un deuxième mariage avec la science, cette fois-ci avec la biologie et la topologie?

Oublier le fantasme de la nature

220

La nature est de l'ordre du semblant. Je reprends le *Seminaire XVIII* de Lacan (1971/2006, p. 30-35) pour introduire la thématique de la sexuation en tant que destinée au semblant. L'identité de genre — nous explique-t-il — n'est rien d'autre que le destin des êtres parlants à l'âge adulte, de se répartir entre hommes et femmes. La définition de ces deux termes ne peut être abstraite de l'expérience parlante complète, y compris les institutions où elles s'expriment, à savoir le mariage. Pour le garçon, il s'agit de faire l'homme, l'agent de la parade telle qu'elle est définie au niveau animal. Le comportement sexuel humain consiste en un certain maintien de ce semblant animal. Chez les humains, ce semblant, c'est le discours sexuel qui le transmet. Pour accéder à l'autre sexe, il faut réellement payer le prix de ne pas prendre l'organe mâle pour le réel. La petite différence passe trompeusement par le réel par l'intermédiaire de l'organe. L'organe ne se fonde comme instrument de la copule que par truchement du signifiant. La position psychotique ignore que la nature n'est pas le réel, donc, la nature est le semblant. Le transsexualisme, “ça consiste très précisément en un désir très énergique de passer par tous les moyens à l'autre sexe, fût-ce à se faire opérer, quand on est du côté mâle” (ibid, p. 31). Selon Lacan, ce que le transsexuel ne veut plus, c'est le signifiant. “Sa passion, au transsexualiste, est la folie de vouloir se libérer de cette erreur, ‘l'erreur commune’ qui ne voit pas que le signifiant c'est la jouissance, et que le phallus n'en est que le signifié” (Lacan, 1971-1972/2012, p. 17). L'expérience transsexuelle nous révèle beaucoup de ce qu'est le discours sexuel: “Le transsexualiste ne veut plus être signifié phallus par le discours sexuel, qui je l'énonce, est impossible” (ibid, p. 17). Le discours sexuel est le passage du réel en tant qu'impossible d'imaginer. A mon sens, voici une très belle interprétation de la très connue affirmation freudienne: “l'anatomie, c'est le destin”. L'image du corps ne suffit pas à définir le genre, il faut qu'on l'accroche aux signifiants. Pour le faire, il faut qu'on se trompe par la voie de “l'erreur commune”, c'est-à-dire, croire à la nature. C'est bien pourquoi l'anatomie aujourd'hui n'est le destin que de quelques-uns et de quelques-unes. Dans la civilisation contemporaine, l'expérience d'une discordance entre l'identification et l'anatomie (l'image du corps) ne fait plus exception. On ne revendique plus le

droit à l'exception homosexuelle aujourd'hui, bien au contraire. Dans les années soixante-dix, le discours *gay* refusait le rêve du bonheur familial. On constate, pourtant, qu'il n'a pas inventé de nouveaux semblants. La névrose, disait Lacan dans les années soixante-dix-sept, c'est la nature. Par contre, les semblants du discours sexuel naturaliste: le masculin, le féminin, le mariage, le père, la mère, la famille enfin, sont revendiqués pour tous. Le névrosé ne fait plus la norme dans notre civilisation, mais la multitude de signifiants-maîtres liés au fantasme de la nature est loin de réduire leur valeur identificatoire. On y reviendra plus tard.

La version biblique de la création divine accorde une place importante à la nature. Selon les écritures, Dieu les a créés hommes et femmes. Tous les animaux sont aussi également sexués. La science biologique, en quelque sorte, a renforcé cette croyance, en nous démontrant que nous sommes déjà différents au niveau de l'ADN, avant même d'être nommés garçon ou fille. Il n'y a aucune raison au niveau des mots pour qu'il n'existe que deux sexes, sauf si on les classifie d'après la différence anatomique (ou selon la différence gamétique) en homme et femme. Pourquoi n'arrive-t-on pas à les voir — ainsi que le proposait auparavant le mouvement *gay* — selon le modèle de l'arc en ciel? Les signifiants homme et femme ne sont-ils pas insuffisants pour nommer les sexualités multiples? Si on oublie le fantasme de la nature — si cher à l'hystérie, à la religion et à la science — est-ce que la dite différence sexuelle ne s'effacera pas?

La clinique n'est pas la psychanalyse

Continuons à parler de nomination et de classification mais changeons de point de vue. Nous sommes à l'époque du *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders V*. Aux États-Unis, nombre des psychiatres déplorent la fausse scientificité des classifications proposées par ce manuel diagnostique, malgré le fait qu'il ait déjà été maintes fois revu. L'industrie pharmacologique, ainsi que la sécurité sociale et la santé privée, sont bien contentes, dans la pratique, de pouvoir compter sur une soi-disant langue commune. C'est du scientisme pragmatique. La question qui se pose sur la toile de fond de ce débat est celle du rapport entre le diagnostique et la science dans le sens absolu. Quel est le savoir qui fonde cette classification? Celui issu de la théorie psychanalytique, fondé sur le rapport à la réalité de la castration? Celui de la nouvelle psychiatrie organiciste, neuroscientifique et cognitive-comportementale? Ou est-ce qu'il s'agit d'un savoir de convention, de la cérémonie purement et simplement?

La querelle sur la scientificité du DSM-V touche à la question de la relativisation de la valeur du diagnostique dans la psychanalyse orientée par

le réel de la jouissance et non pas par la fonction du Nom du Père. Pourquoi ne pas renier toute différence entre névrosés et psychotiques? Pourquoi conserver encore aujourd'hui cette différence diagnostique dans le champ de la psychanalyse? S'agit-il, purement et simplement, d'un héritage maudit de la psychiatrie autoritaire? Ou, au contraire, est-ce un reste de notre ancien rapport à la science au sens absolu qui subsiste dans l'opération réduction du sujet classé comme névrotique, psychotique ou pervers?

J-A Miller (10/12/2008), dans son cours intitulé "Choses de finesse dans la psychanalyse", déclare à propos de la valeur de la classification diagnostique que "la clinique n'est pas la psychanalyse." Qu'est-ce que la clinique? "La clinique, l'appel à la clinique, c'est une postulation de réaliste. C'est un exercice d'ordonnement, de classification et d'objectivation — c'est comme un herbier, une clinique". La perspective du sinthome, selon lui, est de nature à nous décoller de la clinique. La Convention d'Antibes (1999) avait déjà obtenu un grand consensus autour de la perspective borroméenne dans la clinique. Selon la perspective structurale, ce qui fait la fonction de métaphore de la jouissance dans la névrose, c'est le Nom du Père. Dans la psychose, il y a la forclusion du Nom du Père. Après la perspective continuiste adoptée par la clinique borroméenne, il vaut mieux réduire cette différence de structure entre la névrose et la psychose — assurée par la fonction supposée universelle du Nom du Père — au symptôme/fantasme du névrosé. Pourtant, nous sommes à l'époque où la défense névrotique face au réel ne fait plus la norme. Elle a perdu son hégémonie dans la culture. Il faut donc admettre la pluralisation des symptômes. C'est une question de cohérence par rapport à cette nouvelle perspective continuiste: il faut accepter que, dans le réel, les sexes ne se réduisent pas à la paire homme/femme. Si nous prenons pour point de départ la jouissance et non le Nom du Père, il vaudrait mieux que la psychanalyse d'orientation lacanienne prenne la métaphore *gay* de l'arc en ciel dans le champ de la sexualité. Si nous oublions le fantasme de la nature, pourquoi ne pas dire adieu aussi aux écritures sacrées?

Le rapport sexuel n'existe pas. Il n'y a pas, non plus, d'organisation instinctive naturelle chez l'homme. Cette évidence n'épate plus personne. La pulsion, selon Freud, est partielle. Elle se présente comme éparpillée par les différentes zones érogènes du corps. La pulsion dans son but reste attachée à un objet qui est irréprésentable. Le phallus et son symbole, le Nom du Père, selon la lecture lacanienne, sont des semblants de l'objet perdu. Le déclin de l'imgo paternelle dans la civilisation post-scientifique démontre que le Nom du Père n'est plus le semblant universel de la jouissance. La psychose, alors, ne se réduit pas à la forclusion de la dite métaphore. Dorénavant, on doit l'aborder en tenant compte de ce qui est à la place du Nom du Père et remplace sa fonction. C'est le moment de chercher l'invention singulière, le sinthome.

Du délaissement au réel de la jouissance

Si on adopte la perspective de la singularité du sinthome, la psychanalyse doit-elle être placée au-delà même de la pluralisation des Noms du Père? L'invention du sinthome par *l'ex-sistant* démontre que Freud (1895/1972) avait peut-être tort quand il affirmait que: “le délaissement est la source de tous les motifs moraux” (p. 381-511)? Selon lui, l'homme, affecté d'une angoisse automatique dont la cause aurait été le traumatisme incurable de la naissance, avait besoin d'un père pour surmonter la prématurité infantile. La perspective du sinthome ne modifie-t-elle pas, radicalement, notre conception de l'homme? Devant le réel de la jouissance, chaque ex-sistant n'est-il pas supposé capable d'inventer une solution inédite pour s'en défendre? S'agit-il là d'une conception positive, non déficitaire, de l'être humain? Dorénavant pourra-t-on “se passer du Nom de Père” sans plus avoir à nous soumettre à la “condition de savoir s'en servir”?

La perspective freudienne du délaissement était à la fois biologique — fondée sur la supposée prématurité biologique humaine — et psychanalytique, c'est à dire, fondée sur l'absence, chez l'homme, d'appareil instinctif pour répondre aux exigences de la vie. La racine de l'amour de l'autre était alors dans la dépendance absolue où sont plongés les enfants. C'est la raison pour laquelle il croyait que le père était le premier à être aimé dans ce monde. La différence entre les générations était perçue comme essentielle à la conservation de la vie et à la transmission de l'héritage de la civilisation. Pour symboliser la différence anatomique entre l'homme et la femme — étant donné que le rapport sexuel n'était pas écrit dans la nature humaine — il fallait passer par les chemins obscurs de l'inconscient: les complexes de castration et de l'Œdipe. Ce que Lacan appelle discours sexuel est un fantasme lié aux effets de ces deux complexes. Ce sont des constructions signifiantes de la civilisation qui servent, comme il le disait à une certaine époque de son enseignement, à humaniser le désir.

Le délaissement, chez Freud, est le fondement réel de l'angoisse de castration. Que signifie décrire les enfants comme étant impuissants? Est-ce là une perception religieuse de la venue au monde envisagée comme chute du paradis? Cette conception ne serait-elle pas fondée également sur la biologie scientifique de son époque? Sans la théorie du délaissement, on peut se demander si la perception de la différence entre les corps diversement sexués doit, nécessairement éveiller — comme Freud a pu le concevoir — l'angoisse liée au traumatisme de la naissance sous la nouvelle forme de l'angoisse de castration. La réponse du sujet à la réalité de la castration expliquerait-elle notre destin en tant que névrosé ou psychotique? Cette théorie freudienne est à la base de la différence entre la névrose et la psychose. Lacan l'a renouvelée par sa lecture structurale, puisqu'elle constitue le fondement du diagnostique en psychanalyse.

Si on prend la perspective borroméenne — que la défense soit psychotique où névrotique — ne porte-t-elle pas sur la réalité de la castration? Quand Lacan (1975-1976/2005, p. 136) parle de la défense devant le réel de la jouissance — c’est-à-dire, la pulsion de mort — cela n’a plus aucun rapport avec le traumatisme de la castration? Si le signifiant est la jouissance, et le phallus son signifié, comment séparer le réel de la jouissance signifiante et la réalité de la différence anatomique entre les sexes? La perspective structurale ne serait-elle pas trop marquée par le fantasme de la nature? Ne sommes-nous pas devant une idéologie scientifique dépassée, issue du dix-neuvième siècle, et qui pour cela doit être abandonnée? Si c’est le cas, il faut vite la remplacer par une nouvelle métaphore du non rapport entre les sexes. Je reviens à ma question. Pourquoi ne pas nous référer à l’arc en ciel de la sexualité, à la place de la différence homme-femme?

Le discours scientifique, l’idéologie et lien social

224

Nous sommes loin du moment où Lacan (1966, p. 876) nous appelait — en tant que sujets de la science psychanalytique — à ne pas abandonner notre rapport à la vérité comme cause. De la vérité comme cause, la science ne veut rien savoir. Par contre, l’originalité de la psychanalyse dans la science consiste à accentuer l’aspect de cause matérielle, la dimension du signifiant. Elle réintroduit dans la considération scientifique le Nom du Père, au lieu de condamner la science à une espèce de “paranoïa réussie”. La paranoïa réussie serait aussi une clôture de la science (p. 874). A cette époque Lacan (p. 857) s’opposait à la thèse de la soi-disant rupture de Freud avec le scientisme de son temps. Au contraire, c’est ce scientisme même qui a conduit Freud à ouvrir la voie qui porte son nom.

Beaucoup plus tard, Lacan (1968-1969/2006, p. 14) enseignait que “le plus essentiel dans la théorie psychanalytique est qu’elle est un discours sans parole”, la psychanalyse n’est pas une science, elle est un discours, c’est-à-dire, une idéologie. Tous les discours sont érigés sur l’arrière-fond d’un réel impossible à imaginer. La science n’est pas un discours parmi les quatre que Lacan a nommés. Selon Miller (1998/2003, p. 13), elle serait plutôt un anti-discours capable de faire vaciller tous les autres. Cependant, le discours de l’hystérie est sa condition de possibilité. Pas de science sans sujet de la science! La science ne se réduit pas au discours scientifique, ni à l’idéologie scientiste en tant que tels. Sauf si on réduit la science à la croyance fantasmatique en la nature. La psychanalyse borroméenne exige peut-être de nous une nouvelle alliance avec la science. Laquelle? A la place de la biologie naturaliste, est-ce que la biologie génétique — partant de la lettre (des gamètes) et se passant

de toute représentation — arrivera (comme le souhaitait Lacan 1974/ 2011, p. 32) à fournir quelques données plus satisfaisantes à propos de la vie?

Quand on parle aujourd’hui du discours de la science, comment soutenir la thèse d’une séparation radicale, d’une vraie coupure épistémologique entre la science et l’idéologie? Le réel de la science est impossible à imaginer, raison pour laquelle il ne se confond pas avec la réalité du sens commun. La valeur de l’imaginaire est essentiellement négative puisque — ainsi que le soulignait Gaston Bachelard — l’opinion, le bon sens, l’intérêt ne produisent pas de connaissance scientifique. C’est pourquoi Freud parlait des conséquences psychiques de la différence anatomique entre les sexes. Il a constaté que l’inconscient ne connaît pas deux sexes. Il ne représente que le phallus. Il n’y a pas de représentation du sexe féminin. C’est la puberté qui ouvre l’accès à l’existence du vagin. C’est le moment – selon Piaget – où advient le sujet de la science. Quelle a été la position de Lacan (1962-1963/2004, p. 299-300) dans ce débat? Il prétend qu’il ne s’agit, à ce moment là, que de l’entrée en fonction de l’objet a. Cela signifie l’entrée en fonction du manque, cause du désir. Nous verrons par la suite comment il relie la thématique de la castration au réel de la science. Il a distingué la science de l’idéologie. Pourtant, en ce qui concerne le savoir de la psychanalyse, il a énoncé plus tard qu’il s’agit d’un discours, d’une idéologie, d’un lien social, mais qui peut tout de même accéder au statut de science.

Bien que la vérité ne soit pas le réel, l’exceptionnalité absolue de ce savoir dans le champ de la science est liée au fait qu’on ne peut pas se débarrasser de la vérité. C’est peut-être la raison pour laquelle la psychanalyse est plutôt une pratique: “(...) c’est que la psychanalyse est à prendre au sérieux, bien que ce ne soit pas une science. Ce n’est même pas une science du tout. (...) C’est une pratique” (Lacan, 15/11/1977a, p. 9). Une pratique de bavardage parce que: “Après tout, il n’est pas sûr que ce que je dise du réel soit plus que de parler à tort et à travers” (Lacan, 1975-1976/2005, p. 133). Au sujet du rapport à la science, depuis le début de son enseignement, Lacan propose une position paradoxale quant à la pratique psychanalytique: “Dire que le sujet sur quoi nous opérons en psychanalyse ne peut être que le sujet de la science, peut passer par un paradoxe” (1966, p. 858). Quel paradoxe? Malgré le fait que ce sujet soit un sujet sans qualités, comme tout objet de la science, le rapport du savoir psychanalytique à son objet doit être distingué de celui de la science, parce que: “De notre position de sujet, nous sommes toujours responsables” (p. 858). Il nous assure qu’il n’y a pas de science de l’homme parce que l’homme de la science n’existe pas, mais seulement son sujet. C’est à dire, ce qu’un signifiant représente pour un autre signifiant. Le sujet n’est qu’une hypothèse: la “*nature de la nature*” dans la psychanalyse. C’est la raison pour laquelle, plus tard, lorsqu’il soulève la question: “La névrose est-elle naturelle?” (15/11/1977a, p. 13), il répondra: “Elle n’est naturelle que pour autant

que chez l'homme, y a un symbolique" (15/11/1977a, p. 13). Voici pourquoi le symbolique nous rend tous névrosés: "C'est en tant que le sujet est divisé entre le S1 et ce S2 qu'il se supporte, de sorte qu'on ne peut pas dire que ce soit un seul des signifiants qui le représente" (p. 13). Donc, à mon sens, la psychanalyse ne serait pas exclue du champ de la science parce que la dimension du "*naturel*" lui manque. La "*nature de la nature*" de l'homme est le fait qu'il n'y ait pas de rapport sexuel.

Je reviens au fait que, quand Lacan (1974/2011) introduit les quatre discours, le discours de la science n'est pas parmi les autres. Cela ne l'empêche pas de le rapprocher du discours de l'hystérie. Au lieu d'employer le mot psychanalyse, on parlera, dorénavant, de discours analytique: "C'est à la place du semblant que le discours analytique se caractérise de situer l'objet a" (p. 12). Socrate, "manifestement hystérique, ça veut dire, cliniquement. (...) a soutenu un discours qui n'est pas pour rien à l'origine du discours de la science" (Lacan, 30/03/1072a, p. 79). Il ajoute que la position de semblant n'est pas aisée pour qui que ce soit, mais: "Elle n'est pas tenable qu'au niveau du discours scientifique, (...) c'est que là, ce qui est porté à la position du commandement est quelque chose de tout à fait de l'ordre du réel, (...) c'est la Spaltung, c'est la fente, autrement dit, la façon dont je définis le sujet. Si ça tient, c'est parce que c'est le S barré qui est à la position-clef du discours scientifique" (1974/2011, pp. 218-219). Est-ce que la science est un discours hystérique, ou n'est-elle pas du tout un discours? Comment mesurer la distance entre le discours hystérique — que met le \$ à la place du semblant — et l'anti-discours de la science?

Pendant ses conférences à Sainte-Anne, Lacan (2/12/1972a, p. 38) avance que ce qui définit un discours — ce qui l'oppose à la parole — c'est ça, le mathème, c'est-à-dire, ce qui détermine l'abord du réel par le parlêtre. Et le réel dont il parle ne peut être abordé que par la voie mathématique. Le réel ne peut pas être imaginé. Pourtant, le discours analytique — malgré sa condition de semblant — ouvre l'accès au réel. Seul le discours analytique permet — par le biais de la thématique de la castration — d'appréhender la béance que soutient tous les discours. L'hystérique, placée au lieu du semblant, ne serait pas en condition de comprendre son discours. Il a fallu qu'advienne le discours analytique pour éclairer ce qui dans les discours est de l'ordre du mathème. Comment lire cette affirmation?

Selon ma lecture, la perspective introduite par le discours analytique réduit la science à un discours parmi les autres — une idéologie, une modalité de lien social — la pré-condition de l'émergence du discours analytique: "(...) si je me trouve en position de frayer le discours analytique, (...) c'est en tant que je le considère comme constituant, au moins en puissance, cette sorte de structure que je désigne du terme discours, c'est-à-dire, ce par quoi, par l'effet pur et simple du langage, se précipite un lien social. (...) C'est même ce que l'on appelle couramment idéologie" (1974/2011, p. 152).

Quelle est, alors, la différence entre la science et le discours scientifique? Est-ce-que la science n'est qu'un discours, une idéologie et une modalité de lien social? Par le biais de la métaphore du mur du langage, Lacan (1974/2011) trace la frontière qui sépare le champ des mathématiques et celui des discours. "Ce que je peux dire, en tout cas, c'est le clivage du mur. Il y a quelque chose d'installé devant, que j'appelle parole et langage, et, derrière, ça travaille, peut-être mathématiquement" (p. 76). Pour conclure, Lacan affirme qu'un discours qui s'appelle la science a trouvé un moyen de se construire derrière le mur, donc, il est strictement impossible de donner le moindre sens à ce qui s'articule en termes algébriques e topologiques. On ne devrait par conséquent pas, alors, l'appeler un discours: "(...) que la science repose, non sur la quantité, comme on le dit, mais sur le nombre, la fonction et la topologie, c'est ce qui ne fait pas de doute" (p. 76).

Mon interprétation est la suivante: ce qu'on doit considérer comme étant le réel de la science se réduit strictement à l'objet du langage mathématique, logique ou topologique. Un objet impossible à imaginer. Tout le reste — la science en tant que telle — doit être considéré comme étant de l'ordre du discours, de l'idéologie et du lien social. De ce point de vue, il n'y aura pas de différence à faire entre la science et le scientisme, son idéologie supposée. Donc, si la psychanalyse est un discours elle aussi, et tous les discours sont idéologiques, pourquoi ne serait-elle pas une science parmi les autres?

La pratique psychanalytique et sa *jouis-science*

Dans son Séminaire intitulé "L'insu que sait de l'une bévue, s'aile à mourre", Lacan nous propose: "La psychanalyse (...) n'est pas une science. Elle n'a pas sont statut de science et elle ne peut que l'attendre, l'espérer. Mais c'est un délire dont on attend qu'il porte une science. C'est un délire dont on attend qu'il devienne scientifique" (12/01/1977b, p. 52). Et alors? La science est-elle un délire, ou bien prétendre que la psychanalyse est une science est délirant? Ce qui m'a conduite à poser la question suivante: la topologie des nœuds borroméens ne rendra-t-elle pas la pratique analytique, sinon une science, au moins une *jouis-science*?

Si la pratique psychanalytique peut être dite — comme je le propose ici — une *jouis-science* c'est parce que Lacan (1974/2011, p. 14) nous a appris à "penser avec les pieds" en nous donnant cette formule du savoir du psychanalyste: "Je pense, donc, Je suis" (ibid, p. 14). Pour penser avec les pieds, il faut qu'on laisse à l'intersection des trois cercles — imaginaire, symbolique e réel — l'objet insensé nommé *a*. Il s'agit de l'offrir comme cause de désir à l'analysant. Ce nœud, il ajoute, il faut l'être, bien entendu, en tant que *semblant*. Parce qu'il n'existe pas

de représentation (idée) de l'objet *a*, ni du nœud. Tous deux sont des écritures, des métaphores, dont est impossible se faire une idée.

La métaphore freudienne du réel, c'est l'énergétique, inspirée de la physique. Cette métaphore permet à Freud (1923/1976) de concevoir un appareil psychique voué à la répétition d'un manque de représentation — ça veut dire, le traumatisme — que Lacan a par la suite nommé réel. Donc, pour que cet appareil soit à la hauteur de répondre aux exigences de la vie, il est nécessaire d'introduire une "constante", c'est-à-dire, une médiation, un semblant satisfaisant qui assure son assujettissement au principe du plaisir/réalité. C'est l'intervention de l'autre (*Nebensmench*) — au début de la vie — qui modifie le circuit pulsionnel. À la place de la répétition du délaissement (*Hilflosigkeit*), l'appareil se met à répéter l'expérience de satisfaction introduite par l'action spécifique de l'autre. La pulsion de mort est déviée de son but (*Zielgehemt*) et son circuit devient celui de la sexualité humaine. Grâce aux effets de cette action, la décharge réglée de l'énergie prend la place de la tendance à la décharge sans frein des processus primaires. Il n'y a donc pas de réalité, qui ne relève de l'action de l'autre. Avec le principe du plaisir/réalité, Freud nous présente une métaphore de l'émergence de la raison chez l'enfant.

228

Nous pouvons en déduire que la raison n'est jamais impersonnelle, puisqu'elle est basée sur la croyance en l'autre. De même, le circuit de la satisfaction raisonnable — celle qui est réglée par le principe du plaisir/réalité — ne prend jamais intégralement la place de la jouissance de la pulsion de mort. Lacan (15/11/1977a, p. 10), dans son séminaire intitulé "Le moment de conclure" remarque que ce qu'on appelle "le raisonnable" est un fantasme: "c'est tout à fait manifeste dans le début de la science". Le concept de la pulsion de mort démontre que Freud n'est pas enfermé dans le fantasme d'une énergétique totalement assujettie à l'empire de la régulation par la constante phallique.

Par conséquent, on comprend bien pourquoi Freud (1932[1933]/1976) prétendait, avec la découverte de l'inconscient, avoir introduit dans la *Weltanschauung* scientifique, la réalité psychique en tant que cause de la religion. Dans la science, la croyance au savoir dans la nature prend la place de la croyance en Dieu, en l'Autre. Voilà pourquoi aucun savoir de la science n'est pas sans la jouissance du Nom du Père. La psychanalyse aurait alors sa place parmi les sciences, à partir du moment où elle introduit le Nom du Père dans la considération scientifique. Son inclusion dans ce champ impliquerait, par contre, une chute de la croyance à l'universalité et à la neutralité de la raison scientifique. Lacan (15/11/1977a, p. 15) réduit la science à une futilité qui n'a aucun poids dans la vie, bien qu'elle ait des résultats, la télévision, par exemple: "Pour que l'imaginaire s'exfolie, il n'y a qu'à le réduire au fantasme. L'important est que la science elle-même n'est qu'un fantasme et que l'idée d'un réveil soit proprement impensable" (p.15). Bref, la science serait liée à la pulsion de mort: "La pulsion

de mort, c'est le réel en tant qu'il ne peut être pensée que comme impossible" (1975-1976/2005, p. 125).

En ce qui concerne la pulsion de mort, Lacan nous propose une nouvelle écriture: le réel. Il nous prévient que: "Naturellement, le réel, il ne suffit pas de l'écrire réel" (p. 129). Il a écrit le réel sous la forme du nœud borroméen, une chaîne, ayant certaines propriétés. Il s'agit d'une métaphore de la jouissance de la vie, dont l'inspiration n'est plus l'énergétique freudienne: "L'idée d'une énergétique psychique, il ne l'a jamais vraiment fondée, il n'aurait même pas pu en tenir la métaphore avec quelque vraisemblance. L'idée d'une constante, par exemple, qui lierait le stimulus à la réponse, est tout à fait insoutenable" (p. 130). À la place de la thermodynamique qui a été l'inspiration de Freud, Lacan a choisit les éléments répartis selon les lois de la science de cette construction chimique à partir de laquelle s'édifient les molécules de l'ADN. Lacan s'intéresse à la génétique parce qu'elle nous fait croire que le plus réel, la molécule, a la structure d'un nœud. Ces trois éléments — l'imaginaire, le symbolique et le réel — noués tels qu'ils sont, à vrai dire enchaînés, font métaphore de la chaîne, c'est-à-dire, du nombre: "Cette métaphore, on l'appelle à cause de ça, le chiffre" (p. 130).

Lacan fait la critique de la métaphore freudienne, en disant que l'énergétique n'est rien d'autre que la manipulation d'une certaine quantité de chiffres, d'où l'on extrait un nombre constant. Celui-ci — comme nous avons déjà développé — n'est pas dans la nature. C'est l'action spécifique de l'autre qui fait semblant d'une réponse naturelle, d'une réponse de l'ordre de l'instinct, mais qui n'est pas écrite préalablement dans l'appareil psychique. Freud n'en faisait qu'une métaphore, se référant à la science de son temps: Selon mon point de vue, Lacan dénonce que dans l'idée freudienne de l'action spécifique il y a l'ombre du fantasme de la nature. Pourquoi je dis ça? Parce qu'on voit bien que l'intervention de l'autre ne peut se réduire à des effets apaisants. À son tour, l'idée lacanienne du réel — telle qu'elle s'inscrit dans le nœud borroméen qui est une chaîne — n'est pas non plus une idée soutenable. L'effet de chaîne qu'on obtient par l'écriture n'est pas facile à être pensé. C'est grâce à l'expérience de ne pouvoir ni imaginer, ni écrire facilement une chaîne composée d'un certain nombre d'éléments, que Lacan considère que le réel en question dans son nœud a la valeur d'un traumatisme.

Faire la disjonction entre le concept de traumatisme et la métaphore du délaissement et du rapport à l'Autre: est-ce ainsi qu'on doit comprendre la démarche de Lacan dans son tout dernier enseignement? La conception freudienne du traumatisme de la naissance, du délaissement et de la castration sexuelle tient amplement compte de la nature du corps tel que le décrit la science: naissance, allaitement, entraînement sphinctérien, différence sexuelle, sexualité infantile, adolescence et caractères secondaires. Pour Lacan, s'agit-il de réduire la valeur traumatique à la "nature" topologique du réel, impossible à imaginer? Dans son

rapport au traumatisme, il suffit à Lacan de s'orienter para l'affirmation: "la topologie c'est le réel"? La pratique psychanalytique serait donc cet amour du traumatique. Peut-on l'appeler la *jouis-science*?

Références

- Deffieux, J-P. & Dewanbrechies-La Sagna, C. (Orgs.). (1999). *La psychose ordinaire. La Convention d'Antibes*. Le Paon. Paris: Agalma.
- Freud, S. (1972). Projeto de uma psicologia científica. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 381-511). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (1976). Além do princípio do prazer. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (v. XIX). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (1976). A questão de uma *Weltanschauung*. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (v. XXII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em [1932(1933)]).
- 230 Lacan, J. (1966). La science et la verité. In *Écrits*. Paris: Éditions du Seuil. (Trabalho original publicado em 1965-1966).
- Lacan, J. (2004). *Le séminaire. Livre X. L'Angoisse*. Paris: Éditions du Seuil. (Trabalho original publicado em 1962-1963).
- Lacan, J. (2005). *Le séminaire. Livre XXIII. Le Sinthome*. Paris: Éditions du Seuil. (Trabalho original publicado em 1975-1976).
- Lacan, J. (2006). *Le séminaire. Livre XVI. D'un Autre à l'autre*. Paris: Éditions du Seuil. (Trabalho original publicado em 1968-1969).
- Lacan, J. (2006). *Le séminaire. Livre XVIII. D'un discours qui ne serait pas du semblant*. Paris: Éditions du Seuil. (Trabalho original publicado em 1971).
- Lacan, J. (2011). La Troisième, *La Cause Freudienne*, Paris, 79, octobre 2011. (Trabalho original publicado em 1974).
- Lacan, J. (2012). *Le séminaire. Livre XIX. Ou pire...* Paris: Éditions du Seuil. (Trabalho original publicado em 1971-1972b).
- Lacan, J. (s/d.). O saber do psicanalista, *Publicação do Centro de Estudos Freudianos de Recife*. (Trabalho original publicado em 1971-1972a).
- Lacan, J. (s/d.). *Le séminaire. Livre XXIV. L'insu que sait de l'une bévue s'aile à mourre*. Paris: Éditions de La Association Freudienne Internationale. (Trabalho original publicado em 1976-77b).
- Lacan, J. (s/d.). *Le séminaire. Livre XXV. Le moment de conclure*. Paris: Éditions de L' Association Freudienne Internationale. (Trabalho original publicado em 1977a-1978).

ARTIGOS

Miller, J-A. (2003). *L'expérience de lo real en la cura psicoanalitica*. Buenos Aires: Paidós. (Trabalho original publicado em 1998).

Miller, J-A. (2008-2009). *L'orientation lacanienne, Choses de finesse dans la psychanalyse, enseignement prononcé dans le cadre du département de psychanalyse de l'université Paris VIII*.

Resumos

(A prática psicanalítica e seu gozo científico)

Haveria, indiscutivelmente, uma verdadeira diferença entre a ciência no sentido moderno — que se pretende absoluto — e o discurso científico, no último ensino de Lacan? Inicialmente, ele havia tentado ajustar o discurso analítico a esse antidiscurso que é a ciência. Para isso, ele procurou afastá-lo de uma convenção. A psicanálise e a ciência, efetuam através da manipulação específica de semblantes, o acesso ao real. Estamos na era da DSM V. A questão em debate é a da relação entre o diagnóstico e a ciência no sentido absoluto. Qual é a natureza do conhecimento que fundamenta essa classificação? Aquele que deriva da teoria psicanalítica e que se baseia na relação do sujeito com a realidade da castração? Ou o da nova psiquiatria, organicista, neurocientífica e cognitivo-comportamental? Ou caímos, definitivamente, num saber reduzido à convenção.

Palavras-chave: Ciência, psicanálise, discurso, ideologia, laço social

(Psychoanalytic practice and its scientific jouissance)

Is there a real difference between science in the modern sense — meaning that which arises as absolute — and the scientific discourse in the later teachings of Jacques Lacan? He had once tried to adjust analytic discourse to the anti-discourse that is science. With this in mind, he sought to draw analytic discourse away from conventional approaches. By manipulating specific semblances, psychoanalysis and science give access to the real. But we are now in the DSM-V era. The question behind this debate is the relationship between diagnosis and science in the absolute sense. What knowledge is this classification based on? That derived from psychoanalytic theory, based on the subject's relation to the reality of castration? Or that of current organicist psychiatry, neuroscience and cognitive-behavioral therapy?

Key words: Science, psychoanalysis, speech, ideology, social bond

(La práctica psicoanalítica y su goce científico)

¿Había, indiscutiblemente, una verdadera diferencia entre la ciencia en el sentido moderno — que se pretende absoluto — y el discurso científico, en la última enseñanza

de Lacan? Inicialmente, el había tentado ajustar el discurso analítico a ese anti-discurso que es la ciencia. Para eso, buscó alejarlo de una convención. El psicoanálisis y la ciencia, efectúan através de la manipulación específica de semblantes, el acceso a lo real. Estamos en la era de la DSM V. La pregunta en debate es la de la relación entre diagnóstico y la ciencia en el sentido absoluto. ¿Qual es el conocimiento que fundamenta esa clasificación? ¿Aquella que deriva de la teoría psicoanalítica y que se basa en la relación del sujeto con la realidad de la castración? ¿O el de la nueva psiquiatría, organicista, neurocientífica y cognitivo-comportamental? ¿O caímos, definitivamente, en un saber reducido a la convención.

Palabras clave: Ciencia, psicoanálisis, discurso, ideología, lazo social

(Die psychoanalytische Praxis und ihr wissenschaftlicher Genuss)

232 *Gibt es wirklich einen indiskutablen Unterschied zwischen der Wissenschaft im heutigen — sich als absolut verstehenden — Sinne und dem wissenschaftlichen Diskurs in Lacans letzter Lehre? Anfänglich versuchte er den analytischen Diskurs an diesen Antidiskurs, der Wissenschaft, anzupassen. Dazu versuchte er, ihn von einer Konvention zu entfernen. Die Psychoanalyse und die Wissenschaft ermöglichen den Zugang zum Realen mittels spezifischer Manipulation des Scheins. Wir sind im Zeitalter der DSM 5. Zur Debatte steht das Verhältnis zwischen der Diagnose und der Wissenschaft im absoluten Sinne. Welche Art des Wissens liegt dieser Klassifizierung zugrunde? Ist es dasjenige, das von der psychoanalytischen Theorie abgeleitet ist und auf der Beziehung des Subjekts mit der Tatsache der Kastration gründet? Oder ist es das der neuen, organisistischen, neurowissenschaftlichen und kognitiven Verhaltenstheoretischen Psychiatrie? Oder fallen wir endgültig in ein auf die Konvention reduziertes Wissen.*

Schlüsselwörter: Wissenschaft, Psychoanalyse, Diskurs, Ideologie, soziale Bindung

Citação/Citation: Santos, T. C. dos (2014, junho). La pratique psychanalytique et sa *jouissance*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(2), 218-233.

Editor do artigo/Editor: Manoel Tosta Berlinck

Recebido/Received: 11.4.2013 / 4.11.2013 **Aceito/Accepted:** 8.7.2013 / 7.8.2013

ARTIGOS

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original authors and sources are credited.

Financiamento/Funding: A autora declara não ter sido financiada ou apoiada/ The author has no support or funding to report.

Conflito de interesses/Conflict of interest: A autora declara que não há conflito de interesses / The author declares that has no conflict of interest.

233

TANIA COELHO DOS SANTOS

Psicanalista; Membro da École de La Cause Freudienne, da Escola Brasileira de Psicanálise e da Associação Mundial de Psicanálise; Pós-doutorado no Departamento de Psicanálise de Paris VIII (Paris, Fr); Professora Associada IV do Programa de Pós-graduação em Teoria psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Br); Membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental (São Paulo, SP, Br); Pesquisadora-bolsista de produtividade em pesquisa nível 1C; Presidente do Instituto Sephora de ensino e pesquisa de orientação lacaniana (Rio de Janeiro, RJ, Br); Editora de *aSEPHallus*, Revista de orientação lacaniana (Rio de Janeiro, RJ, Br).

Rua Visconde de Pirajá, 318/608 – Ipanema

22410-000 Rio de Janeiro, RJ, Br.

e-mail: taniacs@openlink.com.br

Consideraciones críticas sobre la propuesta de Thomas Szasz. Entre filosofía de la mente, fenomenología y psiquiatría

Pablo López-Silva*¹

234

El siguiente artículo discute algunos aspectos básicos de la crítica al concepto de ‘enfermedad mental’ elaborada por Thomas Szasz. El análisis incluye elementos provenientes desde la psiquiatría, fenomenología y filosofía de la mente. Junto con ofrecer conclusiones respecto del aporte de la propuesta de Szasz para los actuales desarrollos críticos de las comprensiones de la psicopatología, también concluimos con algunas notas clasificatorias respecto de la naturaleza interdisciplinaria de la relación entre psiquiatría, fenomenología y filosofía de la mente.

Palabras claves: Enfermedad mental, Thomas Szasz, psiquiatría, fenomenología, filosofía de la mente, interdisciplinariedad

*¹ University of Manchester (Manchester, UK).

Introducción

Desde mediados del siglo el *reduccionismo materialista* que dominaba la psiquiatría comenzó a enfrentar una significativa crisis conceptual y filosófica (Guidano, 1994). Las principales críticas desde la psiquiatría se focalizaron en la vaga fundamentación empírica de este reduccionismo al intentar explicar el concepto de enfermedad mental (Szasz, 1960). En ciencias sociales por otra parte, la crítica se focalizó en las consecuencias sociales y políticas del tratamiento de los pacientes psiquiátricos (Foucault, 2007). Uno de los principales antecedentes de este espíritu crítico lo constituye el '*movimiento antipsiquiátrico*', donde el trabajo de Thomas Szasz representa una de las propuesta más sistematizadas.

La discusión propuesta por Szasz sin duda influirá la discusión actual del concepto de enfermedad mental, y si bien muchas escuelas de pensamiento difieren en sus explicaciones finales,¹ la mayoría comparten con vigor el espíritu crítico y anti-reduccionista expresado por el autor. Cual sea el caso, el reduccionismo que aún domina las ciencias (Nagel, 2012), sin duda determinó las formas tradicionales de entender al hombre y la naturaleza de sus experiencias psicopatológicas en psiquiatría.

El presente artículo analiza parte de la crítica al concepto de 'enfermedad mental' elaborada por Thomas Szasz, fallecido en 2012.

¹ Con mayor o menor grado de plausibilidad, el concepto de enfermedad mental ha sido re entendido como un fenómeno político (Foucault, 2007), una construcción social o discursiva (Gergen, 1991), un trastorno de la estructura de la conciencia (Sass & Parnas, 2003), un trastorno de la experiencia del sí-mismo (*self-experience*) (Zahavi, 2008) o como un trastorno de nuestras formas de estar pre-reflexiva y afectivamente relacionado con el mundo (Ratcliffe, 2008), entre otras.

Tras revisar sus principales premisas, ponderamos su aporte al actual desarrollo crítico del concepto. Nuestra discusión incluye elementos provenientes desde la psiquiatría, la fenomenología y la filosofía de la mente. Junto con finalizar con algunas conclusiones respecto del aporte de la propuesta de Szasz, también concluimos con algunas notas aclaratorias respecto de la naturaleza de la relación interdisciplinaria entre psiquiatría, fenomenología y filosofía de la mente.

La crítica al modelo organicista en psiquiatría

236 Si bien la tradición empírica que dominó la psiquiatría clásica motivó importantes avances en campos como la neurología, neurofisiología y a las neurociencias, éste avance no tuvo el mismo vigor con respecto a las discusiones conceptuales que rodean los fenómenos psicopatológicos. En este contexto, Thomas Szasz (1920-2012), no solo esbozó una crítica a la praxis en psiquiatría, sino que también a las fundamentaciones filosóficas del concepto de enfermedad mental. Para Szasz, el principal problema de la psiquiatría clásica es considerar la enfermedad mental como una mera enfermedad de origen orgánico, donde la diferencia con la enfermedad ‘puramente física’ está dada por el órgano afectado i.e. el cerebro.² Así, los diversos síntomas mentales manifestarían un mero malfuncionamiento orgánico. La principal dificultad de este reduccionismo biológico sería la falta de evidencia conclusiva para construir hipótesis puramente causales (Pickard, 2009). Si bien ciertos cuadros psicopatológicos se correlacionan con los niveles de dopamina, serotonina y glutamato en la neurotransmisión (Stuart & Laraia, 2006) o con ciertas anomalías funcionales del cerebro (Tilo & Thienel, 2005), el status de la causalidad orgánica de la esquizofrenia continúa siendo difuso, y por lo tanto las explicaciones puramente orgánicas se tornan débiles.

A lo largo de su obra, Szasz advirtió algunos puntos críticos fundamentales en la visión clásica de las enfermedades mentales. Las principales críticas al modelo organicista se evidencian en obras tales como ‘El mito de la enfermedad mental’ (Szasz, 1974), ‘Ideología y enfermedad mental’ (Szasz, 1991) y en *Esquizofrenia: El símbolo sagrado de la psiquiatría* (2002), entre muchas otras. A continuación intentaremos clarificar brevemente la propuesta del autor:

² No estoy comprometido con ningún tipo de dualismo. Solo hago la diferencia por razones prácticas.

(a) *El problema explicativo*: Szasz (1970) indica que podemos relacionar fácilmente un problema en el oído con alguna de las estructuras que soportan las funciones auditivas. Sin embargo, por ejemplo en el caso de una persona que cree y asegura que está muerto (*Síndrome de Cotard*) o que su madre ha sido reemplazada por un extraño (*Síndrome de Capgras*) surge un problema explicativo. Las enfermedades mentales y sus síntomas no pueden explicarse por una mera malfunción del sistema nervioso, dado que muchas veces éstos no implican lesiones cerebrales o malfunciones orgánicas clínicamente relevantes. Para Szasz (1991), la ausencia de correlato biológico en ciertas manifestaciones psicopatológicas indica la falencia explicativa del paradigma clásico para definir y entender el problema de la psicopatología de forma plausible. Dentro del modelo clásico, las deficiencias orgánicas se pensaron como condiciones suficientes para explicar el desarrollo de ciertas patologías. Dado que en ciertos cuadros no existen fallas orgánicas asociadas, la explicación biológica no es suficiente, luego, habrían otros elementos implicados en el desarrollo de enfermedades mentales que las propuestas reduccionistas no son capaces de integrar.

(b) *El problema filosófico*: Esta discusión reproduce elementos típicos del debate *mente-cerebro* en filosofía de la mente.³ Szasz (1991) indica que el modelo clásico reproduce un grave error filosófico al interpretar las comunicaciones humanas como el mero resultado de la actividad cerebral. Así, para el autor el problema no está en la observación fenomenológica de los síntomas, sino que en la organización e interpretación del conocimiento recopilado por tales observaciones. Szasz critica el marco interpretativo de los datos que estructuró la psiquiatría clásica desde sus comienzos indicando que el modelo organicista asume un *reduccionismo material* entre los síntomas físicos y los mentales, como si los últimos fueran directamente generados por los primeros. El problema de este reduccionismo es su origen difuso y carente de evidencia clara. Para Szasz la tesis reduccionista que subyace a la medicina tendría su génesis en los acuerdos teóricos que asumen los psiquiatras más que en profundas y responsables investigaciones filosóficas respecto de los fundamentos de la teorización en medicina. Este punto es similar a propuesto en psicología social por Gergen (1997) respecto de la validez de las explicaciones científicas. Para Szasz, la explicación orgánica de la psicopatología es algo así como un ‘acuerdo social’ que se asume irreflexivamente; en ningún caso es el resultado de profundas investigaciones empíricas o filosóficas que relacionen causalmente los síntomas con malfunciones orgánicas claras.

³ El problema mente-cerebro intenta responder la pregunta: ¿cuál es la relación entre propiedades puramente físicas y mentales?

(c) *El problema conceptual*: Szasz (1991) indica que el concepto de ‘*enfermedad mental*’ es problemático, poco claro, confuso, y solo parece legitimizarse a la base de ciertas prácticas sociales en psiquiatría. Así, el fundamento principal para la comprensión reduccionista del concepto de enfermedad mental no es empírico, sino que social (Szasz, 1997). En este contexto, Szasz indica que es necesaria la diferenciación entre síntomas orgánicos y mentales como dos clases diferentes de sintomatologías, sin negar su posible relación, pero sin asumir su relación causal *a priori*. Los síntomas mentales según el autor son conocidos mediante las comunicaciones del paciente. Por lo tanto, no tenemos conocimiento directo de la sintomatología, sino que solamente por medio del discurso del paciente. Así, un paciente puede asegurar que: ‘*es Einstein y que es perseguido por mongoles que quieren matarlo*’, pero según Szasz (1976), tales afirmaciones solo serán síntomas mentales si el observador no cree que el paciente es Einstein y que no lo persiguen los mongoles. La aseveración ‘*X es un síntoma psíquico*’ implica para el autor: ‘*Formular un juicio que entraña una comparación tácita entre las ideas, conceptos o creencias del paciente y las del observador y la sociedad en la cual ambos viven*’ (p. 33). Para el autor, el modelo clásico no es capaz de incorporar en su marco interpretativo los elementos culturales que toda observación reproduce, y por lo tanto, su pretensión de una comprensión universal y objetiva parece ser ilusoria. Para Szasz, el diagnóstico psiquiátrico está lejos de ser un diagnóstico empírico, dado que pone de manifiesto la subjetividad de aquel que evalúa como parte activa en la evaluación.

(d) *El problema normativo*: Szasz (1974) indica que el concepto de ‘*enfermedad mental*’ toma su especial relevancia en la sociedad occidental por ser un instrumento para el *control social*. La influencia del concepto clásico de enfermedad mental no emerge directamente desde la investigación empírica, sino que desde un sistema que sirve para ocultar el hecho de que la vida humana es una búsqueda por encontrar sentido, más que una mera lucha por la mera supervivencia biológica. Szasz (1970) indica que:

Una vez que el hombre ha satisfecho la necesidad de conservación de su cuerpo, y quizá de su especie, se enfrenta al problema de la *significación personal*; ¿Qué hará de sí mismo? ¿Para que vive? La adhesión permanente al mito de la enfermedad mental le permite a la gente evitar enfrentarse con este problema. (p. 32)

Del pensamiento del autor se desprenden la idea de que la categoría ‘*enfermedad mental*’ es normativa y no científica (Pickard, 2009). Los diagnósticos psiquiátricos sirven para mantener el comportamiento social dentro de ciertos estándares aceptables medio del poder y la influencia que tiene la medicina en la sociedad. Szasz (2002) indica:

[H]ombres como Kraepelin, Bleuler y Freud no eran lo que pretendían o parecían ser — es decir, médicos o investigadores médicos —; eran, de hecho, líderes políticos, religiosos y conquistadores. En vez de descubrir nuevas enfermedades, extendieron, a través de la psiquiatría, las imágenes, el vocabulario, la jurisdicción, y de ahí el territorio de la medicina. (p. 36)

Así, la enfermedad mental no implica una categoría objetiva, sino que una ‘*desviación de las normas psicosociales, éticas y legales*’ (Szasz, 1960, p. 114). Para el autor, la extrema psiquiatrización de la conducta humana divergente implicaría no enfrentar la tarea de encontrarle un sentido a la vida e implicaría mantener los estándares conductuales esperados en la sociedad.

Consideraciones críticas

La propuesta de Szasz constituye una crítica radical a las condiciones de posibilidad del concepto de enfermedad mental en la sociedad occidental. El ‘*Mito de la enfermedad mental*’ es tomado como una proclamación de abolición de la existencia objetiva de tales trastornos. El fuerte matiz ideológico y político de su crítica revela una tesis escéptica respecto de los fenómenos psicopatológicos (Pickard, 2009; Szasz, 2004) donde el concepto de enfermedad mental es una mezcla inconexa de elementos médicos y psicológicos que tienen como principal objetivo el control social. Sin embargo, creemos que el análisis de Szasz ofrece otros elementos relevantes como la promoción del trabajo interdisciplinario en la empresa de comprender los fenómenos psicopatológicos. A continuación, quisiera ofrecer algunos comentarios críticos sobre la propuesta del autor, con el fin de rescatar algunos elementos de su teorización que — creo — fueron pioneros en la forma de intentar entender la psicopatología.

El problema explicativo y filosófico presente en los modelos reduccionistas en psiquiatría parecen ser claros y es por eso que coincidimos con la intuición inicialmente sistematizada por el autor. Tales modelos no pueden explicar una gran cantidad de aspectos relacionados con el fenómeno psicopatológico, por lo que una explicación puramente organicista no es viable (Broome & Bortolotti, 2009). La ausencia de correlatos biológicos causales claros en la presencia de ciertos síntomas psicopatológicos dejan ver que una respuesta exclusivamente organicista es insuficiente (Pickard, 2009). Acá, ‘insuficiente’ no significa descartar completamente el influjo de los elementos provenientes desde las ciencias empíricas sino que significa ampliar los límites de las explicaciones en psiquiatría. Muchas veces los síntomas mentales incluyen creencias y experiencias sobre la realidad y el *self* que no pueden ser explicados en términos puramente biológicos, tornándose

necesario entender la estructura fundamental de la experiencia consciente y este entendimiento no parece ser encontrado en las explicaciones reduccionistas organicistas (Nagel, 2012). Por ejemplo, los casos de alucinaciones visuales o auditivas poseen ciertas *propiedades fenoménicas*⁴ que solo pueden ser entendidas desde los relatos de los pacientes y de cómo tales experiencias son dadas en la conciencia. El modo en que las experiencias psicopatológicas son dadas constituye el primer paso para el entendimiento de éstas mediante el contraste con la forma en que las experiencias no-psicopatológicas son dadas en la conciencia (Parnas & Sass, 2001). El problema acá radica en que las explicaciones reduccionistas no son capaces de explicar las propiedades intrínsecas de la experiencia consciente (Nagel, 2012) tales como la sensación de propiedad de la propia experiencia (*'sense of ownership'* o *'mineness'*; Zahavi, 2008), la sensación de agencia (*'sense of agency'*), entre otros. La explicación de tales propiedades no es el producto de la investigación puramente empírica, sino que de reflexión filosófica sobre la experiencia consciente. El punto que Szasz advirtió en su crítica, es que es necesario no solamente entender la estructura biológica humana con el fin de entender el fenómeno psicopatológico, sino la inclusión de discusiones sobre la misma naturaleza de la experiencia humana en tanto dada en la conciencia, discusiones que obedecen más al campo de la fenomenología y de la filosofía de la mente (Parnas & Zahavi, 2003). Si bien, tomamos con ciertas reservas las conclusiones finales del autor, consideramos que su investigación fue pionera en la inclusión de elementos teóricos y filosóficos a la discusión sobre la enfermedad mental.

Este espíritu inclusivo parece repercutir en la actualidad donde la *'hipótesis del exoesqueleto'* (Bartra, 2006) propone una respuesta no puramente organicista para el problema de la conciencia — determinante para las discusiones en psiquiatría — incluyendo elementos desde la biología y analizando el rol de los circuitos culturales en la formación de la conciencia. Si bien la propuesta de Bartra no parece completamente original,⁵ el autor propone que el dominio de la conciencia

⁴ Este término refiere a las características sensibles que tienen nuestras experiencias conscientes en tanto fenómenos subjetivos. Introduciendo el concepto de 'conciencia fenoménica', Nagel (1974) indica que todas las experiencias conscientes poseen la propiedad de *'what it is like'*. Si bien este término no posee traducción literal, denota la propiedad que existe una característica cualitativa especial que es 'como estar en ciertos estados'. Por ejemplo, la experiencia de 'comer chocolate' posee una cualidad única que lo diferencia de la experiencia de 'recordar comer un chocolate'. La diferencia cualitativa que subyace a tal diferencia es denominada la propiedad de *'What it is like to be in a certain state'* (Zahavi, 2008).

⁵ La propuesta del autor parece reproducir muchos elementos del concepto de *'The Socially Extended Mind'* de Shaun Gallagher y del concepto de *'Extended Mind'* y *'Extended Cognition'* de Andy Clark y David Chalmers.

trasciende el cerebro, dado que el cerebro mismo necesita ‘prótesis culturales’ i.e. elementos contruidos en la sociedad para estructurar y mantener su funcionamiento. Esta idea critica la premisa organicista que indica que la mente está ‘en el cerebro’ y conceptualiza la relación entre lo biológico y lo cultural como un estado interdependencia funcional constante (Bartra, 2005). Si bien esta propuesta a veces excesivamente metafórica — no sendo capaz de superar el problema mente-corporo tampoco —, su gran mérito es la inclusión de elementos culturales específicos en la conceptualización de la mente y la conciencia, lo que implica una clara contribución a la discusión no puramente organicista de los conceptos que utiliza de la psiquiatría.

Por otra parte, creemos que el ‘problema conceptual’ indicado por el autor podría ser resuelto mediante el criterio fenomenológico propuesto por Karl Jaspers en *Psicopatología General*. El problema para Szasz era que los diagnósticos de los psiquiatras reproducían fuertes elementos culturales y subjetivos, siendo esto producto de la falta de un marco conceptual e interpretativo unificador en la psiquiatría clásica (Pickard, 2009). Sin embargo, ya en 1922 en la 3^{ra} edición de *Psicopatología General*, Jaspers llamaba la atención sobre la inexistencia de este marco unificador (Jaspers, 1957/1981 *link*). Jaspers indicaba que: ‘[en psiquiatría] las mismas cosas fueron discutidas en diferentes términos, de las más obscuras maneras. Muchas escuelas tenían sus propias terminologías. Pareciese ser que no existía nada como psiquiatría científica común uniendo a todos aquellos comprometidos con la investigación psiquiátrica’ (1957/1981). Sin embargo, Jaspers tomó un camino más fructífero que el de Szasz, dado que no cerró la discusión reduciendo los diagnósticos a meros acuerdos sociales. Siguiendo las ideas de Husserl, Jaspers (1922) definió la psiquiatría como el estudio teórico y empírico de las ‘experiencias anómalas’. Con el fin de crear un marco unificador en psiquiatría, Jaspers propuso una descripción inicial profunda y detallada de los diversos elementos de las experiencias subjetivas de los pacientes, sin que esto reprodujese el espíritu organicista que dominaba la psiquiatría. ‘Subjetivo’ no se entendió como ‘relativo’ o como ‘variable’ de persona a persona, como muchos erróneamente interpretan el término. En este contexto, se entiende que la experiencia humana posee cualidades intrínsecas que la hacen subjetiva o ‘privada’ (Nagel, 1974; Zahavi & Parnas, 1998), las cuales estarían trastornadas en las experiencias psicopatológicas. La descripción fenomenológica profunda de las experiencias subjetivas en tanto dadas en la conciencia, constituye un marco unificador inicial para los posteriores intentos explicativos en base a las propiedades intrínsecas de la experiencia, las cuales no parecen variar mayormente de cultura en cultura (Gallagher & Zahavi, 2008). Es más, esta descripción detallada de la experiencia ha llegado al desarrollo de un set de características intrínsecas que han sido tomadas por algunos psiquiatras como el punto de partida de cualquier

investigación referente a cualquier fenómeno psicopatológico (Parnas & Bovet, 1995). Como podemos ver, esta opción resolvería el punto indicado por Szasz y propiciaría un marco compartido inicial para la investigación en psiquiatría. Sin ni siquiera descartar la participación activa de explicaciones orgánicas. Tal como señalan Parnas & Handest (2003): 'A faithful [phenomenological] description of experience is the first step in any taxonomic project or in any effort to correlate pathological experience to its biological substrate' (p. 131).

Finalmente, es necesario indicar que las premisas filosóficas y conceptuales implicadas en el 'problema normativo' a veces son poco claras, lo cual dificulta su análisis. Sea como sea, esta crítica parece ser el núcleo de la propuesta de Szasz (Pickard, 2009). Szasz (2002) propone que la categoría 'enfermedad mental' es moral más que científica, dado que no es una enfermedad propiamente tal. Su argumento es el siguiente:

- a) Las enfermedades tienen asociadas mal funciones en estructuras biológicas específicas.
- b) La investigación empírica no ha demostrado conclusivamente que hay malfunciones orgánicas a todos los casos de enfermedades mentales.
- c) Por lo tanto, las 'enfermedades' mentales no son enfermedades en el sentido estricto del término.

242

Para Szasz (1960), las enfermedades mentales representan una desviación cultural más que biológica. Es más, el autor siempre mantuvo la opinión de que si la ciencia demostraba la causalidad orgánica de las enfermedades mentales, éstas contarían como enfermedades propiamente tal. Es en este sentido en que la enfermedad mental representa un 'mito', argumento que parece plausible. Luego, la categoría 'moral' implica que los diagnósticos en psiquiatría se realiza solamente con el afán de normar un comportamiento de acuerdo a ciertos parámetros culturales esperados, es decir, 'moral' implica 'normatividad' (Charland, 2006).

El principal aporte de esta posición es que constituye una de las más tempranas invitaciones a revisar los criterios que la comunidad médica utiliza para definir que constituye una enfermedad mental. La idea propuesta por el autor implica la integración de un importante análisis social y cultural de los criterios diagnósticos, junto con la inclusión de discusiones filosóficas antes mencionadas. La propuesta de Szasz es una invitación a la antropología y sociología para participar en la teorización de los trastornos psicopatológicos, dado que tal categoría parece reproducir ciertos aspectos propios de la cultura en la cual se da (Gaete, 2009).

Sin embargo, este punto ha propiciado ciertas consecuencias nefastas. Mi comentario es simple. La principal consecuencia ha sido la reducción de la

discusión a su mero aspecto cultural. Que una discusión sobre X reproduzca ciertos valores culturales de una comunidad C no hace que X sea completamente cultural, ni que X sea falsa, dado que eso implicaría una *'falacia genética'*. Si bien el término 'enfermedad mental' no cumple los criterios organicistas, tampoco se puede descartar su existencia como otro tipo de disfunción, por ejemplo como disfunción de las capacidades de la conciencia (Sass & Parnas, 2007), como una disfunción del *self* (Sass & Parnas, 2003) o como falta de capacidad esperadas dentro de un marco cultural específico (Gaete, 2009). Cualquiera de estos casos, toma la experiencia del paciente e intenta explicarla de maneras no organicistas, lo cual es coherente con la tesis principal de Szasz. Sin embargo, la reducción de la enfermedad mental a un *'mito'* constituye ser de ciertas formas negligente con el significado que la experiencia de los pacientes posee para la teorización en psiquiatría. Si bien la enfermedad mental no es una categoría científica — como ya hemos acordado —, no se puede negar que las experiencias psicopatológicas conllevan sufrimiento, malestar y además, nos confrontan con un tipo de experiencia que no parecen ser adaptativamente viables (Guidano, 1994). Muchas veces, la consigna del *'mito de la enfermedad mental'* ha servido para la negación de la enfermedad mental. Sin embargo esto constituye un negligente error, dado que la negación de la explicación organicista no descarta otros tipos de explicaciones para tales experiencias. La completa negación de la realidad ontológica de estos episodios implica la negación de la naturaleza experiencial fundamental de los trastornos mentales. Acá radica otro de los aportes del autor. Aunque a veces su propuesta se torna ambigua, Szasz invitó a la comunidad a buscar otro tipo de explicaciones para los fenómenos psicopatológicos fuera de la psiquiatría clásica. En especial, la opción — bastante plausible por lo demás — estuvo focaliza en la noción de 'bienestar', lo que pone a la comunidad como eje central de la teorización sobre los fenómenos psicopatológicos.

Como conclusión para este apartado, podríamos señalar que el trabajo de Thomas Szasz constituye un trabajo pionero al explorar la relación complementaria entre diversas discusiones teóricas en psiquiatría, ciencias sociales y filosofía. Lo que hace el autor es poner en tela de juicio los fundamentos filosóficos de una disciplina que en esos tiempos no problematizaba sobre ellos, integrando en su propuesta diversos elementos que ampliaron nuestro entendimiento del fenómeno psicopatológico. La crítica a la metodología, a los conceptos y a las consecuencias éticas de la práctica en psiquiatría constituyen en el núcleo de la discusión actual en esta área y una expresa invitación al trabajo interdisciplinario. Negar la influencia de este autor en el enfoque crítico actual, sería negar uno de sus principales facilitadores y antecedentes.

Interdisciplinariedad entre psiquiatría, fenomenología y filosofía de la mente

La aparente desconexión entre los dominios de las ciencias sociales, filosofía de la mente y la psiquiatría está siendo cada vez más puesta en duda a la luz de diversos proyectos de investigación interdisciplinaria. El principal aporte de la propuestas de Szasz para el desarrollo de la psiquiatría y psicología clínica está dado por su intento pionero para elaborar un entendimiento interdisciplinario de los fenómenos psicopatológicos. La discusión propuesta es una de las primeras invitaciones concretas a la interdisciplinariedad entre psiquiatría y esta invitación tiene directas repercusiones hoy en día. Por ejemplo, el *Centre for Subjectivity Research* de la *Universidad de Copenhague*, actualmente posee diversos proyectos de investigación que aúna esfuerzos de filósofos, psicólogos y psiquiatras con el fin de entender la naturaleza de la esquizofrenia. Así también, la *Universidad de Durham* posee un proyecto llamado '*Hearing the voice*' financiado por la *Wellcome Trust Foundation* que intenta entender la naturaleza de las alucinaciones auditivas a partir del trabajo colaborativo entre psiquiatras y filósofos. Los departamentos de psiquiatría de la *Universidad de Osnabrück* y *Heidelberg* en Alemania también poseen proyectos de investigación basados en la colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud y filósofos. Así como éstos, son muchos los ejemplos que demuestran que el camino más fructífero en psiquiatría y en filosofía de los trastornos mentales es la vía interdisciplinaria. Sin embargo, algunas veces los filósofos, psicólogos o los psiquiatras son reacios a tales interacciones, debido a la falta de claridad en la definición de la naturaleza de tal relación. Permítanme clarificar brevemente tal naturaleza con el fin de aportar al acercamiento de estos campos.

(a) *Importancia de la psiquiatría para la filosofía y la fenomenología*: Las discusiones en psiquiatría y psicopatología son determinantes para determinar la plausibilidad de ciertas teorías en filosofía de la mente y fenomenología. Desde Aristóteles, pasando por Wittgenstein y Heidegger, diversos filósofos han insistido en que la filosofía se encarga de la descripción y comprensión de los aspectos fundamentales de la existencia y la realidad. Por su parte, la filosofía de la mente intenta explicar los aspectos fundamentales de los fenómenos mentales y la fenomenología los aspectos fundamentales de la experiencia. Así, cualquier teoría plausible en tales campos debe estar dispuesta a explicar los aspectos trascendentales de fenómenos como la experiencia, conciencia, auto-conciencia, percepción, identidad personal, memoria, entre muchos otros (Beckmann & McLaughlin, 2009). Una de las formas de invalidar la plausibilidad de las teorías filosóficas es la presentación de contra-ejemplos. Por ejemplo, algunos filósofos tienden a decir que todas las

experiencias conscientes están acompañadas por una ‘sensación de agencia’ (*sense of agency*) entendida como la sensación de ser el autor de nuestros actos mentales (Zahavi, 2008). Sin embargo, esta tesis puede ser puesta en duda gracias a las investigaciones psiquiátricas sobre alucinaciones auditivas o delirios de inserción de pensamiento. En ambos casos, los pacientes poseen experiencias conscientes en primera persona, sin que éstas estén acompañadas por la sensación fenomenológica de agencia. Los pacientes experimentan sus pensamientos no como si fuesen ellos los autores de éstos. Así, cuando nos situamos en la discusión sobre la naturaleza de la consciencia, experiencia, auto-consciencia o identidad personal, entre muchas otras, los ejemplos provenientes de los casos revisados en psiquiatría proveen un excelente medio para probar la plausibilidad de algunas teorías en filosofía de la mente y fenomenología.

(b) *Importancia de la filosofía y las ciencias sociales para la psiquiatría:* Ya hemos revisado las advertencias de Jaspers y Szasz respecto de la ausencia de un marco conceptual unificador en psiquiatría. Tal como sabemos, la psiquiatría ha intentado estar comprometida con una visión a-teórica y puramente empírica, lo cual constituye una total ilusión. Esto ha significado que la psiquiatría tradicional reproduzca ciertos términos sin realmente ofrecer una visión comprensiva de los mismos. Es acá donde la discusión en filosofía y ciencias sociales determina la posibilidad de la existencia de un marco conceptual que unifique la investigación en psiquiatría, lo cual mejora la capacidad heurística de las conclusiones y análisis en psiquiatría. Términos tales como identidad personal, *self*, sentido de la propia continuidad, experiencia de agencia, mismidad, conciencia, estado mental, entre muchos otros, son regularmente usados en psiquiatría. Sin embargo, su definición pertenece al campo de la filosofía y las ciencias sociales. Así, tales discusiones potencian un modelo comprensivo y reflexivo común en psiquiatría. Esta relación se hace más clara cuando nos damos cuenta que para clasificar una experiencia como ‘alucinación’ por ejemplo, el psiquiatra no puede evitar apoyarse en un entendimiento tácito de conceptos tales como ‘realidad’, ‘experiencia’ o ‘racionalidad’, los cuales pertenecen al espectro de las discusiones en filosofía de la mente.

(c) *La importancia de la fenomenología para la psiquiatría:* Ya hemos revisado este punto brevemente en nuestra discusión sobre la propuesta de Szasz. Tal como lo mencionábamos antes, la descripción fenomenológica detallada de las experiencias psicopatológicas en tanto dadas en la conciencia de los pacientes constituye un marco metodológico unificador inicial para la investigación psiquiátrica (Parnas & Handest, 2003). Tal como señala Nagel (1947), cualquier intento por explicar cualquier entidad requiere que tal entidad sea coherente y propiamente entendida. Así, las detalladas descripciones que la fenomenología ofrece respecto de la naturaleza de la experiencia

humana, proveen un punto de partida sistemático y firme para cualquier intento explicativo de las experiencias psicopatológicas.

Consideraciones finales

En una primera etapa, el objetivo de este artículo ha sido examinar críticamente la propuesta de Thomas Szasz respecto del concepto de enfermedad mental. Podemos concluir que si bien sus ideas se tornan vagas y discutibles a veces, el principal aporte de su radical crítica lo constituye la invitación a un entendimiento interdisciplinario de los fenómenos psicopatológicos mediante la refutación de la hipótesis puramente organicista que fundamentó la psiquiatría clásica. Junto con esto, en una segunda etapa, profundizamos la naturaleza de la relación interdisciplinaria entre filosofía de la mente, ciencias sociales, fenomenología y psiquiatría, aspectos que se incluyeron en el análisis de la propuesta de Szasz. Finalmente, podemos concluir que la interdisciplinaria entre estos campos es una de las formas más viables de mejorar la calidad y cobertura de todas estas disciplinas, lo cual suma una exigencia en la preparación teórica tanto de filósofos, psiquiatras y científicos sociales.

246

Referencias

- Bartra, R. (2005). La conciencia y el exocerebro. *Revista de la Universidad de México*, 2, 59-65.
- Bartra, R. (2006). *Antropología del cerebro. La conciencia y los sistemas simbólicos*. Valencia: Pre-textos.
- Beckemann, A., & McLaughlin, W. (2009). *The Oxford Handbook of Philosophy of Mind*. Oxford: OUP
- Broome, M., & Bortolotti, L. (2009). Mental Illness as Mental. In defense of psychological realism. *Humana.mente*, 11, 25-44.
- Charland, L. (2006). Moral nature of the DSM-IV Cluster B personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 20, 116-125.
- Foucault, M. (2007). *Historia de la locura en la época clásica, II*. Argentina: FCE.
- Gaete, A. (2009). The concept of mental disorder: A proposal. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 15(4), 327-339.
- Gallagher, S., & Zahavi, D. (2008). *The Phenomenological Mind*. London: Routledge.
- Gergen, K. (1997). Toward a cultural constructionist psychology. *Theory and Psychology*, 7, 31-36.

ARTIGOS

- Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso*. Barcelona: Paidós
- Jaspers, K. (1922). *Allgemeine Psychopathologie. 2. Auflage*. Berlin: Springer.
- Jaspers, K. (1981). Philosophical Autography. In P. Inchilpp (Ed). *The Philosophy of Karl Jaspers* (pp. 3-94). La Salle: Open Court. (Trabalho original publicado em 1957).
- Nagel, T. (1974). What is it like to be a bat? *Philosophical Review* 83, 435-450.
- Nagel, T. (2012). *Mind and Cosmos*. Oxford: OUP.
- Parnas, J., & Sass, L. (2001). Self, Solipsism, and Schizophrenic Delusions. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 8(2/3), 101-120, June/September.
- Parnas, J., & Bovet, P. (1995). Research in psychopathology: Epistemologic issues. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 167-81.
- Parnas, J., & Handest, P. (2003). Phenomenology of anomalous experience in early schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44(2), 121-134.
- Parnas, J., & Zahavi, D. (2003). The link: philosophy-Psychopathology-Phenomenology. In D. Zahavi (Ed.). *Exploring the self* (pp. 1-16). Amsterdam: John Benjamins.
- Pickard, H. (2009). Mental illness is indeed a myth. In M.R. Broome & L. Bortolotti (Eds.). *Psychiatry as cognitive neuroscience: Philosophical perspectives* (pp. 83-102). Oxford: OUP.
- Ratcliffe, M. (2008). *The feeling of being*. Oxford: Oxford University Press.
- Sass, L., & Parnas, J. (2007). Explaining schizophrenia: The relevance of phenomenology. In M. Cheung Chung, B. Fulford & G. Graham (Eds.), *Reconceiving Schizophrenia*. UK: International Perspectives in Philosophy & Psychiatry. 247
- Sass, L.A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427-444.
- Szasz, T. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- Szasz, T. (1970). *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. USA: SUP.
- Szasz, T. (1974). *The Myth of Mental Illness*. London: Palladin.
- Szasz, T. (1991). *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man*. USA: SUP.
- Szasz, T. (1997). *Insanity: The Idea and Its Consequences*. USA: SUP.
- Szasz, T. (2002). *Esquizofrenia: el símbolo sagrado de la psiquiatría*. Buenos Aires: Siglo XX.
- Szasz, T. (2004). *Faith in Freedom: Libertarian Principles and Psychiatric Practices*. New Brunswick NJ: Transaction Books.
- Stuart, W., & Laraia, M. (2006). *Enfermería Psiquiátrica: Principios y Práctica* (8va edición). España: Elsevier.
- Tilo, K., & Thienel, R. (2005). Functional brain imaging of symptoms and cognition in schizophrenia. *Progress in Brain Research*, 150, 299-309.
- Zahavi, D. (2008). *Subjectivity and Selfhood: Investigating the first-person perspective*. Cambridge, MA: The MIT Press.

Zahavi, D., & Parnas, J. (1998). Phenomenal consciousness and self-awareness: a phenomenological critique of representational theory. *Journal of Consciousness Studies*, 5(5-6), 687-705.

Resumos

(Considerações críticas sobre a proposta de Thomas Szasz. Entre filosofia da mente, fenomenologia e psiquiatria)

Este artigo discute alguns dos aspectos básicos das críticas de Thomas Szasz ao conceito de 'doença mental'. Esta análise inclui elementos das áreas da psiquiatria, fenomenologia e filosofia da mente. Além de oferecer uma introspecção da proposta de Szasz sobre o desenvolvimento de uma visão crítica sobre a psicopatologia, este artigo também inclui algumas notas que explicam a natureza da interdisciplinaridade das relações entre a psicoterapia, fenomenologia e a filosofia da mente.

Palavras-chave: Doença mental, Thomas Szasz, psiquiatria, fenomenologia, filosofia da mente, interdisciplinaridade

248

(Critical considerations on Thomas Szasz's proposal. Relating philosophy of mind, phenomenology and psychiatry)

This paper discusses basic aspects of Thomas Szasz's criticisms of the concept of "mental illness," including considerations from psychiatry, phenomenology and philosophy of mind. The article provides not only insights into Szasz's proposal for the development of a critical understanding of psychopathology, but also presents clarifications on the interdisciplinary nature of the relationship between psychiatry, phenomenology and philosophy of mind.

Key words: Mental illness, Thomas Szasz, psychiatry, phenomenology, philosophy of mind, interdisciplinarity

(Considérations critiques sur la proposition de Thomas Szasz. Entre philosophie de l'esprit, la phénoménologie et la psychiatrie)

L'article suivant discute certains aspects de base de la critique du concept de la 'maladie mentale', élaborée par Thomas Szasz. Cette analyse inclut des éléments provenant de la psychiatrie, de la phénoménologie et de la philosophie de l'esprit. L'article ne fournit non seulement des conclusions sur la contribution de la proposition de Szasz au développement de la compréhension critique de la psychopathologie, mais aussi quelques commentaires explicatifs sur la nature interdisciplinaire du rapport entre la psychiatrie, la phénoménologie et la philosophie de l'esprit.

Mots clés: Maladie mentale, Thomas Szasz, psychiatrie, phénoménologie, philosophie de l'esprit, interdisciplinarité

ARTIGOS

(Kritische Überlegungen zum Ansatz von Thomas Szasz. Zwischen Philosophie des Geistes, Phänomenologie und Psychiatrie)

Der folgende Artikel diskutiert einige grundlegende Aspekte der Kritik von Thomas Szasz am Begriff der "Geisteskrankheit". Diese kurze Untersuchung beinhaltet Elemente der Psychiatrie, der Phänomenologie und der Philosophie des Geistes. Einerseits bietet es einen Einblick in den Ansatz von Szasz über die Entwicklung einer kritischen Betrachtungsweise der Psychopathologie, andererseits zieht dieser Beitrag auch einige Vermerke mit ein, welche die Art der Interdisziplinarität der Beziehungen zwischen Psychotherapie, Phänomenologie und Philosophie des Geistes erklären.

Schlüsselwörter: Geisteskrankheit, Thomas Szasz, Psychiatrie, Phänomenologie, Philosophie des Geistes, Interdisziplinarität

249

Citação/Citation: López-Silva, P. (2014, junho). Consideraciones críticas sobre la propuesta de Thomas Szasz. Entre filosofía de la mente, fenomenología y psiquiatría. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 17(2), 234-250.

Editor do artigo/Editor: Manoel Tosta Berlinck

Recebido/Received: 8.6.2013 / 6.8.2013 **Aceito/Accepted:** 15.8.2013 / 8.15.2013

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original authors and sources are credited.

Financiamento/Funding: O autor declara não ter sido financiado ou apoiado/ The author has no support or funding to report.

Conflito de interesses/Conflict of interest: O autor declara que não há conflito de interesses / The author declares that has no conflict of interest.

PABLO LÓPEZ-SILVA

PhD in Philosophy Programme, Department of Philosophy, The University of Manchester (Manchester, UK); Master in Research in Philosophy, Department of Philosophy, The University of Manchester; Psychologist, Licentiate in Psychology and Postgraduate Diploma in Attachment and Early Cares, School of Psychology, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (Valparaíso, Chile); Advanced Human Capital Programme Scholar (CONICYT), Government of Chile; Researcher associated to Manchester *Mind* Research Group; Main Editor of 'Praxis: Postgraduate Journal of Philosophy', Department of Philosophy, The University of Manchester; Co-Editor of the Journal *Cinta de Moebio: Revista de Epistemología de las Ciencias Sociales*; Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile (Santiago, Chile).

The University of Manchester, Department of Philosophy
Arthur Lewis Building (4th Floor), Oxford Road, M139PL
Manchester

United Kingdom

e-mail: pablo.lopezsilva@postgrad.manchester.ac.uk / pablo.lopez.silva@gmail.com

A sombra de um corpo que se anuncia: corpo, imagem e envelhecimento*1

Junia de Vilhena*2
Joana de Vilhena Novaes*3
Carlos Mendes Rosa*4

A velhice tem várias facetas e preconceitos associados ao que representa. Nosso objetivo é refletir acerca das peculiaridades relacionadas ao fenômeno ser velho e seus impactos no sujeito, destacando o lidar com o desencontro entre o inconsciente atemporal e o corpo envelhecido, chamado de envelhescência. Partimos do pressuposto que os discursos que normatizam o corpo tomam conta da vida simbólico-subjetiva do sujeito, não deixando espaço para a construção de uma narrativa individual.

Palavras-chave: Envelhecimento, corpo, morte, psicanálise

*1 Trabalho apresentado no III Congresso Internacional de Gerontologia Social realizado em Coimbra, maio de 2013. Pesquisa que vem sendo desenvolvida no Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social, LIPIS-PUC/Rio, em conjunto com a Universidade de Coimbra.

*2 Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio (Rio de Janeiro, RJ, Br).

*3 Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio (Rio de Janeiro, RJ, Br) e Universidade Veiga de Almeida (Rio de Janeiro, RJ, Br).

*4 IBMR Centro Universitário (Rio de Janeiro, RJ, Br).

*Reduzidos a um único tempo verbal, o pretérito,
com suspeito presente e um futuro que ninguém quer.*

Eliane Brum

Introdução

252 Não deve ter escapado ao leitor os inúmeros vocábulos que veem substituindo o termo velho: idoso, maduro, terceira idade e, finalmente, melhor idade. Por quê? Porque na sociedade ocidental capitalista ninguém quer ser velho. Ser velho é sinônimo de incapacidade física e intelectual, dependência, decadência física, psíquica e por aí vai. Criam-se então novas palavras, conceitos de idoso, terceira idade, como se fosse possível classificar os seres humanos por faixa etária como classificamos, perversamente, os países segundo seu grau de desenvolvimento e pobreza. Primeiro mundo, terceiro mundo... É neste que está a velhice ou a terceira idade.

A velhice tem um tempo, um nome, um *status*, várias facetas e muito preconceito associado a tudo que a ela se relaciona. Nosso objetivo é refletir criticamente acerca destas peculiaridades relacionadas ao fenômeno “ser velho” e seus impactos no sujeito. Os eufemismos que mascaram a relação automática entre envelhecimento e envilecimento no imaginário social partilhado, a drástica mudança na relação do sujeito velho com o tempo e as demais construções culturais associadas, agenciam subjetividades e incidem sobre o nosso fazer clínico.

A terceira idade é o terceiro mundo da política ou da vida. É um peso morto gestor, socialmente marginal, cujos custos, quando não estão alimentando a indústria do turismo para 3ª idade, dos cosméticos ou do *body fitness*, representam um “peso” muito grande na balança de pagamentos da previdência.

Quanto mais se vive biologicamente neste modelo societário, menor é o reconhecimento simbólico. Talvez, por isto, cada vez mais aumentem os investimentos naquilo que alguns sociólogos chamam de *adulescência* —, a eterna busca pela aparência jovem, seja no corpo, seja nas roupas, seja no estilo de vida. Como se o velho só pudesse existir socialmente sob a roupagem de uma juvenildade mercadológica.

Contudo, a juvenilidade não pode ser confundida com jovialidade. A primeira é biológica enquanto a segunda é existencial e simbólica. Jovialidade é um nome que inscreve uma condição divina — vem de Júpiter —, no latim *jovis*. Outro nome para alegria, para a aceitação da vida tal qual ela nos aparece, como uma nuance da morte. Na alegria da jovialidade moço e velho se reencontram, trocam e podem sentir a mesma saudade que em vida se sente da vida, de partes nossas, saudades das partes corporais, de partes espirituais, que morrem ao longo da existência.

A antropologia cultural e social moderna (Geertz, 1996) nos diz que a velhice não deve ser considerada apenas em seus aspectos físicos e cronológicos, mas sim como uma representação social. E por que não simbólica também? Destaquemos a memória, entendida como um fenômeno social, e suponhamos que a tarefa de lembrar ou relembrar seja tanto ou mais frutífera quanto maior for sua relevância e inserção na sociedade e no contexto histórico-cultural. São as lembranças dos velhos, em nossa cultura, relevantes ou positivamente qualificadas?

Na cultura ocidental moderna o velho nada tem mais a dizer que não seja no plano biológico. Ele é o *infans*. E não tem, porque lhe falta a autoridade. Não existe mais entre nós a cultura da ancestralidade ainda presente em algumas comunidades litúrgicas de afrodescendentes (a figura do Egum) ou mesmo em culturas orientais. Ainda que, até nesta última, o lugar simbólico do ancião também está sendo demolido.

A autoridade decorre de uma forte presença simbólica em torno da qual giram os eixos e valores éticos de um grupo. Neste modelo os anos vividos transformam-se em experiência e o velho é alguém pleno de valor. Há aí uma inclusão social, uma inclusão simbólica da morte e, como sabemos, só a inclusão da morte na vida e no espaço social garantirá uma aliança entre vivos e mortos. Daí decorre a autoridade do velho. O morto (estar velho é estar perto da morte) vai ser ancestral.

E o que é o ancestral se não alguém que vai ser a voz da fundação que cada um dos vivos, dos filhos, vai carregar para continuar mantendo os laços sociais de um grupo. Como aponta Moniz Sodré, cada grupo carrega, de certo modo narcisicamente, a voz de sua fundação (comunicação pessoal).

Disso, aliás, já nos falava Freud em diferentes formas como veremos a seguir.

Isto significa que a morte integra o ciclo social das trocas simbólicas. Em um livro, *A troca simbólica e a morte*, Baudrillard (1997) diz que é no século XVI que essa figura moderna da morte se generaliza, porque antes a morte era festejada. Ao observarmos as imagens da Idade Média vemos danando o rei, a corte, o guerreiro e a morte, representada pelo esqueleto danando junto com as pessoas.

No entanto, parece que teremos de lutar por esse direito de ficar velho em paz. De exercer as prerrogativas da velhice e nó nos preocuparmos... De lidar com o desencontro entre o inconsciente atemporal e o corpo, âmbito da temporalidade, ou por um encontro da alma sem idade com o corpo que envelhece, como aponta Berlinck (2000) ao cunhar o termo *envelhescência*.

Pensando psicanaliticamente a velhice

Freud caminhava com um jovem poeta e ouvia suas lamentações acerca da transitoriedade da beleza neste mundo, onde, segundo este, tudo que é belo terá seu fim um dia. A partir deste diálogo escreve um texto, quase poético, estendendo as reflexões sobre o tema da transitoriedade para outros aspectos da vida humana.

Pensar a velhice hoje, além das reflexões necessárias de caráter político, como a mudança de perspectiva do cuidado ao velho que passou da esfera privada para a esfera pública, e a exclusão social decorrente das diferentes faixas etárias, e as de ordem subjetiva, como as construções ou representações sociais que tendem a homogeneizar essa população, parece suscitar a questão do que é transitório.

Se antes falávamos da velhice em termos apenas de perdas cognitivas e executivas, hoje comemoramos entusiasmados as conquistas da medicina e os avanços legais e sociais de alguns países na defesa dos direitos dos velhos.

Atualmente um dos principais ritos de passagem que anunciava a chegada da terceira idade, a perda da libido, está perdendo autoridade. A libido, seja por uma maior liberalização dos costumes, seja por progressos da medicina, reclama seus direitos na terceira idade. Esmaece a fronteira entre as fases da vida. Envelhecer como sinônimo de decadência deixou de ser uma profecia autorrealizadora.

254

Mas sabemos que tal como a bela paisagem contemplada pelo amigo de Freud, quando sobrevier o inverno da alma, estas maravilhas, estes avanços, rapidamente serão solapados pela inexorabilidade do processo vital.

Freud (1914/2000) afirmava que em alguns casos de doença orgânica a libido direcionada para o mundo externo regride ao eu como suporte à condição sofrente. A famosa assertiva de Wilhelm Buck de que toda alma se encontra aprisionada na estreita cavidade do molar (no caso da dor de dente) foi magistralmente utilizada por Freud para ilustrar esse fenômeno.

Gabbay (1999) retoma o pensamento de Ferenczi (1926) acerca deste texto freudiano para afirmar que, também nos casos de envelhecimento, esse desinvestimento libidinal é algo recorrente e pode ser explicado pela mesma lógica do narcisismo. Uma vez que a libido agora se encontra escassa e o sujeito necessita de um mínimo de investimento narcísico para sobreviver, ele retira parte, ou toda libido do mundo externo nos casos mais graves, e passa a se interessar cada vez mais por suas memórias, suas fantasias e suas próprias dores, que usualmente são várias e frequentes.

Segundo a autora, alguns fenômenos típicos dessa fase, como o retraimento de interesses, certo egoísmo e a despreocupação com os fenômenos ao seu redor são confirmações desse remanejamento libidinal para o próprio eu (Gabbay, 1999). Importante frisar que estas não são características dominantes em todas as pessoas de idade avançada.

Observando a nova organização libidinal da velhice, que tanto se assemelha a primeira de nossas vidas, aquela do narcisismo primário, podemos pensar que os ciclos de desenvolvimento são realmente transitórios e se sucedem. Podemos aventar ainda a possibilidade de estes serem também partes de uma espécie de sistema fechado, onde a última fase do desenvolvimento acena com o reinício da primeira.

Evidente que se pode aplicar o conceito de transitório a todas as coisas e todos os momentos de uma existência. Simples é analisar a transitoriedade da fase infantil ou adolescente, de sorte que outras mais acenam como futuro imediato e automático. No entanto, parece difícil ficar impassível a esse questionamento sobre a finitude da existência, quando ela se aproxima cada vez mais das nossas vistas.

Se a chamada morte social já se anuncia, outros anúncios tão ou mais evidentes sensibilizam o velho nessa nova fase da vida. Quando uma mulher idosa se olha no espelho, o que este lhe devolve é uma imagem ligada a uma deterioração, uma imagem com a qual ela não se identifica. Existe uma discrepância entre a imagem inconsciente do corpo e a imagem refletida, posto que se trata de um sujeito psíquico em constante crescimento e evolução, altamente afetado pela representação de um corpo que se deteriora e pela consciência da finitude (Goldfarb, 1998).

O corpo adoecido, macilento e desvitalizado dos estágios finais da vida é criado imaginariamente pelo sujeito, muitas vezes, antes mesmo de possuí-lo verdadeiramente. Neste sentido, podemos pensar em um retorno ao estágio do espelho laciano, quando a criança constrói seu corpo ideal através da imagem especular do *alter* (Gabbay, 1999). No entanto, a nova construção não aponta para um corpo belo e idealizado para a vida, mas um corpo decrépito e adequado para a morte (Messy, 1992).

O corpo, na velhice, é o lugar privilegiado de desilusão narcísica, prometido à decadência e à morte e palco do adoecer, empurrando o sujeito a enfrentar o desafio de manter a aposta na vida. Embora o narcisismo não se afigure como uma defesa contra a pulsão de morte, o papel da ilusão para lidar com as “asperezas da vida” é inegável.

Freud (1915/2000) já nos avisara que a exigência de imortalidade, por ser tão obviamente um produto dos nossos desejos, não pode reivindicar seu direito à realidade. Todos nós padecemos do medo da perda dos nossos objetos de investimento afetivo. E a vida em si é alimentada por um constante gerenciamento das nossas porções de afeto, interesse, amor e tempo — sim, o tempo se tornou um capital na economia moderna.

As consequências mais comuns no ser humano do “medo de perder algo valioso” são a antecipação defensiva e a culpa. Sempre que estamos excessivamente felizes ou em momentos importantes de nossa existência, esses mecanismos entram em ação nos informando que a felicidade ou estabilidade a qual nos encontramos pode acabar subitamente; são transitórios.

A perda relaciona-se em última análise com o receio da morte. Ou seja, a perda da existência. O homem primitivo aprendeu a admitir a morte como fato inalterável, mas não consegue assimilar a sua própria aniquilação. Por essa razão a nossa história

guarda uma profusão de mitos e religiões espiritualistas. Nada do pulsional solicita a crença da própria morte (Freud, 1915).

Como aponta Ariès (2003), a morte é um tabu na sociedade moderna e hoje, com as novas e avançadas tecnologias para o corpo, com técnicas para o prolongamento da vida que por sua vez trazem a discussão médica e ética sobre o controle técnico do momento da morte, verificamos que fica cada vez mais complexo lidar com a velhice e com seus imperativos que são, apesar de todos os avanços da ciência, a aproximação com a morte e a decadência física.

Freud (1917/2000) nos ajuda a compreender esse horror à morte, na vertente clínica, ao afirmar que o inconsciente não possui representação alguma do que seria morrer, ou deixar de existir. A ideia da morte remonta às angústias impossíveis de significar que o bebê experimenta nos primeiros meses do seu desenvolvimento. O autor toca no tema também em sua análise das sociedades, ao mostrar que um dos maiores medos do ser humano é ver o seu próprio corpo definhar e lhe trazer a infelicidade e o sofrimento.

A infelicidade humana, segundo Freud (1930/2000), pode advir dos relacionamentos que terminam e deixam um vazio na vida do sujeito, do mundo que apresenta desafios gigantescos para a frágil constituição humana e principalmente do próprio corpo que se encaminha inexoravelmente para a morte. Freud aponta o corpo como uma das fontes do mal-estar humano, sublinhando que “este permanecerá para sempre como uma estrutura passageira, com limitada capacidade de adaptação e realização”, mas que este reconhecimento não deveria ter um efeito paralisador na medida em que podemos mitigar este sofrimento, em parte (inclusive com o avanço da ciência), mas nunca totalmente (1930, p. 85).

Para Berlinck (2000) a envelhescência pode ser definida — enquanto objeto e circunstância psíquica — como um desencontro entre o inconsciente atemporal e o corpo, âmbito da temporalidade, ou por um encontro da alma sem idade com o corpo que envelhece, como apontamos anteriormente. Esse encontro-desencontro constitui uma discrepância com efeitos traumáticos cuja complexidade situa-se no arranjo entre o corpo, a subjetividade e o social, justamente na intersecção desses campos, aprisionando o sujeito por seu corpo, sua estrutura psíquica e por seu lugar no social que é assimilado e atuado pelo velho. Essa crise traumática exige um trabalho psíquico: a envelhescência.

Tempo para envelhecer

Na “moderna pedagogia” de atividades para a terceira idade criam-se atividades exclusivas para os velhos que vão da universidade às academias de dança, deixando

de lado o fato de que o que vai enriquecer-lhes a vida é exatamente o contato com os mais jovens, os novos amigos, o fazer e trocar experiências distintas. Em seu livro *Filosofia do espírito científico* Bachelard (1972) aponta a importância do “velho” conhecimento na formulação dos novos. O que significa dizer que a experiência do vivido e dos antigos saberes não pode e não deve ser desprezada. Sem o velho conhecimento não se cria o novo.

Quando falamos do tempo cronológico, ao qual nos referimos como transitório e fugidio, esquecemo-nos do chamado tempo vivencial, que algumas culturas chamam de *kairós*. Um tempo que se refere à fruição das coisas e pode ser maior ou menor de acordo com o gerenciamento subjetivo que fazemos dele. Tanto na infância quanto na velhice temos um tempo outro para a realização das tarefas diárias. A vida pode ser experienciada sem as exigências sociais da modernidade que quer pressa para tudo.

Aproveitar esse distanciamento que a velhice traz em relação ao cotidiano e suas pressões deve ser algo valioso para os velhos, e não pode ser tido como sinônimo de incapacidade e signo de exclusão.

É sabido que a sociedade moderna tende a tratar os velhos com desprezo, devido ao declínio em suas forças e capacidades. No entanto, essa marginalização do velho não parece ocorrer em todas as culturas. Segundo Gebran (1999) as “sociedades ágrafas” valorizam e reverenciam o saber e o fazer daqueles que já acumularam experiência pelos muitos anos vividos permitindo, assim, a continuidade da cultura. Nestas sociedades a única maneira de se adquirir o saber, na ausência de qualquer representação escrita (livros, jornais, computadores etc.), é perguntando e escutando o que os mais velhos têm para ensinar.

Para nós do campo psi, perguntar implica questionar e ouvir o que todos têm a dizer: homens ou mulheres, pobres ou ricos, jovens ou velhos. Pensando nestes últimos assinalamos a importância do reconhecimento de histórias de toda uma vida repleta de feitos épicos, trágicos, cômicos em suas múltiplas experiências subjetivas. Diferentes nuances e expressões do *pathos* (paixão e padecimento) que os guiou ao longo de suas existências. Lembremo-nos que *pathos* não é apenas sofrimento, mas tudo aquilo que nos constitui, o que nos dá a forma que temos e que nos constitui como sujeitos.

Mais ainda, todos nós psicanalistas reconhecemos em nosso Egum (Freud) o lugar da ancestralidade, de transmissor de um saber que nos foi legado e sobre o qual construímos a nossa existência enquanto profissionais.

Tentando escutar

Dentro de poucas décadas o número de mortes voltará a superar o de nascimentos em vários países, inclusive o Brasil. E não será por conta dos motivos passados, guerras

ou epidemias, mas pela conjugação da mudança de comportamento, que caminha para a redução da natalidade a menos de um filho por mulher, e pelo avanço da medicina, proporcionando longevidade crescente à população dos países desenvolvidos.

Desta maneira, fica muito difícil definir nos dias de hoje quando começa realmente a chamada terceira idade. Uma parte da população do mundo trabalha até perder as forças ou adoecer. Outra se aposenta ainda no vigor das forças chegando, algumas vezes, a adoecer de tédio; amargurados com tudo, infelizes e desapontados com o que julgavam ser um direito de descansar e viver bem (Vilhena, Rosa & Novaes, 2013).

Servindo-nos do ideário vigente, que afirma a velhice como tempos do descanso, de poucas emoções, do corpo em decadência e, nos tempos atuais, das vidas descartáveis, vale ressaltar que é o olhar que a vê como estrangeira, que a torna mais estranha em seus próprios corpos. É este olhar que cria os interditos que balizam o que supostamente é ou deixa de ser adequado a uma faixa etária. O olhar alheio é, não raro, mais cruel que a decadência das formas (Vilhena & Novaes, 2009).

A ciência e suas fantásticas descobertas no ramo farmacêutico proveem pílulas de longevidade capazes de “tratar” a velhice, como se algo natural precisasse de tratamento. O mercado da indústria *anti-aging* movimenta hoje US\$ 100 bilhões ao ano, e em 1990 esse setor nem sequer existia na economia mundial (Cabral, 2012).

258

Para os desconfortos do envelhecimento, a reposição hormonal. Para os sinais da passagem do tempo, as cirurgias e a cosmetologia. A menopausa, vista como algo “natural” é reduzida ao âmbito biológico, com seus sintomas “desagradáveis”, facilmente suprimíveis com o tratamento adequado. Para os homens, simplesmente Viagra.

Contudo, acreditamos que o corpo solicita outro discurso que não se restringe às reposições hormonais ou às disfunções eréteis. O que nos parece fundamental em relação ao conceito de saúde, especialmente se tomamos como referência a noção de Sawaia (2006) que coloca a saúde como um princípio ético, é que os profissionais do cuidado não dão relevância aos aspectos psicológicos e emocionais do envelhecimento.

Como aponta Gromann (2007) há um silêncio imposto aos órgãos em sua significação mais profunda — como se estivéssemos diante de um corpo sem narrativa. O enfermo como subjetividade foi sendo progressivamente excluído e silenciado da cena da enfermidade. Excluído que foi de qualquer implicação no processo de adoecimento. O que observamos é o total descolamento do sujeito com relação ao sintoma que lhe anuncia e deveria representá-lo. O corpo, tratado apenas como organismo; corpo da ordem da natureza, do qual a medicina se ocupa com grande maestria.

O desejo e o gozo, dois baluartes da concepção do sujeito, estão excluídos do corpo homeostático da clínica médica; neste corpo só se observam dores e afecções com o intuito corretivo e normalizador. Quando deveria ser o inverso, pois o corpo é um lugar de gozo. E o sintoma vem expor uma falta. É nesse momento que deveríamos nos perguntar a respeito do desejo do Outro, “por que” ou “o que ele quer de mim”?

Longe de promover um desaparecimento da angústia, trata-se de tornar possível a resolução de um tipo de angústia paralisante e caminhar em direção a outras angústias vivenciais. O fundamental nesse contexto é a mudança na relação do sujeito com o mundo que o cerca, restabelecendo os nexos psicológicos, fisiológicos e sociais, e eliminando a separação entre pensar, sentir e agir. Saúde é liberdade de movimentos do corpo e da mente, é possibilidade de ter esperanças e potencializá-las na ação.

É esta dimensão que fica perdida quando reduzimos os cuidados com o corpo senil (ou qualquer outro!) a questões como vaidade ou funcionalidade, deixando de lado todos os aspectos subjetivos envolvidos no processo de envelhecimento. É como se desistíssemos do desafio de significar seus corpos de forma diferenciada daquela em que foram pensados até muito recentemente.

Se por um lado a cultura impõe de forma radical uma estética onde não há lugar para a velhice e um desempenho que é incompatível com o envelhecer, é preciso estar atento àquilo que retira do sujeito a sua implicação em seu sintoma, em seu *pathos*, que dificilmente será transformado em questão, posto que será reduzido a uma intervenção cirúrgica, uma medicação adequada, um tratamento rejuvenescedor ou a internação em um asilo.

Da mesma maneira que uma imagem não se reduz a uma etapa, não podemos reduzir o envelhecimento à velhice. O envelhecimento é um processo irreversível, que se inscreve no tempo. Começa com o nascimento e progride inexoravelmente até a destruição do indivíduo (Messy, 1992).

Partimos do pressuposto que os ciclos biológicos seriam momentos em que haveria uma rearticulação das marcas sensoriais, constitutivas das imagens corporais (Dolto, 1984; Dolto & Nasio, 1991) que servem de base para o eu. Nesse momento, o corpo portaria sensações que poderiam permitir pensar sua condição de forma muito distinta, desde que narrativas possam ser construídas.

Considerações finais

Nos dias de hoje, não podemos sustentar que a subjetividade se processe de forma tão desgastante, a ponto de produzir rigidez e imutabilidade, exaurindo o movimento pulsional (Millot, 1988). Os sujeitos contemporâneos se constituem num universo caracterizado pela aceleração de mudanças que não mais asseguram uma estabilidade identitária (Kristeva, 1993). O próprio Freud, desde a segunda tópica, demarcou o caráter inesgotável da insistência pulsional, e é disso que tratamos quando nos dedicamos a desvelar os labirintos do desejo humano, que se apresenta encarnado num corpo sexuado.

A velhice deve ser considerada como um fenômeno biológico com profundas consequências psicológicas. Exatamente por ter uma dimensão existencial que modifica a relação da pessoa com o tempo, o mundo e com sua própria história. Disso já nos falava Freud que aos setenta anos e em luta com sua prótese no maxilar, que lhe consumia uma “energia preciosa”, dizia ainda preferir a existência à extinção.

É fundamental frisar também que “velhice” não é diagnóstico. Muito menos insígnia clínica que demande qualquer intervenção psicanalítica. Também é verdade que não existe a necessidade real de se ter um “problema” para que exista demanda de análise. Que o diga uma paciente nossa, quando afirma que “*análise não é algo que a gente precisa, é algo que a gente merece*”.

O efeito do discurso vigente — modulado pela lógica social do tempo útil que objetos, utensílios eletrônicos e pessoas devem ter, como se tudo tivesse um prazo de validade mais curto na sociedade moderna — tem profundo impacto na economia psíquica dos pacientes velhos, ao ponto dos mesmos afirmarem estar sofrendo de velhice. O termo velhice assume valor de significante, redefinindo a forma de o sujeito conceber a si mesmo e ao seu próprio sofrimento.

Em psicanálise acredita-se que o sujeito se apropria de sua doença sempre de forma peculiar, e só a análise da narrativa particular daquele sujeito é capaz de deslindar os meandros de seu sintoma. Em tempos de patologização da normalidade, o fenômeno biológico do amadurecimento ganha *status* de doença e promove efeitos sintomáticos particularizados nos velhos. Daí a necessidade, mais uma vez, de se colocar em palavras estes efeitos com o objetivo de desconstruir ou reelaborar as angústias e dores advindas da condição de estar velho.

A profusão de enunciados pedagógicos, no campo das práticas, que objetivariam uma melhor adaptação às chamadas perdas da velhice, acabam por ressaltá-las. Apriornado em categorias e em ideais, retira-se do sujeito sua singularidade tornando seu caminho uma estrada de mão única, onde o desejo não mais comparece. Aos velhos doentes, cansados, em sofrimento, a diferença é calada e reduzida à explanação: “é da velhice”, ou “são os desconfortos da melhor idade...”.

A singularidade da dor (física ou psíquica) como experiência subjetiva, torna-a um campo privilegiado para pensarmos a relação entre o indivíduo e a sociedade. Toda experiência individual inscreve-se num campo de significações coletivamente elaborado; se até isto lhe é negado o que dizer desta existência?

Como resposta a esta e muitas outras questões que o texto levanta, propusemos-nos a falar da velhice naquilo que ela tem de mais precioso, ou seja, a oportunidade de existir, ainda que caracterizada como estágio final desta mesma existência. Daí termos resgatado o conceito de envelhescência; mais do que um puro significante, a envelhescência é um ato de subjetivação (Berlinck, 2000).

Em um mundo cada vez mais complexo, onde a economia de trocas simbólicas, apoiada nas novas tecnologias, esmaece o conceito de fronteiras e territórios

(Turkle, 1985), também os suportes identitários se transformam. Temos de repensar os limites do corpo e da anatomia na constituição das subjetividades, situando a velhice em meio a esta revolução, que inflete significativamente sobre os saberes médico e psicológico.

Referências

- Ariès, P. (2003). *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Bachelard, G. (1972). *Filosofia do novo espírito científico*. Lisboa: Ed. Presença.
- Baudrillard, J. (1997). *A troca simbólica e a morte*. São Paulo: Loyola.
- Berlinck, M. T. (2000). *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta.
- Cabral, M. (2012). Ganhos e perdas. *Rev. Página 22*, Ed. 70. Recuperado em 20 abril de 2013 de <<http://pagina22.com.br/index.php/2012/12/ganhas-e-perdas/>>.
- Dolto, F. (1984). *Sexualidade feminina. Libido, erotismo, frigidez*. São Paulo: Martins Fontes.
- Dolto, F. & Nasio, J. D. (1991). *A criança do espelho*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ferenczi, S. (1926). Contraindicações da técnica ativa. In *Obras completas III*. São Paulo: Martins Fontes.
- Freud, S. (2000). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2000). Sobre a transitoriedade. In *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2000). Luto e melancolia. In *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (2000). O mal-estar na civilização. In *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).
- Gabbay, R. (1999). Considerações sobre psicanálise com idosos. *Anais da Primeira Jornada de Psicanálise com Idosos e suas Interseções*, Rio de Janeiro: EBP, 31-39.
- Gebran, P. (1999). Velhos nas sociedades ágrafas. *Anais da Primeira Jornada de Psicanálise com Idosos e suas Interseções*, Rio de Janeiro: EBP, 20-30.
- Geertz, C. (1996). *Representações simbólicas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Goldfarb, D. C. (1998). *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gromann, R. M. G. (2007, jun.). A política do erotismo na maturidade feminina: um estudo sobre as relações entre os estados hipocondríacos e melancólicos. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*, X(2), 203-218.

- Kristeva, J. (1993). *Les Nouvelles Maladies de L'Âme*. Paris: Fayard.
- Messy, J. (1992). *A pessoa idosa não existe*. São Paulo: Aleph.
- Millot, C. (1988). *Nobodaddy, a histeria no século*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Sawaia, B. B. (2006). Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. In S. T. M. Lane & B. B. Sawaia (Orgs.). *Novas veredas da psicologia social* (pp. 157-168). São Paulo: Brasiliense.
- Turkle, S. (1985) *The Second Self: Computers and the Human Spirit*. New York: Simon & Schuster, Inc.
- Vilhena, J. & Novaes, J. V. (2009). Un corps à la recherche d'un logement. *Corps, violence et médecin*. In C. Masson & C. Desprat-Pequignot (Orgs.) *Le corps contemporain: créations et faits de culture* (pp. 113-136). Paris: L'Harmatan.
- Vilhena, J. (2012). Repensando a velhice em tempos sombrios. In R. Pocinho & E. Santos (Orgs.). *Envelhecer em tempos de crise: respostas sociais* (pp. 11-28). Coimbra: Legis Editora.
- Vilhena, J. et al. (2013). Para além dos anos vividos. Uma leitura das categorias clínico-discursivas acerca da velhice. In R. Pocinho & E. Santos (Orgs.). *Envelhecer hoje, conceitos e práticas* (pp. 151-175). Curitiba: Appris.

Resumos

(The shadow of a body that presents itself: body image and aging)

Old age has facets and preconceptions that are associated with what it represents. Our aim here is to study the peculiarities related to the phenomenon of being old and its impacts on the subject. We focus on how individuals deal with the disparity between the timeless unconscious and the aged body. We assume that the discourses that standardize the body dominate the symbolic subjective life of the subject and leave no room for the construction of an individual narrative.

Key words: Ageing, body, death, psychoanalysis

(L'ombre d'un corps qui s'annonce: corps, image et vieillir)

La vieillesse possède de nombreuses facettes et de préjugés associés à ce qu'elle représente. Notre article porte sur l'étude des particularités liées au phénomène d'être âgé et de ses impacts sur le sujet, en soulignant comment le décalage entre l'inconscient intemporel et le corps âgé, aussi appelé vieillir, est géré. Nous supposons que les discours qui normalisent le corps dominant la vie symbolique subjective du sujet, ne laissant aucun espace pour la construction d'un récit individuel.

Mots clés: Vieillir, corps, mort, psychanalyse

(Bajo la sombra de un cuerpo que se anuncia: cuerpo, imagen y envejecimiento)

La vejez tiene muchos aspectos y prejuicios asociados a lo que representa. Nuestro objetivo es estudiar lo que es peculiar acerca del fenómeno de 'ser viejo' y sus impactos en el sujeto, destacando el manejo del desacuerdo entre el inconsciente atemporal y el cuerpo envejecido, a que se refiere el envejecimiento. Partimos del supuesto de que los discursos que regulan el cuerpo dominan la vida simbólica y subjetiva del sujeto sin dejar espacio para la construcción de una narrativa individual.

Palabras claves: Envejecimiento, cuerpo, muerte, psicoanálisis

(Der Schatten eines Körpers, der sich ankündigt: Körper, Image und Altern)

Das Alter hat verschiedene Facetten und ist mit Vorurteilen belastet bezüglich dessen, was es darstellt. Unser Ziel ist es, die Besonderheiten in Zusammenhang mit dem Phänomen des alt Seins und seinen Auswirkungen auf das Individuum zu untersuchen, wobei wir hervorheben, wie mit der Diskrepanz zwischen dem zeitlosen Unbewussten und dem gealterten Körper — auch das Altern genannt — umgegangen wird. Wir gehen davon aus, dass die Ansätze, die den Körper in Normen fassen, das symbolisch-subjektive Leben des Subjekts bestimmen und folglich kein Raum zur Entwicklung einer individuellen Gestaltung bleibt.

Schlüsselwörter: Altern, Körper, Tod, Psychoanalyse

Citação/Citation: Vilhena, J. de, Novaes, J. de V., & Rosa, C. M. (2014, junho). A sombra de um corpo que se anuncia: corpo, imagem e envelhecimento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(2), 251-264.

Editor do artigo/Editor: Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck

Recebido/Received: 30.4.2013/ 4.30.2013 **Aceito/Accepted:** 25.7.2013 / 7.25.2013

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Financiamento/Funding: Os autores declaram não ter sido financiadas ou apoiadas / The authors have no support or funding to report.

Conflito de interesses/Conflict of interest: Os autores declaram que não há conflito de interesses / The authors declare that has no conflict of interest.

JUNIA DE VILHENA

Psicanalista; Membro efetivo do CPRJ (Rio de Janeiro, RJ, Br); Doutora em Psicologia Clínica; Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio (Rio de Janeiro, RJ, Br); Coordenadora do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social – LIPIS da PUC-Rio; Pesquisadora da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental (São Paulo, SP, Br); Pesquisadora correspondente do Centre de Recherches Psychanalyse et Médecine, CRPM-Pandora. Université Denis-Diderot Paris VII (Paris, Fr); Investigadora-Colaboradora do Instituto de Psicologia Cognitiva da Universidade de Coimbra (Coimbra, Portugal).

Av. Ataulfo de Paiva, 135/613 – Leblon

22440-901 Rio de Janeiro, RJ, Br

e-mail: vilhena@puc-rio.br

www.juniadevilhena.com.br

264

JOANA DE VILHENA NOVAES

Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, Clínica e Sociedade da Universidade Veiga de Almeida (Rio de Janeiro, RJ, Br); Pós-doutora em Psicologia Médica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (Rio de Janeiro, RJ, Br); Pós-doutora em Psicologia Social pela mesma Universidade; Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio (Rio de Janeiro, RJ, Br); Coordenadora do Núcleo de Doenças da Beleza da PUC-Rio; Pesquisadora e psicoterapeuta do LIPIS/PUC-Rio; Pesquisadora correspondente do Centre de Recherches Psychanalyse et Médecine – Université Denis-Diderot Paris VII CRPM-Pandora (Paris, Fr).

Av. Ataulfo de Paiva, 135/613 – Leblon

22440-901 Rio de Janeiro, RJ, Br

e-mail: joanavnovaes@gmail.com

www.joanadevilhenanovaes.com.br

CARLOS MENDES ROSA

Psicólogo; Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio (Rio de Janeiro, RJ, Br); Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio (Rio de Janeiro, RJ, Br); Especialização em Psicopatologia Clínica pela UNIP – Universidade Paulista; Pesquisador Associado do LIPIS/PUC-Rio; Professor do IBMR Centro Universitário (Rio de Janeiro, RJ, Br).

Rua Riachuelo, 257/421 – Lapa

20230-011 Rio de Janeiro, RJ, Br

e-mail: carlosmendesrosa@gmail.com

Sob o pé do castanheiro: histórias que perpassam um Serviço Residencial Terapêutico*1

Tania Kuperman Sztajnberg*2
Maria Tavares Cavalcanti*3

A personagem enlouquecida amarrada ao pé do castanheiro de “Cem anos de solidão” serve-nos de metáfora para as amarras que a institucionalização pode propiciar. Como fazer para que uma Residência Terapêutica (RT), por não oferecer as mesmas amarras das instituições psiquiátricas, possa ter a função de um espaço transitório para outro lugar? Para tentar responder esta questão construímos uma aproximação entre o ambiente facilitador e o meio que a RT representa a partir dos conceitos de Winnicott.

Palavras-chave: Serviço Residencial Terapêutico, desinstitucionalização, psicanálise, Winnicott

*1 Trabalho desenvolvido a partir do grupo de pesquisa coordenado pela Profa. Dra. Maria Tavares Cavalcanti, consistindo no estudo do material teórico e reflexão sobre Residências Terapêuticas bem como a supervisão do acompanhamento dos moradores e equipe de cuidadores de três Residências Terapêuticas vinculadas ao IPUB. Este estudo foi constituído para dissertação de mestrado intitulada *Serviço Residencial Terapêutico: criando espaços de vida*, da psicóloga Tania Kuperman Sztajnberg sob orientação da professora Maria Tavares Cavalcanti defendida em agosto de 2012 no Instituto de Psiquiatria da UFRJ/IPUB.

*2 Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Br).

*3 Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Br).

Posso estar em um emaranhado, e, logo, libertar-me dele, ou então, tentar colocar as coisas em ordem, de modo a poder, durante algum tempo pelo menos, saber onde estou. Ou, encontrar-me no mar, oriento-me de modo a poder chegar a um porto (numa tempestade a qualquer porto) e, depois, em terra firme, procuro uma casa construída sobre rocha, de preferência a areia, e em minha própria casa que (como inglês) é meu castelo, fico no sétimo céu.

(Winnicott, 1975, p. 145)

Gostaria de iniciar este texto a partir de uma história que não necessariamente representa um hospital psiquiátrico, tampouco um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), mas pode ser considerada uma boa ilustração do processo de institucionalização, onde quer que ele se configure.

A história se passa na cidade fictícia Macondo, criada por Gabriel Garcia Marquez no livro *Cem anos de solidão*. O livro, de título sugestivo, narra a vida de várias gerações de uma mesma família.

O primeiro casal que dá início a esta história é composto por Úrsula e José Arcadio Buendia, que são os fundadores da província e respeitados por toda a cidade. Ele, o patriarca da família, tinha um temperamento forte e sempre foi bastante excêntrico. Era muito amigo de um cigano e dele comprava objetos que, acreditava, se tornariam grandes invenções. Deste, ganhou de presente um laboratório de alquimia que foi instalado em um quarto de sua casa. Lá, ele passava dias a fio, absorto em suas invenções. Apresentava a todos as descobertas que considerava revolucionárias. Mesmo assim era respeitado, sua bizarrice já não causava tanto estranhamento. Ao contrário, tinha o respeito de todos e podia tomar decisões importantes na comunidade. Certa vez, conseguiu sucesso em uma de suas descobertas:

Aquela descoberta o excitou muito mais do que qualquer das suas empresas descabeladas. Não voltou a comer. Não voltou a dormir. Sem a vigilância e os cuidados de Úrsula deixou-se arrastar pela sua imaginação até um estado de delírio perpétuo do qual não voltou a se recuperar. (Marquez, 2003, p. 74)

Neste estado de confusão mental eterna, é tomado por fúria, começa a destruir sua casa e a gritar em um idioma incompreensível, sendo necessários dez homens para segurá-lo e amarrá-lo ao pé do castanheiro no quintal. Mais tarde construíram uma pequena cobertura de sapé para protegê-lo do sol e da chuva. Selava, assim, seu destino, ao pé do castanheiro do quintal, onde

viveria por muitos anos. Destacamos do livro duas passagens em que a metáfora em torno desta personagem pôde nos servir.

Mesmo amarrado à árvore, a vida a sua volta segue seu rumo. Um padre que fora chamado de outra cidade para realizar um casamento na família Buendía resolve se estabelecer em Macondo, onde até então se vivia sem a submissão a tradições religiosas. Foi ele quem descobriu que a língua falada por José Arcadio, e que ninguém entendia, era na verdade latim e resolve fazer-lhe visitas com intuito de “infundir a fé em seu cérebro transtornado” (p. 80). Nas conversas em latim, o padre se espantava com a lucidez, como nunca havia visto, com que José Arcadio Buendía percebia as coisas. “(...) perguntou-lhe como é possível que o mantivessem amarrado em uma árvore — Hoc est simplicissimum, respondeu ele — porque estou louco” (p. 81). O padre decide então se afastar para proteger sua própria fé.

Úrsula, esposa e matriarca da família, é quem passa a cuidar de José Arcadio Buendía e para ele traz as novidades dos últimos acontecimentos familiares, ora despejando suas amarguras, ora poupando-o com meias-verdades de notícias que, sob seu ponto de vista, era melhor que não tomasse conhecimento. É num destes encontros, ao se dar conta da passividade que havia tomado conta de seu esposo, que resolve desamarrá-lo, mas para sua surpresa, é sentado ao pé do castanheiro que, mesmo sem cordas, José Arcadio Buendía se mantinha:

Via-o tão manso, tão indiferente a tudo que decidiu soltá-lo. Ele nem sequer se mexeu do banquinho. Continuou exposto ao sol e à chuva, como se as cordas fossem desnecessárias, porque um domínio superior a qualquer prisão visível o mantinha amarrado ao tronco do castanheiro. (p. 102)

267

Seguindo para outro quintal

Em um bairro residencial do Rio de Janeiro, numa casa de dois andares com entradas distintas, foi possível estabelecer dois Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).¹

Dentre os moradores desta RT, o histórico de tratamento e/ou internações em enfermarias era comum a todos. Muito precisou ser reestabelecido, dos pertences ao desejo de se morar em uma casa, muito trabalho foi feito.² Para este estudo serão

¹ Atualmente no apartamento térreo vivem nove moradores que antes aguardavam este serviço, há mais de um ano, nas enfermarias de acolhimento à crise Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ/IPUB.

² Os pacientes eram acompanhados por equipe do grupo de pesquisa e supervisão do IPUB/UFRJ.

utilizados os dados obtidos na participação do acompanhamento de uma das RTs do IPUB e entrevistas realizadas com duas assistentes sociais que são referências para a moradia. Cito então situações de sujeitos que perpassaram esta RT.

Marilena,³ moradora desta RT,⁴ foi casada com um americano com quem teve um filho e viveu por alguns anos nos Estados Unidos. É ela quem nos conta que, em meio a uma crise, pediu ajuda ao consulado brasileiro e voltou para o Brasil, contra a vontade da família. Família essa com quem perdeu o contato até que ele fosse reestabelecido pela equipe de serviço social do IPUB.

Marilena discursava sobre a vontade de sair da RT. Chegou a sair de casa e a passar um tempo nas ruas do centro do Rio, mas retornou para a RT após internação. Em busca de outro lugar para morar, encontrou em um recorte de jornal um destes anúncios que oferecem possibilidades de casa própria acessível a qualquer orçamento. Explicávamos para ela outros gastos que teria, caso saísse da RT, mas ela respondia enfrentando nossas ressalvas e desconfianças com contas e argumentos, mostrando-nos que seu benefício e os milhões que dizia possuir, dariam para pagar tudo que precisasse. Neste momento, não foi possível escutá-la para compreender que a casa que lhe foi dada por direito, não foi de fato construída por ela ao seu modo. A “casa” que Marilena nos dizia que queria era a que poderia pagar.

268

Acompanhada por três integrantes da equipe seguiu para a reunião com o funcionário da imobiliária. Os valores das casas e a necessidade de depósito foram apresentados. Ao fim, Marilena concluiu que não teria dinheiro para comprar o apartamento e que iria voltar para a casa da sua família.

Marilena nunca mais voltou a falar na compra do apartamento, entretanto, passou a questionar mais a respeito do uso do seu dinheiro. Fazia acusações de que seu benefício e todos os seus milhões estavam sendo roubados. Questionava a casa, os moradores e a equipe.

Sempre recusou usar seu dinheiro para qualquer finalidade destinada à casa, queria apenas comprar roupas, bijuterias e coroas carnavalescas que ostentava em qualquer saída. Com o que só se via dentro de casa, ela não parecia se importar: para a falta de lençol, dormiria sem; se não houvesse sabonete, bastaria água e para alguma compra coletiva a recusa era imediata. Mediávamos a relação de Marilena com a equipe de cuidadores e os outros moradores, apontando que o que parecia urgência para todos à sua volta, não era para Marilena. Entretanto, como não cuidar dela e como fechar os

³ Os casos clínicos serão apresentados com nomes fictícios a fim de preservar a privacidade e o anonimato dos envolvidos.

⁴ Marilena era interna da enfermaria do IPUB e a passagem para a RT foi descrita no artigo Cavalcanti & Sztajnberg. Setembro de 2010, p. 457-468.

olhos para as necessidades? Como em uma RT é possível que cada morador construa a sua própria casa? Temos uma equipe capaz de propiciar isso?

Ocorreram algumas mudanças na equipe e Marilena mudou de referência. Ela mesma escolheu uma assistente social para se tornar sua Acompanhante Terapêutica (AT). Em comum acordo passaram a controlar juntas todo o dinheiro que Marilena recebia e seus gastos, através de um caderno onde tudo era anotado e assinado. Marilena passou a receber o seu dinheiro integralmente. As duas discutiam juntas sobre como este dinheiro deveria ser usado, mas caberia à própria Marilena o seu uso. Marilena estipulou seu gasto mensal que incluía um valor, definido por ela, destinado à compra de presentes para enviar ao seu filho.

Recorremos às concepções do psicanalista Donald Winnicott para o respaldo deste estudo por considerar que sua extensa elaboração sobre *desenvolvimento emocional primitivo* (1945) poderia nos servir para pensar estes pacientes comprometidos pelo transtorno mental. É possível encontrar outros estudos sobre o complexo tema dos SRTs em bibliografias da Saúde mental, da Reforma Psiquiátrica e da psicanálise fundamentada na obra de Lacan,⁵ no entanto, a partir da experiência clínica e de estudos teóricos, elucidamos as apreciações de Donald Winnicott por considerar que a contribuição de sua teoria sobre a construção do processo criativo pode ser útil para novas elaborações sobre o dispositivo em questão.

Estamos supondo que a RT fornece uma condição de sustentação — *holding* (1960) — contínua, constante, por meio de um ego auxiliar propiciado pela AT que promoveu assim, um padrão referência, que não pôde existir antes.

269

Ser conhecido significa sentir-se integrado ao menos na pessoa do analista. É disso que é feita a vida do bebê, e o bebê que não teve uma única pessoa que lhe juntasse os pedaços começa com desvantagem a sua tarefa de autointegrar-se, e talvez nunca consiga, ou talvez não possa manter a integração de maneira confiante (...) Na situação transferencial durante a análise de um paciente psicótico, temos a mais clara prova de que o estado psicótico de não integração tinha o seu lugar natural num estágio primitivo do desenvolvimento emocional do indivíduo. (Winnicott, 1945/2000, p. 224)

Winnicott desenvolveu uma teoria do *desenvolvimento emocional primitivo* na qual a mãe do *infans* adentra um estado de *preocupação materna primária* (1956/2000) — conceituação construída por ele — que lhe permitiria uma identificação fusional com sua criança não só para poder atender suas necessidades como também para “filtrar” os excessos que o ego incipiente do bebê não teria condições de absorver e que seriam vividos como invasões traumáticas. Sua função seria, então, a de sustentar no tempo e

⁵ Alguns exemplos podem ser encontrados no *Cadernos do IPUB*, n. 22, 2006. Ou no texto de Figueiredo & Frare, março de 2008, p. 82-96.

no espaço — *holding* — essa continuidade a fim de que uma *totalização dos núcleos do eu* (1945/2000) possa se dar. Configura-se, assim, uma integração benigna. Caso o ambiente falhe nessa tarefa, surge a ameaça de *desintegração* que obriga a formação de defesas, sendo a dissociação psicótica uma delas. Para este autor, a loucura derivaria de um ambiente inconsistentemente bom e mau causando um efeito perturbador.

(...) no início, um simples *contato* com a realidade externa ou compartilhada precisa ser feito, em que o bebê alucina e o mundo se apresenta, com momentos de ilusão do bebê em que as duas coisas são vistas como idênticas, o que de fato jamais são.

Para que essa ilusão se dê na mente do bebê, um ser humano precisa dar-se ao trabalho de trazer o mundo para ele num formato compreensível e de um modo limitado, adequado às suas necessidades, por esta razão não é possível um bebê existir sozinho, física ou psicologicamente, e de fato é preciso que uma pessoa específica cuide dele no início. (Winnicott, 1945/2000, p. 229)

Essa organização do meio em que a moradora está inserida, equivaleria ao que Winnicott nomeia como *reparação do fracasso ambiental primitivo* (1962/1982). Fracasso esse que para ele pode justificar uma tentativa de reparação por meio de um *ambiente facilitador*. Estamos propondo que a Residência Terapêutica propiciaria essa nova possibilidade de inserção social.

270

À guisa do que foi nomeado acima como *Preocupação Materna Primária* (1956/2000) — mãe que funciona como um escudo protetor — o substituto materno na figura desta acompanhante protege das invasões (caos), o excesso que não pode ser absorvido pelo psiquismo imaturo. Cria-se, assim, por um manejo adequado, promovido por esta figura, uma alternativa que possibilita gerar uma nova ação psíquica permeada pelo processo de identificação via a experiência compartilhada. Descongela-se, desta maneira, o fracasso anterior criando uma nova alternativa de funcionamento para o sujeito.

A própria AT relata na entrevista o quanto foi difícil aceitar que Marilena gastasse tamanha quantia no envio de presentes para o filho, mas conseguiu entender que na caixa de correio Marilena empacotava a possibilidade de restabelecer com este filho algum vínculo. Era ela quem estipulava o valor e escolhia suas compras. Com o restante do dinheiro as duas compraram colchão, lençóis e ainda juntam dinheiro para outras necessidades. Não era preciso concordar com o uso que Marilena fazia de seu próprio dinheiro. Acolher e compreender o significado que este uso tinha para ela abriu caminho para que, estabelecida a confiança, a AT pudesse apresentar novas alternativas das quais, paradoxalmente, Marilena pôde se apropriar. Passava a haver uma sintonia entre aquilo que era apresentado pela AT como necessário para Marilena, o que ela própria desejava e o que a possibilitava estar na casa.

A AT decide protegê-la dos olhares alheios, dizendo-lhe como se vestir e se comportar em alguns lugares, mostrando-lhe como a olhavam e a tratavam quando saía para fazer compras ou ia ao banco, coberta de tantas bijuterias e coroas. Hoje,

Marilena ainda as usa, apenas para os passeios ao IPUB. Para outras saídas ela consegue vestir-se da maneira que acredita adequar-se à ocasião. As duas saem juntas para fazer as compras conforme o relato da AT:

Ela vai comprar roupa, eu sento e ela escolhe. Ela só me pergunta: ‘estou bonita, com esta quantidade de brilho?’ Eu respondo sinceramente e ela aceita (...) acho que ela queria isso, alguém que pudesse acompanhá-la e a pudesse orientar para que ela pudesse se mostrar assim como todos nós, pessoas comuns.

Observamos nesta vinheta um movimento no sentido de saída da marginalidade, da condição de exclusão habitual em que vive o paciente com transtorno mental. Marilena exercita, na construção compartilhada com a AT, uma experiência que a inicia num funcionamento mais condizente com os padrões sociais convencionais e menos bizarros do que seu padrão anterior, graças aquilo que lhe é apresentado por esse mediador com o ambiente representado pela referência institucional. Essa prática por um lado aponta um lugar idealizado que se espera destes pacientes, por outro, introduz um protótipo que pautava uma aproximação a uma possibilidade de que não se sintam tão estranhos, mas o mais próximo possível de uma “pessoa como as outras”. Se conseguirmos nos adaptar ao lugar de referência para estes sujeitos — ou adentrarmos o estado de *preocupação materna primária*, segundo Winnicott — não tomamos decisões por eles, mas servimos de “reguladores”, e emprestamos um anteparo para a realidade sem freio que não é possível absorver. Ainda segundo Winnicott:

É especialmente no início que as mães são vitalmente importantes, e de fato é tarefa da mãe proteger seu bebê de complicações que ele ainda não pode entender, dando-lhe continuamente aquele pedacinho simplificado do mundo que ele, através dela, passa a conhecer. (Winnicott, 1945/2000, p. 228)

Por conta própria Marilena decide economizar seu dinheiro. Ela deixa claro que não tem intenção de ficar na RT, mas, hoje, também faz compras de objetos de uso comum aos moradores e cuidadores. Está atenta e acusa novos gastos e investimentos necessários à manutenção, compara preços para uma maior economia, mesmo que, muitas vezes, tenha de ser lembrada de que não está sozinha e que as decisões em uma casa devem ser compartilhadas.

Ressalto ainda outra fala da entrevista com a assistente social que nos faz refletir: “a gente cuida destas pessoas e acaba virando quase da família, mas eu não quero esta relação. (...) se eu tiver esta relação eu não vou cuidar, eu vou paparicar e o que eu quero é cuidar”.

Winnicott aponta que, inicialmente, a relação de cuidado entre mãe-bebê exige da mãe um cuidado como forma de devoção em relação ao bebê. Parece que a AT reconhece esta necessidade de cuidar, que depende não só de uma identificação consciente, mas também profundamente inconsciente e intuitiva. Entretanto, a AT também reconhece

que em um segundo momento, a partir do sucesso deste cuidado, possa haver um distanciamento em que se abrem novos caminhos e um espaço para se criar. “Paparicar” talvez fosse a impossibilidade de sair deste primeiro estágio de devoção em contraponto ao “cuidado” mencionado, em que se abre espaço para a diferenciação.

Na mesma casa de Marilena morava Paulinho, porém os dois têm história e percursos bem diferentes.

Ao visitar a casa, era possível encontrar Paulinho, que se aproximava querendo conversar ou mostrar algum novo objeto que havia comprado. Paulinho tinha bastante dificuldade em lidar com o dinheiro e costumava ser acompanhado em suas compras.

Paulinho nunca passou por um período grande de internação, mas fazia tratamento e tinha o IPUB como uma forte referência. Morava com um familiar, porém sua indicação para a RT considerou os relatos de que em sua casa sofria abusos, maus-tratos e precisava de muitos cuidados. Segundo dados da entrevista, sem estes cuidados e alguém que estivesse junto dele, acabava ficando sujo e sem se alimentar, além de não conseguir se defender em situações em que não estava de acordo com o que dele e com ele era feito. Diagnosticado com retardo, frequentava a oficina do Ateliê da vida no IPUB onde também lhe providenciavam banho, roupas e comida.

272

Paulinho tem uma irmã que é sua curadora e recebe por ele a pensão deixada pelo pai. Em acordo possível, esta irmã passou a se responsabilizar por alguns dos gastos necessários e a entregar-lhe uma quantia combinada com a equipe. Este acordo financeiro retornava para a equipe em vários dos nossos encontros e discussões.

O dinheiro que Paulinho passou a receber deu início a uma infundável lista para as suas necessidades. O que — para os cuidadores — nem sempre era fácil de ser compreendido, já que na maior parte do tempo não era na obtenção dos objetos da lista que encontrava o fim de suas buscas. Na verdade, parecia se interessar pelo movimento que estas buscas lhe causavam. Para cada objeto havia uma conversa, pesquisa de opinião, saída para compra. Mostrava a nova aquisição para todos que encontrasse e, assim, conferia se, ao olhar externo, o valor dado à sua compra se confirmava, até que após todo o processo, podia se beneficiar do prazer de presentear, o que o permitiria reiniciar todo o percurso.

A quantia recebida possibilitava que Paulinho morasse em uma RT, mas tornava-se cada vez mais insuficiente tanto para as necessidades concretas da vida cotidiana quanto para abrir caminho para o movimento de compras e trocas que lhe permitia morar da maneira que inventara. Por outro lado, havia dificuldade em intervir nesta quantia, por compreender que este dinheiro permeava a relação entre Paulinho e a irmã, promovendo um elo concreto de um vínculo que era frágil, fragilidade esta com a qual Paulinho dificilmente poderia lidar.

Paulinho sempre desejou a proximidade com sua família e a possibilidade de sair da RT. Começou a passar os finais de semana com o irmão, mas voltava muito mal

e bastante nervoso. Houve suspeita de que estaria sofrendo abuso de algum vizinho. Protegido pela equipe, suas visitas foram suspensas e ele mesmo procurou uma tia que passou a frequentar.

Temos a oportunidade de acompanhar nessas experiências vividas por Paulinho o quanto um *ambiente pouco facilitador* (1963/1982), expressão de Winnicott, produz efeitos devastadores na constituição subjetiva. A mediação promovida pela equipe da RT e o continente oferecido pela casa foram fundamentais para fazê-lo deslizar dessa posição idealizada que o fazia buscar contato com a família, mas que o expunha a uma violência repetida. Como uma estratégia para dar conta das experiências traumáticas, refugiava-se no isolamento narcísico e construía um imaginário dissociado da realidade. Precisava habitar esse “outro” mundo fantasioso em que sua família o acolheria com afeto.

A vida de um novo morador em uma RT requer da equipe disponibilidade e tempo para muitos cuidados, tanto com relação ao paciente quanto na articulação de toda a rede de apoio da casa e dos outros dispositivos de saúde que deverão auxiliá-lo nesta nova jornada. O uso que cada morador fará deste novo espaço é particular e isto demanda que alguém lhe ofereça a possibilidade de estar acompanhado. Alguém que inicialmente possa servir como modelo, um elo estável que dará continuidade ao cuidado, mas que em um segundo momento tenha a possibilidade de se distanciar. A RT funcionaria nesse padrão; então, para o sujeito, como uma transição de um cuidado inicialmente absoluto para seguir na direção de um estado em que a vivência como um objeto provedor, mas limitado.

Neste ponto cabe a indagação: será que temos quem possa se responsabilizar por todos estes cuidados? Quem esteja disponível a este primeiro momento de relação fusional que Winnicott nos apontou como sendo um período necessário à constituição do sujeito para a entrada nas relações sociais e, assim, poder se afastar deste lugar de ligação absoluta?

Para Paulinho, foi decidido em equipe — mas não por unanimidade — que se tentaria sua mudança para a casa da sua tia em outro bairro do Rio de Janeiro. Segundo relatos da assistente social que efetivou a mudança, foram feitas visitas em que esta tia o recebeu junto com a equipe de forma bastante acolhedora. Paulinho, muito animado, em pouco tempo já estava em sua companhia.

Mesmo deixando a RT, Paulinho continuou presente em nossas reuniões. Ele frequenta o hospital-dia do IPUB, onde faz tratamento quase que diariamente e busca com bastante frequência alguns membros da equipe da RT, pedindo para voltar. Sua irmã também busca a equipe dizendo que seu irmão não está sendo bem cuidado, que não tem onde deixá-lo e que ele deveria voltar para a RT.

Em reunião, uma outra assistente social da equipe aponta que os próprios pacientes do IPUB lhe indagam, de maneira jocosa, do porquê ele ter deixado a RT para morar em um bairro que consideravam de classe mais baixa. A mesma assistente social marca as dificuldades em efetivar esta passagem, se a instituição com a qual ele

tem referência o recebe acreditando que a mudança teria sido pior para ele. Winnicott (1963) nos aponta então no texto “Os doentes mentais na prática clínica”, qual deveria ser a função do tratamento para pacientes psicóticos e qual o lugar do terapeuta que ele indica que deveria, mesmo que assumido por outro profissional, ter a função de assistente social:

Eu penso em cada assistente social como sendo terapeuta, (...) sua função mais importante é a terapia do tipo que é sempre conduzida pelos pais na correção de falhas relativas à provisão ambiental. O que fazem esses pais? Eles exageram algumas funções paternas e as mantêm por um período de tempo, de fato, até que a criança tenha utilizado e esteja pronta para ser dispensada deste cuidado especial. O cuidado especial se torna entediante, uma vez que sua necessidade tenha passado. (p. 204)

Mas por que Marilena, Paulinho e tantos outros estão em um Serviço Residencial Terapêutico e precisam dele? *Hoc est simplicissimum — poderíamos responder — porque estão loucos!*

Muitos dos nossos moradores da RT passaram a vida sem se deparar com um lugar no qual pudessem existir à sua maneira. Ao transformar as RTs efetivamente em lugar de passagem, ou seja, ao construir a sua clínica apontando sempre para outras possibilidades que não apenas a própria RT, isso não caracteriza um abandono, é uma direção. Oferece-se, desse modo, um *ambiente facilitador* para que o morador possa criar seu próprio jeito de estar em algum lugar, seja ele a RT ou outro.

Na verdade, o que a RT propicia é uma *transicionalidade, um espaço potencial* (no dizer de Winnicott (1951/2000)), sob a forma desse trabalho terapêutico que visa criar maiores relações com a realidade externa, ampliando as trocas, bem como estruturando e consolidando os laços sociais. Por *transicionalidade* entende-se a conquista da circulação entre o dentro e o fora, um terceiro “lugar”, uma área intermediária onde, pela via da fantasia, se “fabrica” a realidade — mais um paradoxo das concepções winnicottianas — através de uma mobilidade criativa que desdobra a plasticidade do funcionamento subjetivo e facilita a percepção da realidade objetivamente percebida. Justo o oposto à fixidez em que o asilamento originariamente imobiliza o sujeito, uma defesa da qual o sujeito lança mão que o faz reagir repetitivamente quando não pode, por falta de espaço e de oportunidade na relação mãe-bebê, se dar ao luxo de criar nada.

Paulinho encontrou quem apostasse que ele poderia sair da RT, mas talvez não tenha encontrado um olhar que constituísse um chão para que pudesse erguer sua própria morada. Em sua saída para uma casa, continuou errante à procura de um lugar. Parece continuar em sua busca e pode ser que esta seja a sua forma de morar. Marilena pode ter encontrado um olhar de quem acreditava que ela tinha outras escolhas, e mesmo continuando na RT, encontrou paredes não mais tão destrutivas e onde pôde morar. A AT proporcionou um *espaço potencial* e Marilena conseguiu se transpor do lugar de dependência para construir e criar um lugar possível para viver.

José Arcadio Buendía no romance épico de Garcia Marquez havia perdido a oportunidade de criar, soltou-se das amarras do lado de fora, mas ficou refém dentro. Perdeu seu laboratório de alquimia, onde fabricava sua própria existência, e recebeu em troca tudo que passou a acreditar que era preciso: telhado para chuva e cuidados.

Até então, sabemos onde estão nossos moradores, e não sabemos que caminhos irão tomar, de maneira que só tenho como terminar este texto remetendo-me ao destino de José Arcadio Buendía: dada a premonição de um de seus filhos de que seu pai estaria morto em pouco tempo, resolveram tirá-lo do pé do castanheiro. Fora arrastado, pois sete homens não deram conta de lhe carregar. Não por oferecer alguma resistência, mas por todo peso que havia adquirido ao longo dos anos. Para que se mantivesse em casa e não retornasse ao castanheiro, precisou ser amarrado à cama, de onde não mais saiu, até que em pouco tempo acabou falecendo. A inércia aniquila o potencial criativo presente em todo sujeito, condenando-o a uma alienação mortífera.

Agradecimentos

Aos que abriram as portas da casa: ao grupo de pesquisa do IPUB, pelas reflexões e por não desistir de dar continuidade e possibilitar o trabalho. A todos os moradores, principalmente os que demos lugar neste estudo e os que ganharam lugar com ele.

Referências

- Cadernos do IPUB, Editora Contra Capa/UFRJ/IPUB, 22, 2006.
- Cavalcanti, M. T., & Sztajnberg, T. K. (2010, setembro). A arte de morar... na Lua: a construção de um novo espaço de morar frente à mudança do dispositivo asilar para o Serviço Residencial Terapêutico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 13(3), 457-468.
- Figueiredo, A. C., & Frare, A. P. (2008, março). A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 11(1), 82-96.
- Marquez, G. G. (2003). *Cem anos de solidão*. Rio de Janeiro: O Globo.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1982a). A capacidade de estar só. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 31-37). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1958)
- Winnicott, D. W. (1982b). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 3-54). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960).
- Winnicott, D. W. (1982c). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In *O ambiente e os processos de maturação* (p. 55-61). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1962).

- Winnicott, D. W. (1982d). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 207-217). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (1982e). Os doentes mentais na prática clínica. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 196-206). Porto Alegre: Artes médicas. (Trabalho original publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (2000a). Desenvolvimento emocional primitivo. In *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas* (pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1945).
- Winnicott, D. W. (2000b). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In *Da pediatria à psicanálise* (pp. 316-331). *Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1951).
- Winnicott, D. W. (2000c). A preocupação materna primária. In *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1956).

Resumos

276

(Under the Chestnut Tree: life at a therapeutic residence)

The mad man tied to the chestnut tree in One Hundred Years of Solitude can be seen as a metaphor of the ties that institutionalization can engender. What can be done to make a therapeutic residence perform the role of a transitory space for patients, since there they are not tied down as they would be in a psychiatric institution? Based on Winnicott's concepts we tried to answer this question by making a connection between the facilitating environment and the therapeutic residence environment.

Key words: Therapeutic residence, deinstitutionalization, psychoanalysis, Winnicott

(Sous le pied de la châtaignier: histoires vécues dans un Service Résidentiel Thérapeutique)

Le personnage fou attaché au pied d'un châtaignier dans Cent ans de solitude nous sert de métaphore pour les chaînes invisibles que l'institutionnalisation peut représenter. Étant donné que la résidence thérapeutique (RT) ne produit pas les mêmes rapports de dépendance que les institutions psychiatriques, comment la configurer pour qu'elle puisse jouer un rôle d'espace transitionnel? Pour essayer de répondre à cette question, nous avons construit une approximation entre l'environnement facilitateur et celui de la RT à partir des concepts de Winnicott.

Mots clés: Service Résidentiel Thérapeutiques, désinstitutionalisation, psychanalyse, Winnicott

(Bajo el castaño: historias que atraviesan un Servicio Residencial Terapéutico)

El personaje loco atado al castaño del libro Cien años de soledad nos sirve como una metáfora de las amarras que la institucionalización puede propiciar. ¿Como hacer para que una Residencia Terapéutica (RT), por no ofrecer las mismas amarras de las instituciones psiquiátricas, tenga la función de un espacio de transición para otro lugar? Para intentar responder a esta pregunta hemos construido una aproximación entre el ambiente facilitador y el ambiente que la RT representa basado en los conceptos de Winnicott.

Palabras claves: Servicio Residencial Terapéutico, desinstitucionalización, psicoanálisis, Winnicott

(Unter dem Kastanienbaum: Geschichten eines therapeutischen Dienstes für betreutes Wohnen)

Die verrückt gewordene Person, an einen Kastanienbaum gebunden, in "Hundert Jahre Einsamkeit", dient uns als Metapher für die Fesseln, welche die Institutionalisierung den Menschen anlegen kann. Wie erreicht man es, dass ein therapeutisch betreutes Wohnen die Funktion einer Übergangslösung zu einem anderen Ort ausübt - zumal es nicht die selben Fesseln wie psychiatrische Einrichtungen anlegt? Um auf diese Frage zu antworten, haben wir eine Annäherung zwischen einem unterstützenden Milieu und dem, des therapeutisch betreuten Wohnens, entsprechen Winnicotts Konzept, ausgearbeitet.

Schlüsselwörter: Therapeutischer Dienst für betreutes Wohnen, Befreiung aus der Institutionalisierung, Psychoanalyse, Winnicott

Citação/Citation: Sztajnberg, T. K., & Cavalcanti, M. T. (2014, junho). Sob o pé do castanheiro: histórias que perpassam um Serviço Residencial Terapêutico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(2), 265-278.

Editor do artigo/Editor: Profa. Dra. Ana Cristina Costa de Figueiredo e Profa. Dra. Andréa Máris Campos Guerra

Recebido/Received: 28.4.2013/ 4.28.2013 **Aceito/Accepted:** 20.7.2013 / 7.20.2013

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Financiamento/Funding: As autoras declaram não ter sido financiadas ou apoiadas / The authors have no support or funding to report.

Conflito de interesses/Conflict of interest: As autoras declaram que não há conflito de interesses / The authors declare that has no conflict of interest.

TANIA KUPERMAN SZTAJNBERG

Psicóloga; Especialista em Saúde Mental em nível de Residência no IPUB da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Br) em parceria com a SMS – Rio; Mestre em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ/IPUB.

Rua Maria Angélica, 270/306 – Jardim Botânico

22461-152 Rio de Janeiro, RJ, Br

e-mail: tania.kuperman@gmail.com

MARIA TAVARES CAVALCANTI

Professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Br); Diretora do Instituto de Psiquiatria IPUB/ UFRJ; Coordenadora e supervisora do grupo de pesquisa sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos do IPUB/UFRJ

Av. Portugal, 884/101 – Urca

22291-050 Rio de Janeiro, RJ, Br

e-mail: mariatavarescavalcanti@gmail.com

Uma discussão sobre o artigo "Ideias imperativas"¹, do Dr. Hack Tuke^{2*}

Dr. Hughlings-Jackson
Dr. G. H. Savage
Dr. C. Mercier
Dr. J. Milne Bramwell

Nota do Editor Responsável

Esta é a segunda parte do artigo de Hack Tuke sobre “Ideias imperativas”, publicado, originalmente, na revista *Brain*, em 1894.

Este tipo de “discussão” ocorria quase exclusivamente na Inglaterra, onde as sociedades científicas tinham grande importância, talvez tão grande quanto as universidades, para o avanço do conhecimento científico.

Agradeço especialmente ao Prof. Dr. German E. Berrios por ter selecionado este longo e importante artigo para ser publicado na seção “Clássicos da Psicopatologia” da *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. A generosa colaboração do Prof. Berrios e do grupo de Cambridge engrandece nossa revista.

¹ O artigo “Ideias imperativas” foi publicado Na *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(4), 615-629, dez.2013.

² Desde o recebimento dos presentes artigos pelo editor, lamentamos com pesar o recente falecimento do Dr. Hack Tuke, o qual tinha a intenção de sintetizar a discussão respondendo a algumas das críticas a ele endereçadas.

* Tradução de Luana Villac.

Dr. Hughlings-Jackson

Embora não tenha tido o prazer de estar presente à apresentação do importante artigo do Dr. Hack Tuke, eu o li e gostaria de tecer alguns comentários sobre o mesmo. Após atenta leitura, posso afirmar que já me deparei, em diversas ocasiões, com o que o Dr. Tuke denomina “ideias imperativas”. Infelizmente, dei pouca atenção a esses casos do ponto de vista científico e certamente não os considereei a partir de uma perspectiva ampla, tal qual a apresentada pelo Dr. Tuke com tanta habilidade. Estou seguro de que os neurologistas tirarão grande proveito de suas pesquisas sobre esse curioso e importante tema. Algo que me causa viva impressão é o fato de o Dr. Tuke lidar com os casos de ideação mórbida enquanto fugas de estados mentais normais, ou, pelo menos, enquanto exageros e persistências de estados mentais os quais, em sua origem, seria pedante classificar como anormais.

Na apresentação de Leeds (*British Medical Journal*, vol. I, 1889) à qual o Dr. Tuke faz referência, sugeri que certos delírios persistentes e deveras absurdos devem-se à fixação de fantasias oníricas grotescas em casos nos quais uma alteração mórbida no cérebro ocorre repentinamente, ou aumenta de súbito durante o sono. Não aplicarei esta hipótese a todos os casos relatados pelo Dr. Tuke. É possível, porém, que determinados pensamentos intrusivos que a princípio seriam transitórios tornem-se fixados, tornem-se “ideias imperativas”, como consequência de alguma ligeira alteração mórbida ocorrida no cérebro durante o sono. Com efeito, suponho que, para o Dr. Tuke, um estado normal, ou pelo menos um estado ordinário em pessoas consideradas saudáveis, torna-se mais ou menos fixo quando a saúde geral é reduzida ou quando uma alteração mórbida praticamente insignificante ocorre no próprio cérebro. Sobre o que denomina “Pavor de Sujeira”, o Dr. Tuke escreve: “Em caso de redução do poder mental geral ou da existência de uma predisposição hereditária, esta tendência a se ocupar do estado da pele torna-se uma paixão, resultando nas desnecessárias e cansativas lavagens do corpo ou das vestimentas.

De fato, muitas vezes o paciente acaba por não mais perceber a insensatez dessas abluções e enfrenta um delírio real.” Certamente temos que levar em consideração a existência destes estados quase parasitários nos casos em que o poder mental geral é apenas ligeiramente reduzido. As seguintes observações feitas pelo Dr. Tuke vão ao encontro dessa colocação e ilustram minha afirmação sobre sua concepção das “ideias imperativas” enquanto fugas de estados mentais normais ou quase normais (grifo meu): “O que inevitavelmente impressiona sobre a maior parte, senão sobre todas as ideias imperativas, é que entre estas e as ideias ordinárias, *a diferença é de grau*, e é muito difícil determinar quando a fronteira é ultrapassada. Isso no que diz respeito ao aspecto psicológico. Quanto ao aspecto físico, o que queremos saber acima de tudo é qual mudança cerebral, degeneração ou dissolução ocorre para que *um homem que hoje está consciente e sorri perante uma ideia imperativa, amanhã acredite nela gravemente, e fique subjugado a um delírio sistematizado*”. Mais à frente, o Dr. Tuke afirma: “A ideia predominante tornou-se, de fato, parte de seu (do paciente) próprio ser”. Trata-se, assim, de um estado mental quase parasitário do paciente, conforme evidenciado pela expressão “ideia predominante” usada pelo Dr. Tuke.

Na já citada apresentação de Leeds, falei sobre “fixação de estados” em lesões ocorridas subitamente em casos onde não há alienação; na afasia, por exemplo.

Penso que o Dr. Tuke acertou ao focar sua atenção não apenas nas extensas pesquisas anteriores realizadas por Laycock, mas também nos importantes princípios mais recentemente estabelecidos por Anstie e Thompson Dickson e por Monro. Monro, até onde sei, foi o primeiro a enunciar que nos casos de alienação a condição mental anormal é dupla, sendo formada por dois elementos opostos, um negativo e um positivo (Há, evidentemente, a óbvia exceção da demência completa — demência profunda —, na qual a condição mental é inteiramente negativa). De minha parte, considero que ilusões, delírios e todos os outros sintomas mentais positivos na alienação denotam atividades de arranjos nervosos saudáveis dos mais elevados centros cerebrais (o assim chamado “*órgão da mente*”). O que chamamos de ilusões de um homem alienado são suas percepções; o que chamamos de delírios são suas crenças e, de modo mais abrangente, seus sintomas mentais positivos fazem uso da atividade mental restante que lhe é possível e que ocorre durante as atividades do que foi deixado intacto em seus centros superiores, isto é, daquilo que a doença poupou. A condição física para esses sintomas mentais positivos não é causada, tomando a palavra “causa” em seu sentido estritamente científico, pela doença, ou seja, não é causada por um *processo patológico*. A doença responde apenas, no meu entender, pelo elemento mental negativo coexistente na alienação. Devo acrescentar que um estado mental positivo implica um coexistente estado mental negativo; se um homem vê um gato preto onde há apenas um chapéu de feltro preto — para tomarmos um tipo de sintoma mental, a ilusão — não apenas há para ele ali um gato preto, mas também não há chapéu de feltro algum. O mesmo se dá, *mutatis mutandis*, com outros sintomas mentais positivos fazendo uso

do elemento positivo da alienação de um paciente. Quanto ao aspecto físico, distúrbios na camada mais elevada dos centros mais elevados produzindo perda de função ou destruindo-a respondem pelo elemento mental negativo em caso de alienação, enquanto a atividade das camadas inferiores intactas responde pelo elemento mental positivo. Às vezes, porém, os sintomas positivos são superpositivos, como na inconsciência pós-epilética (elemento negativo) com mania (elemento positivo). Nestes casos, as áreas inferiores estão excessivamente ativas, mas ainda assim acredito que estão saudáveis, que permanecem intocadas pelo processo patológico que produziu a perda da função ou destruiu a camada superior. Sua atividade em excesso é um estado hiperfisiológico análogo ao aumento da frequência das batidas do coração após secção do nervo vago. Aplica-se aqui o princípio de Anstie. A perda de função ou destruição da camada mais elevada dos centros mais elevados é *não apenas uma perda* (respondendo ao elemento mental negativo de uma alienação), mas é também uma retirada de controle das cadeias inferiores; enquanto a superior “retira”, a inferior “solta”. Pode-se dizer que o distúrbio é “construtivamente responsável” pela superatividade das camadas inferiores, uma vez que se a doença não houvesse destruído a camada superior, esta teria permanecido no controle das camadas inferiores.

Já sugeri em outras ocasiões que a *velocidade* com que este controle é removido é um fator importante na alienação — as camadas inferiores apresentam, ao menos temporariamente, maior atividade quanto mais rapidamente as camadas superiores perdem sua função ou são destruídas. Quando a doença da camada superior progride muito lentamente pode não haver nenhum sintoma mental positivo intrusivo (o controle é removido lentamente); quanto ela progride muito rapidamente a atividade mental do paciente (atividade mental restante que lhe é possível) ocorre em grande velocidade (o controle é removido rapidamente).³

Em relação ao que o Dr. Tuke afirma em seu primeiro parágrafo, sou da opinião de que o estudo científico das alienações pode ser melhor conduzido inicialmente em hospitais gerais, já que nestes encontramos casos em que há desvios leves do estado mental normal do paciente e quanto mais ligeiro o desvio, mais facilmente pode ser analisado. Tentei ilustrar essa questão (“Neurological Fragments,” *British Medical Journal*, 5 de março de 1892). Vemos, todavia, nesses hospitais, todos os graus de desvios de estados normais, desde leves confusões de pensamento temporárias até o coma profundo. Devemos estudar casos de desvios de estados normais independentemente de constituírem ou não casos de insanidade, conforme são chamados em linguagem corrente, delírios em doenças agudas não cerebrais, a pneumonia, por

³ Não entrarei em detalhes aqui, já que recentemente (junho de 1894) publiquei um artigo no *Medical Press and Circular* sobre “Os fatores nas alienações”.

exemplo. Devemos, acredito, encontrar nos graus de alienação que se apresentam algum índice da condição geral dos pacientes e, assim, alguma orientação para o tratamento destes casos. Penso que podemos aprender algo de grande valor com a investigação analítica da condição mental anormal em certos casos de intoxicação por *cannabis indica* e por belladonna. O Dr. H. C. Wood, em seu trabalho “Sobre terapêuticas” registra suas experiências após ingerir uma dose grande de *cannabis* americana. Um estudo cuidadoso da condição mental anormal registrada por esse distinto médico será, na minha opinião, mais proveitoso do ponto de vista científico do que a maior parte dos casos ordinariamente chamados de alienação. Ele descreve, entre outras coisas, a “sensação de prolongamento do tempo”, um tema de grande interesse psicológico; este prolongamento do tempo ocorre nos sonhos e, em alguns casos, no delírio comum.

Em alguns casos de tumor intracraniano, há uma redução geral da mente, ou, em sinónímia, da consciência, em direção à completa demência, e por vezes bastante próxima dela. Temo, entretanto, que não estejamos dando suficiente atenção à falência mental leve. Acredito que o grau de degradação mental será útil na avaliação da condição do paciente, especialmente no que diz respeito ao grau do aumento da pressão intracraniana provocado pelo tumor. Eis aqui uma questão prática extremamente importante e de urgente interesse, agora que Victor Horsley colocou a questão da pressão intracraniana em uma, digamos, nova e definitiva base em relação a vários sintomas importantes da doença cerebral. Arrisco-me a afirmar que pode vir a ser dito sobre os casos em que houve apenas pronunciado torpor ou grande obtusidade que não havia sintomas mentais. Isso seria bastante descuidado, já que torpor e obtusidade são aqui sinônimos de defeito de consciência. Nestes casos, a condição mental negativa é mais ou unicamente pronunciada; sintomas mentais positivos são raros e eu suponho que isso aconteça porque a pressão intracraniana é lentamente aumentada, enquanto o cérebro é lentamente comprimido. Assim, o restante funcional do cérebro apresentará pouco ou nenhum excesso de atividade, sendo o controle lentamente removido.

283

2. Dr. G. H. Savage

Após ter escutado a leitura completa do artigo deveras sugestivo do Dr. Hack Tuke, sinto que o que tenho a dizer é, acima de tudo, um complemento ao que foi tão bem colocado, ao mesmo tempo em que ofereço também minha experiência particular dos últimos vinte anos. Em primeiro lugar, o termo ideias “imperativas” é, sob um aspecto, enganoso, pois, embora essas ideias sejam amiúde impositivas, nem sempre são elas a fonte da ação; de certa forma elas comandam, mas comandar implica esperar algum resultado deste comando, e há pacientes que possuem ideias dominantes há anos

sem nunca ter sentido que estas possuam qualquer relação com suas ações ou conduta. Algumas ideias imperativas são sugestivas e outras são impositivas.

Quanto à sua causa, na minha experiência, a causa predisponente mais comum é a predisposição hereditária, certas neuroses ou a tendência à degeneração nervosa presente nos parentes dos pacientes, ou alguma outra evidência marcante de instabilidade nervosa em irmãos, irmãs ou primos.

Quanto às causas excitantes, ou, se posso usar esta terminologia, o determinante da forma da ideia imperativa, já me deparei com diversos casos que pareciam corresponder a um crescimento mórbido estável que durante muito tempo permanecera sob a superfície, mas, por algum motivo acidental, foi trazido à luz do dia. O choque pode produzir esse efeito. Pode ser um choque repentino, uma repetição de choques ou o resultado de um estado prolongado de expectativa e apreensão. Dessa forma, uma pessoa que esteve sob perigo iminente durante algum tempo pode ficar tão afetada que seu medo nunca é superado; aliado a isso, já encontrei casos nos quais um sonho extraordinariamente vívido foi suficiente para dar início a toda a corrente de ideias mórbidas, fixando-as para sempre. Não resta dúvida de que o sistema nervoso, submetido a certas condições, fica mais propenso a tomar certas impressões e retê-las. É como se através de certas condições circundantes fosse criada uma impressão que alcançasse as partes mais automáticas e mais fixas do sistema nervoso, de modo que ela não é mais meramente armazenada para uso quando chamada pela consciência, mas surge como um ato reflexo, aparecendo sem nenhum exercício da vontade. Acredito que essas ideias imperativas sejam muito comuns, e que quase todo mundo possua algumas. Um homem não pode dissociar de sua mente noções que não possuem nenhuma relação aparente; provavelmente, elas surgiram no estágio pré-consciente, ou no estágio de desenvolvimento anterior ao estabelecimento da memória. Tenho uma sensação, comum, acredito, ao caminhar pela calçada. Fico inclinado a evitar as fissuras e ao mesmo tempo possuo uma tendência — não irresistível, admito —, a tocar as grades de ferro com minha bengala; e mais: quase nunca adormeço sem que, pouco antes de ficar inconsciente, uma frase que não possui relação com nada em meu passado ou presente imponha-se à minha mente; então sei que estou prestes a dormir e se fiquei insone por algum tempo e esta frase veio a mim, sei que não estou longe de adormecer.

Na comparação entre mente e corpo, sabemos que o que é alimento para um homem é veneno para o outro, que uma coisa muito trivial aparentemente fará toda a diferença: enquanto o conforto de um depende de que não tome chá, o outro não suporta morangos. O corpo possui suas ideias imperativas e terei que me referir a ideias imperativas dos sentidos ou, antes, a sensações imperativas — uma pessoa é incapaz de suportar a presença de um gato enquanto outra é afetada por uma rosa. De fato, os sentidos oferecem valiosa ajuda na consideração desta questão, pois não apenas podemos ver que essas influências imperativas nervosas podem ser primárias, como o cheiro do gato, mas que podem ser secundárias ou associadas. Nesse sentido, no assim

chamado fotismo, determinadas pessoas possuem associações com uma sensação que não possui nenhuma relação real com ela. Por exemplo, um homem ouve um som de vogal e vê uma determinada cor ao mesmo tempo, enquanto outro sentindo certo cheiro também vê uma cor surgir com a sensação olfatória. Essas relações de sentidos são bastante imperativas e se estabelecem tão cedo que a maioria daqueles que as têm não conseguem retornar a nenhum momento em que estavam livres delas.

A maior parte dos livros recentes sobre este tema demonstra uma relação bastante próxima entre essas ideias imperativas e a condição neurastênica, e que a neurastenia depende em grande parte, se não completamente, de uma falha na associação de ideias. Este processo foi assim descrito: “No curso ordinário de ideação agindo ao longo de linhas comuns de associação, uma ou mais ideias inserem a si próprias e permanecem na consciência com mórbida intensidade e persistência”. Tais ideias diferem de delírios, alucinações ou ilusões pelo fato de o paciente reconhecê-las como falsas. Pacientes podem ter alucinações e ilusões e não acreditar nelas, mas estas possuem uma relação com a mente diferente das sensações persistentes do paciente acometido pela desordem imperativa; as alucinações são menos regulares em sua reincidência e não são necessariamente iniciadas a partir de uma impressão sensorial externa. As ideias imperativas variam em grau. Sob determinadas condições uma palavra pode inserir a si mesma sempre, ou pode parecer escapar sempre que buscada, deixando um deplorável sentimento de vazio que impede qualquer descanso. Isso é, por um lado, como a doença da dúvida, à qual nos referiremos mais adiante. Além da simples inserção ou fuga de palavras, a palavra pode trazer sempre uma associação desagradável; assim, a ideia de sujeira, sangue, impureza, moral ou religiosa, pode surgir, ou algumas melodias podem brotar sem nenhum excitante reconhecido. Há outras formas associadas de desordem, nas quais não apenas está presente a associação mórbida, mas também uma tendência a agir sobre a ideia. Elas são o que um paciente em Bethlem, que era muito impulsivo e perigoso, chamou de “consciência sugestiva”. Uma ideia lhe vinha à mente e ele precisava passar à ação imediatamente. No seu caso havia um reflexo mental incontrolado, a ideia sugeria a ação sem nenhuma consideração com as consequências. Outros exemplos são pessoas afetadas por alturas, trens passando rapidamente e afins. Acredito que quase todos os casos deste tipo pertencem a famílias extremamente neuróticas. Eu me surpreendi com o pavor extremo de altura e movimento presente em pessoas que eu sabia serem neuróticas. Algumas destas pessoas sofrem do medo de que vão passar das ideias para a ação — enquanto uma teme uma lâmina ou uma corda, outra evitará crianças para não empurrá-las para o penhasco. Em outros casos temos noções mais organizadas e termos já cunhados para expressá-las. Pessoas que têm medo da solidão e aquelas que evitam as multidões são descritas como claustrofóbicas e agorafóbicas, respectivamente. Recentemente atendi um clérigo que há anos é obrigado a ter sua esposa andando um metro atrás dele devido a uma sensação insuperável de que alguém vai lhe pular às costas. Sem dúvidas há diversas

outras formas especiais que não parecem merecer nomes, contanto que sua origem seja reconhecida. O mais definitivo e elaboradamente organizado estado deste tipo é visto em muitos casos da assim chamada paranoia.

As ideias imperativas podem surgir principalmente com os sentidos. Já observei diversos casos nos quais a ideia de que havia agulhas e alfinetes em suas roupas tornou penosa a vida do paciente. Em um caso, uma jovem com neurose hereditária perguntava sem cessar se seria melhor vestir suas roupas sem examiná-las, permanecendo em dúvida sobre a presença dos alfinetes, ou se deveria passar meia hora procurando em vão pelos alfinetes e, ainda insatisfeita, vestir-se. Aconselhei-a a vestir-se sem maiores considerações e não posso dizer se este ou outro tratamento fez efeito, mas, de qualquer forma, ela se recuperou completamente. A sensação persistente de sujeira ou do contato contagioso são estados associados àqueles que mencionamos, diferindo apenas na explicação. Em um caso, uma senhora solteira de meia-idade passava todo seu tempo limpando os tesouros de sua casa, permanecendo ainda assim devastada por seu suposto estado de sujeira. Em outros casos, a sensação de que o contato com a maçaneta da porta pode transmitir veneno não é muito incomum; em muitos destes casos há algum vício sexual, ou pelo menos uma anormalidade sexual. Uma senhora solteira sentia-se infeliz horas após ter urinado ou tocado no vaso; ela tinha o hábito de usar luvas para evitar danos. Em outro caso, uma paciente usava luvas para impedir que suas mãos tocassem a genitália. Há diversas outras noções igualmente imperativas e igualmente desarrazoadas. Em outro caso um jovem saudável, a não ser por sua neurose hereditária, era assombrado pela ideia de que havia fogo à sua espreita em todos os lugares; quando em meu consultório, ele pensou que poderia haver fogo entre os livros sobre a mesa e pediu permissão para vê-los. Abriu as páginas de vários livros e acalmou-se por certo tempo, pedindo apenas uma vez mais para verificar se não havia ateado fogo por fricção nos livros que tocara.

Já afirmei antes que algumas ideias dominantes surgem do hábito, e suponho que todos nós já experimentamos a incerteza quanto à porta da frente estar trancada ou o gás desligado. Em alguns casos a alucinação pode tornar-se uma ideia imperativa e em um caso muito interessante a alucinação formou o que se pode chamar de cicatriz mental. Em um ataque de melancolia durante o puerpério, uma mulher viu a garganta de seu irmão cortada e sangrando, e ficou convencida de que ele havia cortado sua garganta devido à tristeza pela loucura da irmã. Nenhuma evidência de que seu irmão estava bem a satisfazia. Depois de meses de doença ela melhorou, mas a alucinação retornou como uma espécie de aviso quando, ao amamentar ou realizar atos similares, ela extenuava-se. Parecia haver um desnudamento expondo a cicatriz estabelecida. Semelhantes a essas ideias imperativas ligadas às sensações, não se deve esquecer certos casos hipocondríacos nos quais há apenas um conjunto de ideias mórbidas o qual, no entanto, domina e destrói a utilidade da vida. Há diversos médicos em Londres que possuem tais ideias imperativas: eles acreditam que estão morrendo, que seus

cérebros não são iguais aos dos outros seres humanos, ou que seu sistema nervoso geral é único. Argumento nenhum os satisfaz. Em um aspecto, portanto, eles diferem de muitas pessoas que admitem que suas ideias sejam desatinadas, embora incontroláveis. Como regra geral, é mais comum se deparar com associações imperativas de ideias; estas podem estar ligadas de muitas maneiras, mas uma ideia traz à tona como uma certeza a que lhe corresponde.

Anos atrás tive sob meus cuidados um homem que, tendo vivido na Índia por alguns anos, esteve certa vez em grande perigo com outras pessoas, devido a um levante dos nativos. Era esperado que seu forte fosse invadido a qualquer momento, os homens mortos e as mulheres ultrajadas. Assim, foi acordado que os homens, caso se fizesse necessário, matariam suas mulheres e lutariam até a morte. Eles foram libertados, mas a associação entre esposa e matar ficou tão fortemente estabelecida que o paciente sentia que sua única segurança seria morar em um sanatório. Ele o fez até a morte de sua mulher; depois disso saiu de lá e viveu em liberdade.

A volição é afetada de diversas formas, mas a principal desordem aparece em alguns casos de *dúvida*, nos quais o paciente nunca consegue decidir-se sobre o que fazer. Em alguns casos as dúvidas relacionam-se a movimento. Tenho cartas nas quais os pacientes perguntam ininterruptamente se há algum dano em se locomover cada vez mais devagar, se com isso eles conseguem satisfazer-se.

Conheci um jovem deste tipo que quase perdeu a vida por não ter sido capaz de tomar uma decisão; no exemplo em questão, tratava-se de saber se deveria atirar em um urso, e se um companheiro seu não o tivesse feito, não lhe teria restado nenhuma chance.

Entre as ideias associadas que são imperativas algumas são fortemente ligadas à questão emocional. Já se tomou conhecimento de pacientes cujas emoções estavam de tal forma pervertidas, que invariavelmente riam quando deveriam demonstrar compaixão. Em alguns casos a atração sexual, que pode ser tanto normal quanto anormal, pode ser persistente, recorrente e dominante e algumas associações deste tipo são especialmente dignas de nota. Neste sentido, certas associações produzem ideias de impotência sexual, ou algumas ocorrências bem pequenas na fase inicial do casamento podem dar início a ideias imperativas que produzem aversão, ódio e impotência, o que vem a ser perigoso para uma ou ambas as partes. Um jovem casado acredita, a partir de certos atos, que sua mulher não é virgem, ou ele pode simplesmente pôr essa ideia na cabeça e ter sua vida dominada por isso.

Similarmente, o julgamento pode ficar suspenso, como na "*folie du doute*". Não tenho intenção alguma de presumir que as partes da mente são entidades separadas, mas é bom notar que certas faculdades são mais afetadas em certos casos que em outros. Em alguns casos está presente um espírito morbidamente científico. Um paciente que esteve sob meus cuidados em Bethlem não conseguia resistir à tentação de ler o que estivesse escrito em qualquer lugar, de modo que se houvesse um homem lendo

uma carta, seja no trem, no ônibus, em uma casa ou sala de jantar, não podia evitar lê-la por cima de seu ombro. Ele foi atingido pelos donos das cartas diversas vezes, mas ainda assim sentia o sobrepujante desejo de saber. Ele é *Grubelsuchtig*. Já correu risco de vida por diversas vezes quando, ao ver um pedaço de papel em torno de uma roda de táxi, tentou pegá-lo, tendo ido para casa infeliz depois de falhar e voltado à noite para a rua na tentativa de achá-lo. Este homem encontra-se há 12 anos neste estado e de quando em quando vem ver-me, pois fico ansioso para acompanhar seu percurso. Ele não é mais tolo do que era antes e consegue ganhar a vida apesar de sua peculiaridade interferir na realização de seu trabalho. Quanto à possibilidade de cura das ideias imperativas, posso dizer apenas que, se estão ocorrendo há um ano ou mais, penso não haver nenhuma perspectiva de cura. Se são agudas e associadas a alguma causa específica, ou se associadas a um período da vida, como a adolescência ou menopausa, há uma leve esperança. Poucos destes pacientes precisam ser permanentemente internados em sanatórios; na realidade, muitos deles jamais precisarão de internação se seus amigos tiverem meios de mantê-los fora dos sanatórios.

A título de conclusão, em minha experiência tenho observado que há certos defeitos orgânicos nos nervos, associados a reações mentais anormais, que podem mostrar-se no aspecto orgânico ou visceral e no aspecto sensorial, seja de modo simples ou por associação; no aspecto voluntário, com impulsos mórbidos, e no aspecto intelectual, com um maior desenvolvimento da associação de ideias, sendo estas mais comumente chamadas ideias imperativas, embora não difiram dos distúrbios sensoriais ou viscerais.

288

Dr. C. Mercier

O aspecto mais marcante do artigo do Dr. Tuke é, para mim, a completa aceitação de uma doutrina na qual há muito acredito e defendo, mas que nunca antes, em meu conhecimento, havia encontrado adesões, qual seja, que alienação e desordem mental não são termos intercambiáveis, e que a desordem mental — grave e proeminente desordem mental — pode existir em uma pessoa *sã* sem que a questão da alienação jamais seja levantada. Outra de minhas doutrinas preferidas, sobre a qual estou plenamente de acordo com o Dr. Tuke, é a importância de observar os primeiros desvios da normalidade se quisermos descobrir a verdadeira natureza e origem da desordem mental. É nesse sentido que as observações do Dr. Wilks são tão interessantes. Que as formas triviais de obsessão às quais somos todos passíveis — a recorrência persistente e muitas vezes irritante de uma palavra, de uma linha de um poema, de notas de uma melodia na memória — são da mesma natureza que as mais graves ideias imperativas das quais o Dr. Tuke nos deu tantos exemplos, não há, penso eu, nenhuma dúvida, e é importante, portanto, notar sob quais condições essas formas triviais ocorrem.

Falando de minha própria experiência, elas não ocorrem quando a mente está completamente ocupada e a atenção absorta em algum propósito intelectual — ler, escrever, fazer cálculos, jogar xadrez ou uíste. Tampouco ocorrem quando o corpo está inativo e a mente absorta em alguma cadeia de pensamentos — como numa estrada de ferro — e nem quando uma atividade corporal é acompanhada por perto de algum exercício de atenção, como nos jogos de bilhar, boliche etc. As condições sob as quais elas ocorrem, e sob as quais raramente deixam de ocorrer, correspondem aos momentos de realização de um trabalho corporal de caráter mais ou menos monótono que exige considerável atividade muscular e não requer atenção próxima nem incessante, mas que demanda determinado grau e frequência do exercício da atenção que nos impede de manter qualquer cadeia contínua e conectada de pensamentos para além daquela que devotamos ao que nos ocupa no momento. Trata-se, em suma, de quando estamos envolvidos em algum tipo de bricolagem, tais como carpintaria, marcenaria, jardinagem, trabalhos com ferro e outros metais e ocupações afins que essas cepas de reminiscências surgem e nos assombram, tornando-se, naquele momento, ideias imperativas. Se pudermos identificar as condições psicológicas alcançadas ao nos ocuparmos com esses trabalhos manuais, poderemos obter alguma compreensão sobre aquilo que permite a ocorrência da obsessão em suas formas mais graves.

Nos casos mais graves da doença devemos supor que uma porção local do cérebro chegou a um hábito de atividade espontânea que domina o controle das regiões mais elevadas às quais, pela posição anatômica, deveria estar sujeita; com o tempo, toda a energia concentrada e focada das regiões nervosas mais elevadas, cuja localização é a base fisiológica da vontade, não é suficiente para dominar a atividade rebelde desta seção indomável; se a ideia imperativa permanece como uma ideia, ou se encontra expressão em palavras ou atos, é somente uma questão de grau, e não afeta de modo algum a explicação do processo fisiológico que é a base tanto das ideias quanto dos atos.

A condição psicológica nas formas mais leves aqui mencionadas parece ser a seguinte: há um grau considerável de atenção alerta e, ao mesmo tempo, o estímulo real fornecido para a atenção é insuficiente para mantê-la ocupada. A atenção concentra-se no trabalho que está sendo realizado, não de forma contínua, mas em intervalos; e nos intervalos, quando não está tão ocupada, mas permanece alerta, o estímulo que a ocupa advém do campo da subconsciência; desta forma, os estados que normalmente deveriam ser subscientes são trazidos à luz da consciência plena e tornam-se objeto da atenção sem orientação direta da vontade que, por sua vez, está ocupada com outra coisa. Desse modo, um estado que emergiu e se apresentou à atenção em um intervalo desocupado, tende — desde que o trabalho permaneça aproximadamente o mesmo — a repetir-se em obediência à lei da associação, e a imagem, a melodia, a forma das palavras que emergiram durante um desses intervalos de atenção desocupada tendem a ocorrer a cada repetição desses intervalos. Em resumo, a condição psicológica pode

ser expressa como a captura da atenção durante a suspensão da vontade. Se tomarmos essa expressão e a aplicarmos aos casos mais sérios que foram apresentados, veremos que ela se aplica a eles também. Em todos os casos a ideia imperativa se impõe — se me permitem falar metafisicamente — sobre a atenção e não pode ser, ou pelo menos não é, excluída pela vontade. No que concerne ao objeto da atenção, a vontade está em suspensão.

O processo fisiológico que subjaz a essa condição psicológica parece ser o que segue: trata-se de um retorno aos casos triviais e quase normais da doença, casos nos quais uma ideia se repete com frequência e força excessivas durante a execução de algum tipo de trabalho manual. Os trabalhos manuais requerem e implicam grande atividade dos centros do meio. Ao mesmo tempo, os centros superiores são pouco solicitados. Nenhuma atividade geral, intensa ou generalizada dos centros que são os substratos das elaboradas operações intelectuais, e especialmente das operações verbais, é requerida, e o trabalho manual não oferece nenhuma válvula de escape para tal atividade caso ela venha a ser evocada. Todavia, a alta atividade dos centros do meio não pode continuar sem espalhar-se, até certo ponto, no sentido ascendente, iniciando atividade nos centros mais facilmente descarregados e estáveis acima deles. Ela não pode ao menos deixar de evocar alguma atividade desses centros superiores naquelas pessoas nas quais a atividade desses centros superiores é habitualmente grande, e cuja tendência a ter essa atividade facilmente evocada é, conseqüentemente, grande também. Durante as operações de trabalho manual, alguns destes centros superiores são, por conseguinte, iniciados e, no caso suposto, eles são centros de substratos de expressão verbal. Formas de palavras — sucessões de palavras — surgem dessa forma na mente. Se esses centros superiores fossem a sede da atividade generalizada, procedendo normalmente, com seu foco oscilando de lá para cá enquanto sucessões multiformes de expressões verbais aflorassem, a atividade iniciada pela propagação da descarga a partir dos centros medianos seria em grande parte levada ao local de maior atividade, enquanto as ideias acompanhando o restante seriam dominadas pelas ideias mais vívidas e volumosas — tornadas possíveis por esse processo —, permaneceriam subconscientes e jamais ocupariam a atenção. Mas uma vez que essas pequenas áreas, iniciadas pela propagação ascendente da descarga são praticamente os únicos espaços de atividade localizada nos centros superiores, as ideias por elas representadas são praticamente as únicas ideias verbais presentes na consciência; e, enquanto tais, apoderam-se da atenção a cada intervalo vago, e são, portanto, trazidas em destaque para frente. Esta concentração local de energia propagada, que é o equivalente fisiológico da vontade, é direcionada para as camadas médias, passando a dirigir a operação de trabalho manual. Ela passa pelos centros articulatórios ativos, deixando esta última descoberta em seu volume premente, livre para se afirmar, para criar um centro de descarga quase isolado e, de certa forma, independente, que encontra seu equivalente mental na ideia imperativa.

4. Dr. J. Milne Bramwell

Na conclusão de seu interessante artigo sobre ideias imperativas, o Dr. Hack Tuke afirma que os fenômenos mentais por ele descritos foram mais claramente reconhecidos por autores franceses e alemães do que por seus colegas ingleses. A afirmação está, sem dúvida, correta, porém, embora os primeiros tenham há muito reconhecido tal condição, foi apenas comparativamente há pouco tempo que eles, assim como nós, deixaram de confundi-la com diversas outras formas de alienação. O Dr. Ladame, de Genebra, por exemplo, ao referir-se às diferentes opiniões expressas por Schüle, Magnan, Krafft-Ebing, Marcé, Jules Falret, Morel, Lasègue, Ball, Meynert, Kraepelin e Scholz, sobre a “*folie du doute*” e o “*délire de toucher*”, afirma que a primeira é vista pelos autores contemporâneos ora como um sintoma das mais variadas afecções mentais, ora como um episódio psicopatológico de degeneração hereditária, ora como uma forma especial de psicose e amiúde como um simples distúrbio psíquico elementar dependente da patologia geral da alienação mental. Assim, a dúvida, diz ele, não existe somente entre os pacientes, e poderia igualmente ser chamada de “*folie du doute*” tanto devido ao lugar incerto que ocupa no catálogo das doenças mentais quanto pelos estranhos sintomas que a caracterizam.

Segundo Ladame, Pinel começou a reconhecer a “*folie du doute*” no início deste século, enquanto Esquirol publicou em 1838 a primeira observação clínica detalhada do “*délire du toucher*”, acentuando a luta constante do paciente contra as obsessões e seu reconhecimento do caráter absurdo das mesmas. Brierre de Boismont também afirmou, em 1853, que a ideia irresistível ardentemente combatida pelo paciente era característica desses casos. “Há uma distinção a fazer”, afirmou ele, “a saber, que ideias podem adoecer alguém quando dominam a mente, mas ninguém está, de fato, louco, exceto quando a vontade torna-se impotente para controlar os impulsos”. O fato de os pacientes lutarem contra suas obsessões sem conseguirem livrar-se delas foi particularmente sublinhado no debate sobre monomanias na Sociedade Médica-Psicológica de Paris em 26 de junho de 1854. Em 1859, Delasiauve fez uma primeira tentativa de estabelecer uma distinção entre pseudomonomanias e as formas reconhecidas de alienação. Depois de 1860, observações sobre o “*délire du toucher*” tornaram-se mais numerosas e Baillarger parece ter sido o primeiro a notar que esta condição se inicia com frequência na puberdade. Em 1882, Marcé descreveu claramente a origem das ideias imperativas, embora tenha deixado de fazer a distinção entre o “*délire de toucher*” e a alienação. “Em uma pessoa pré-disposta”, afirma ele, “de caráter fraco, dotada de sensibilidade aguda, uma palavra, uma emoção, um medo, um desejo, deixa um dia uma impressão profunda. O pensamento gerado desta maneira apresenta-se à mente de forma insistente, toma posse dela e, sem deixá-la, domina todos os seus pensamentos; durante esse período, o indivíduo pode ter consciência do caráter

absurdo, irracional e criminoso dessa ideia, e os próprios atos entram em conformidade com essas preocupações não saudáveis, tornando-se absurdos e extravagantes”. O termo “*folie du doute*” surgiu pela primeira vez na celebrada discussão sobre a “*manie raisonnante*” na Sociedade Médica-Psicológica de Paris em 26 de março de 1866, mas de acordo com o que foi dito por Jules Falret na ocasião, é evidente que o que foi chamado de “*folie du doute*” correspondia ao “*délire du toucher*” e não à forma de distúrbio mental descrita dois anos depois por Griesinger como “*Grübelsucht*” e “*Krankhafte Fragesucht*”. Nessa discussão Baillarger afirmou que uma de suas pacientes fazia suposições incessantes, perdendo-se no uso de “se” e “talvez”. Uma distinção clara entre essas doenças e formas conhecidas de alienação foi feita pela primeira vez em 1886 por Morel, o qual afirmou que pacientes sofrendo de ideias imperativas não interpretam suas obsessões tais quais os alienados, que eles não experienciam nem alucinações nem delírios e tampouco passam pelas transformações que mudam a personalidade dos alienados, tornando-os radicalmente diferentes de quem eram antes. A hereditariedade, não apenas alienação hereditária, mas também outras condições nervosas como a histeria e a hipocondria, eram vistas por ele como importante causa de excitação. Em 1868, Griesinger publicou pela primeira vez casos que mostravam que a doença toda poderia consistir em questões insolúveis que sem cessar perseguiram os pacientes, os quais não conseguiam escapar dos “porquês” e “comos”, e considerou que a condição poderia ser independente de questões emocionais. Em 1875, Legrand du Saulle mostrou que os mesmos pacientes podiam mostrar sucessivamente sintomas de “*folie du doute*” e de “*délire du toucher*” e, ao unir essas duas condições, tentou formar uma afecção mental especial dotada de uma verdadeira entidade mórbida. Em 1877, Westphal publicou uma importante contribuição ao assunto. De acordo com ele, a obsessão nunca se torna uma verdadeira “*idée fixe délirante*”, mas sempre permanece estranha ao ego do paciente, enquanto os alienados amoldam-se logicamente às deduções de suas ideias fixas. Essa distinção científica entre ideias fixas e obsessões é reconhecida há muito tempo pela Igreja, que sempre diferenciou a obsessão da possessão, dizendo, por exemplo: “este homem não está possuído, ele está apenas sofrendo de obsessão”. Segundo Westphal, uma obsessão não é uma emoção, nem jamais é produzida por uma, e se ataques de agonia mental aparecem mais tarde, são sempre secundários e simplesmente fenômenos concomitantes. Esta opinião é oposta às observações de Morel e dos eruditos franceses. Wille defende que as obsessões podem ter uma base emocional e acredita que às vezes são sucedidas por alienação mental verdadeira, enquanto Westphal afirma que casos de obsessão nunca se tornam alienação. Wille, bem como Legrand du Saulle, observou ideias suicidas frequentes, e até mesmo tentativas de suicídio, por vezes seguidas de morte, e considera a “*folie du doute*” e seus similares como uma condição intermediária entre as neuroses e as psicoses, e que a obsessão está sempre pronta para se transformar em loucura.

Westphal divide as obsessões em três tipos: (1) permanecem em um plano puramente teórico, como a “*folie du doute*”, quando tomam a forma de questões; (2) produzem certas ações, como o “*délire du toucher*”; (3) obsessões impulsivas, que provocam ações imediatas.

Desde Morel, diversos autores têm enfatizado a hereditariedade como fator essencial nas obsessões, mas Magnan parece ter sido o primeiro, em 1885, a considerar o distúrbio mental um signo direto e imediato de hereditariedade mórbida.

Em oposição a Legrand du Saulle, Ladame defende a separação da “*folie du doute*” e do “*délire du toucher*” em duas variedades clínicas distintas. Segundo esse autor, estas são sem dúvida associadas com frequência, assim como a pleuropneumonia, mas existem mais comumente isoladas. Para ilustrar sua posição ele cita os seguintes casos:

(1) Um jovem de 28 anos sofria do medo da contaminação e frequentemente lavava suas mãos como método de purificação. Ele nunca temia que viesse a esquecer algo e nunca levantava questões para si mesmo. Segundo Ladame, este era um caso de “*délire du toucher*” sem “*folie du doute*”.

(2) A senhorita _____, 33 anos, desde a infância tivera ideias das quais não conseguia se livrar. Ela fazia a si mesma todo tipo de perguntas, procurando em vão pelas respostas. As questões se referiam particularmente ao outro mundo e à Criação. Tudo o que existe fez a si mesmo? Deus criou todas as coisas? O mundo não fez a si mesmo? Deus existe? Como se pode dividir objetos em partes infinitamente menores quando cada pequena parte pode ainda ser dividida? Como um objeto infinitamente dividido pode ainda ser dividido, embora não se possa dividi-lo mais? Pode Deus dividi-lo ainda mais? Somente Deus pode dividi-lo e, no entanto, essa partícula não pode ser dividida. Como se explica isso? Ela nunca sofreu de “*délire du toucher*”.

Van Eeden afirma que em quatro casos tratados por ele não resta dúvidas sobre a conexão entre o “*délire du toucher*” e a “*folie du doute*”, e que em todos esses casos a “*folie du doute*” evoluiu após o “*délire du toucher*”, sendo uma evidente consequência deste. Um dos casos iniciou-se com o medo de contaminação por sífilis. O paciente evitava tocar em qualquer coisa que suspeitava que estivesse contaminada e, caso isso acontecesse, lavava suas mãos escrupulosamente. Suas preocupações tornaram-se exageradas, e ele não apenas duvidava de sua eficácia, mas também da clareza de seu julgamento, e apesar da excessiva atenção dada a essas abluções, não podia obter a certeza da completa limpeza. Uma evolução progressiva similar foi observada, segundo van Eeden, em uma paciente que sofria a princípio de “*crainte de souillure*”, em seguida de dúvidas e finalmente de desconfiança de si mesma. O “*délire du toucher*” teve início com o medo de sujar sua comida — ela lavava as mãos incessantemente, mas a dúvida retornava. Outra paciente, que cuidava de um caso de câncer, ficou com medo de contrair a doença. Ela lavava as mãos constantemente e evitava o contato com pessoas das quais suspeitava.

Na agorafobia, claustrofobia etc. van Eeden afirma que a ideia do medo surge repentinamente a partir da impressão do ambiente e é só depois disso que o paciente

evita espaços abertos ou fechados. Aqui é o medo que causa a obsessão. Ele classifica como segue estas e outras condições similares: (1) “*Conceptions obsédantes*” — a obsessão surge de uma concepção detalhada e precisa de algum ato que adquire força impulsiva. (2) “*Émotions obsédantes*” — principalmente terror, no qual uma emoção momentânea, uma impressão — que um homem normal pode igualmente experimentar, mas reprime rapidamente — domina a volição e a razão. O paciente não consegue dizer do que tem medo, ou, se fornece uma razão, é evidente que ela foi inventada. (3) “*Impulsions obsédantes*” — tendência irresistível a cometer atos estranhos ou impróprios. (4) “*Idées obsédantes*” propriamente ditas — as obsessões intelectuais dos franceses, “*Grübel sucht*” de Griesinger e Berger. O paciente não consegue escapar da obsessão de pensar sobre determinado assunto ou questão. Não se trata de uma questão de percepção ou emoção, nem de um impulso para cometer um ato; há apenas uma ideia isolada — uma palavra, uma frase — que persegue o paciente sem cessar e continuamente ocupa seus pensamentos.

Van Eeeden vê naquilo que chama de “manias de superstição” uma interessante variedade das obsessões. Um de seus pacientes, um homem de quarenta anos, de constituição saudável, atribui significado profético a fatos e eventos triviais desde a infância. Usar certa gravata lhe promete felicidade ou infelicidade. Se não tocar em certa borda, ele acredita que algo de ruim vá lhe acontecer. Se não reler certa linha ou não fizer certa letra mais grossa ao escrever algo, algo terrível lhe sucederá. Inicialmente suas estranhas ideias eram insignificantes, ou ele era capaz de resistir a elas, mas com o passar dos anos elas vieram a ocupar toda sua vida, tornando-a intolerável. Durante vinte anos ele fez uma peregrinação todos os domingos à estação de trem para chutar certo poste três vezes com cada pé. Se não fizesse isso, seu pai morreria. A fim de livrar-se dessas obsessões, ele faz votos e associa ameaças a elas. Ele fala, por exemplo: “Se eu ceder a um de meus caprichos no decorrer de uma hora terei apoplexia antes que 24 horas se passem”. No início isso funcionou, mas o efeito dos votos logo diminuiu e ele sentiu-se compelido a torná-los ainda mais fortes. O infeliz homem agora chega a ficar 15 minutos resmungando as mais terríveis imprecisões procurando desta forma reunir forças para executar pequenas tarefas. Se ele as omite, é forçado a obedecer aos impulsos mais absurdos. Ele deve parar diante de certa casa, refazer seus passos, tocar bordas, parar transeuntes ou tocar suas roupas; em uma palavra, ele é obrigado a agir como um maniaco. Seu intelecto é perfeitamente normal e ele realiza seu trabalho como se não tivesse problema algum.

Bérillon acredita que o caráter profissional destes distúrbios nervosos não foi suficientemente notado e faz uma analogia entre estes e os diferentes espasmos funcionais que mostram uma tendência à localização profissional. A título de ilustração, ele cita os seguintes casos: um jovem sacerdote, que não se mostrava tímido durante a realização de seus outros deveres religiosos, sofria de agonia ao subir ao púlpito. Outro sofria da mesma maneira ao receber uma confissão. Um estudante de medicina

sofria de extrema agonia perante a visão de algumas gotas de sangue. Um farmacêutico fez a manipulação de um medicamento prescrito em uma receita médica que causou a morte de um cliente. Ele conseguiu provar que a receita fora preparada exatamente conforme as ordens do médico, mas como sua existência tornou-se uma verdadeira tortura devido ao medo constante de cometer um erro, ele vendeu seu negócio. Um tabelião era acometido por medos mórbidos somente quando solicitado a dar uma opinião profissional. Um barbeiro reparou um dia que suas mãos tremiam e a partir daí passou a ter o constante temor de que o tremor voltaria quando estivesse barbeando seus melhores clientes. Ele não sentia a mesma ansiedade quando barbeava um homem pobre ou um cliente desconhecido. O Dr. Frémineau relata o caso de um ator que abandonou a profissão devido ao medo extremo do palco. Esta condição surgiu apenas depois de uma carreira de sucesso. O Dr. Bérillon relata diversos casos similares. Riegler observou um medo mórbido entre mecânicos ferroviários ao qual ele deu o nome de “*sidérodromophobie*”, caracterizado por uma aversão extraordinária à ocupação habitual e a pela ansiedade perante a visão de um trem ou o som de um apito de motor. Grasset menciona que um distinto cirurgião parisiense começa a sentir-se ansioso assim que o paciente deixa seu consultório com uma prescrição. Ele pergunta-se ansiosamente se pode ter escrito centígramas em vez de miligramas e somente recobra sua calma mental quando seu empregado, enviado para procurar o paciente, retorna com a receita e ele pode ver que está tudo certo. Outro médico, conta Grasset, ficou totalmente infeliz devido ao medo de micróbios. Brochin relata o caso de um médico que não tem medo de nenhuma doença contagiosa, exceto a difteria, e que dá provas de verdadeiro heroísmo a cada vez que recebe um paciente com a doença. Recentemente foi relatado um caso vindo do exterior no qual um médico, por medo de que seus honorários pudessem ser um meio de contágio, inventou elaborados métodos de esterilizá-los, e eu sei de um caso similar neste país.

Estes medos mórbidos são estranhos o suficiente quando ocorrem na vida ordinária, mas, segundo Bérillon, adquirem mais grave importância quando os sujeitos a ele são pessoas mais propensas ao serviço militar, especialmente nas filas. No caso clássico de agorafobia de Legrand du Saulle, um tenente da infantaria foi tomado de indefinível agonia quando obrigado a cruzar um espaço aberto em trajes civis, o que nunca ocorrera quando usava o uniforme. Quando um policial sofre desta forma, ele pode escapar à situação intolerável obtendo uma licença, enquanto o soldado não pode fazer o mesmo. Bérillon fornece os seguintes exemplos, entre outros:

Paul C., 25 anos, sua doença data da época do serviço militar. Ao ser ordenado a cruzar a barra horizontal no ginásio, ele foi tomado de extrema apreensão e depois disso a ideia do exercício permaneceu sempre presente. Uma vez mais ordenado a fazê-lo, ficou apavorado e pediu para ser dispensado, mas a partir deste momento seus superiores insistiram cada vez mais no temido exercício. Um dia, ao tentar cruzar a

barra, ele ficou tonto e caiu sobre a cabeça. Uma verdadeira agorafobia se desenvolveu e desde seu retorno do serviço militar é incapaz de atravessar a rua sozinho.

M., 37 anos, sofria de diarreia crônica, o que o levou a ter medo de sair de casa. A diarreia cessou, mas seus medos nervosos permaneceram. Uma vez, quando estava a curta distância de casa, a ansiedade foi tão forte que ele foi obrigado a retornar e desde então, há sete anos, reside em um círculo de cerca de 200 metros de diâmetro, e nada o convence a deixá-lo. Quando foi membro da reserva e precisou servir seu primeiro período de 28 dias, conseguiu fazê-lo, mas no segundo período a agorafobia havia se desenvolvido e por força de diplomacia, engenhosidade e suborno, conseguiu ser mantido constantemente empregado dentro do quartel.

Segundo o Dr. Gelineau, muitos sentimentos de repugnância e similares, agrupados pelos leigos como aversões, se assemelham às condições que estamos discutindo. Henrique III, por exemplo, que demonstrou sua bravura no Cerco de La Rochelle e em outros sítios, não suportava olhar para os gatos. O duque de Epernon desmaiou ao ver um pequeno jumento. Ladislas, Rei da Polônia, assustou-se e fugiu ao ver maçãs e Favoriti, um poeta moderno italiano, não suportava o cheiro das rosas. O Dr. Pierre d'Apono sentia tanto medo ao ver leite e queijo que desmaiava. Montaigne afirma: "Eu já vi mais pessoas fugindo do cheiro das maçãs que dos arcabuzes, já vi outras assustadas por um rato, doentes perante a visão de creme de leite ou de um colchão de penas sendo sacudido".

Ribot aplica o termo "ideias fixas" aos estados que estamos discutindo e considera-os "hipertrofia crônica da atenção", sendo as ideias fixas *absolutas*, e a atenção a predominância *temporária* de um estado intelectual ou grupo de estados. A ideia fixa é atenção em seu grau mais elevado e marca o limite extremo de seu poder de inibição. Há, ele afirma, tanto na atenção normal quanto nas ideias fixas, predominância e intensidade de um estado de consciência; isso é, porém, mais marcado na ideia fixa, que é permanente, e dispõe do importante fator psíquico — tempo. "Na atenção este estado excepcional não dura muito, a consciência reverte-se espontaneamente a seu estado normal, que é uma luta pela existência entre estados heterogêneos. A ideia fixa impede qualquer difusão. Não há estado antagônico capaz de derrubá-la. O esforço é impossível ou vão. Daí a agonia do paciente, consciente de sua própria impotência". Eis a concepção de Ribot a propósito da provável condição fisiológica associada às ideias fixas: "Em seu estado normal, todo o cérebro funciona; atividade difusa é a regra. A descarga se dá de um grupo de células para outro, o que é o equivalente objetivo da perpétua alteração de consciência. No estado mórbido, apenas poucos elementos nervosos estão ativos ou, pelo menos, seu estado de tensão não é transmitido aos outros grupos. Seja qual for sua posição no órgão cerebral, eles estão, na realidade, isolados; toda energia disponível acumulou-se neles, e eles não a comunicam para outros grupos, de onde seu domínio supremo e sua exagerada atividade. Há uma falta de equilíbrio fisiológico devida, provavelmente, ao estado de nutrição dos centros

cerebrais”. Ribot faz referência ao reconhecimento por parte de Westphal da diferença entre ideias fixas e alienação e à sua afirmação de que “a ideia fixa é uma alteração formal do processo de ideação, mas não de seu conteúdo”. A perturbação formal, segundo Ribot, consiste na necessidade inexorável que compele a associação a sempre seguir o mesmo caminho. “Há alteração, não na natureza, na qualidade da ideia, que é normal, mas em sua quantidade, intensidade e grau”. Assim, é perfeitamente racional refletir sobre a utilidade das notas de dinheiro, ou sobre a origem das coisas, e esse estado difere muito daquele do mendigo que pensa ser um milionário, ou do homem que acredita ser uma mulher.

Tratamento

Os seguintes casos, de minha própria prática e de outros, ilustram o valor da sugestão hipnótica nos casos de “ideias imperativas”.

(1) O Senhor A., 24 anos, consultou-me em maio de 1889. Alguns meses antes, ele removera glândulas doentes da face e do pescoço, e partiu para o Mediterrâneo para recrutar-se. Ao cruzar uma prancha, ele caiu e machucou o períneo; formou-se um abscesso, que explodiu externamente e para dentro da uretra. Quando eu o vi, havia uma grande ferida insalubre, através da qual a urina escapava. Instruí-o a utilizar regularmente um catéter macio e a ferida começou a melhorar. Um dia, ele foi impelido a esvaziar a bexiga antes de conseguir usar o instrumento e o líquido escapou pela ferida novamente. Isso aconteceu com cada vez mais frequência, até que a ideia de urinar de uma vez só fazia-o esvaziar a bexiga, onde quer que estivesse. Isso parecia ser totalmente independente da condição física da bexiga, que não contraía porque estava cheia ou desconfortável, mas porque a ideia de urinar se apresentava à mente do paciente e era imediatamente traduzida em seu equivalente físico. Agora ele pensava constantemente sobre sua condição que, em consequência, agravou-se bastante. Ele passou a dormir mal e acordar frequentemente durante a noite; no instante em que o fazia, pensava em sua bexiga e era imediatamente compelido a esvaziá-la. Apesar do tratamento, isso continuou durante vários meses e seu estado tornou-se grave. Eu não havia previamente empregado o hipnotismo, mas o elemento mental neste caso parecia tão relevante que me decidi, uma vez que os demais tratamentos haviam falhado, a tentar e ver o que sucederia. Depois de explicar ao meu paciente, um homem culto, que eu não tinha nenhuma prática, e apenas um pequeno conhecimento teórico sobre o assunto, eu procedi a hipnotizá-lo pelo método de Brad. Em poucos minutos, seus olhos rolaram para cima e para dentro e ele se tornou letárgico. Repeti isso nos dois dias que se seguiram, e sugeri, durante a hipnose, que ele deveria parar de pensar sobre

sua bexiga, deveria sempre usar o catéter, reter sua urina por oito horas e dormir bem. Essas sugestões foram imediatamente cumpridas; a partir desse dia, seus incômodos sintomas não retornaram e a ferida curou sem operação em cerca de 12 meses.

(2) O Sr. B., 25 anos, consultou-me pela primeira vez em março de 1890. Já fora forte e atlético, destacado jogador de futebol, ciclista etc. Dois anos antes, após sua mãe ter falecido de câncer na mama, ele começou a ter medo de contrair a mesma doença. A ideia tornou-se cada vez mais forte, ele desenvolveu sintomas neurastênicos e sofria de insônia, depressão, dispepsia etc. Por fim, o pavor do câncer passou à firme convicção de que sua mama esquerda estava infectada. Ele agora permanecia quase sempre em um quarto e não passava para outro sem se cobrir e vestir um sobretudo. Por alguns meses reclamou de dificuldade em mover o braço esquerdo e mantinha-o em uma tipoia. Não encontrei nada que justificasse seus temores, mas os músculos dos braços estavam distintamente atrofiados por falta de uso. Ele foi facilmente hipnotizado na primeira tentativa, e isso se repetiu diariamente durante 15 dias, quando foi obtida a hipnose profunda com sonambulismo. Suas ideias mórbidas desapareceram de uma vez e seu estado geral de saúde melhorou rapidamente. Alguns dias após o fim do tratamento, eu o vi montando um vigoroso cavalo e segurando as rédeas com a mão esquerda. Uma semana depois, ele me disse que sentia-se perfeitamente bem e se preparava para saltar obstáculos com um jovem cavalo. Até a presente data não houve recaída.

(3) O Sr. C., 30 anos, consultou-me em julho de 1890. Gozava de boa saúde até seis meses antes, quando ficou com medo por ter sido acordado por sua irmã, que tinha mania aguda, entrando em seu quarto. A partir dessa data, passou a sofrer de insônia e dispepsia, perdeu peso e vigor, tornou-se melancólico, evitava a sociedade e tinha a ideia fixa de que se tornaria louco. Foi hipnotizado cinco vezes, de 3 a 7 de julho de 1890. A hipnose profunda foi facilmente induzida na primeira tentativa, e ele dormiu bem em todas as noites. Recuperado. Sem recaídas até maio de 1891, quando morreu de influenza.

(4) O Sr. D., 43 anos, consultou-me pela primeira vez em setembro de 1892. Sua doença teve início na primeira infância, com a ideia fixa de que todo mundo o observava e criticava, e começou a enrubescer quando era olhado. Não apenas enrubescia de maneira excessiva quando alguém, até mesmo seus próprios filhos, olhava para ele, mas o pensamento de que qualquer pessoa pudesse olhá-lo era suficiente para fazê-lo corar, mesmo se estivesse sozinho. Sentia que devia deixar os negócios e tinha pensamentos suicidas. Sofria de diversos sintomas neurastênicos. Tentei hipnotizá-lo por cinco vezes sem resultados. Ele retornou ao tratamento em abril de 1893. Seu estado piorara e ele estava desesperado. Hipnotizei-o 42 vezes até outubro de 1893. Ligeira

hipnose foi induzida na quinquagésima tentativa e a partir daí tornou-se bastante profunda; ele começou a melhorar e antes do final do tratamento seus sintomas mórbidos haviam desaparecido. Notícias recentes confirmam sua recuperação.

(5) Sra. E., 36 anos. Culta e muito inteligente. Um de seus irmãos possui uma deficiência intelectual congênita e ela sofre de crises de depressão desde a infância, que se tornaram mais frequentes e prolongadas nos últimos 14 anos. A condição mental de um de seus filhos, nascido durante um desses períodos, provoca grave ansiedade, e outra criança mais nova gagueja. Há quatro anos e meio, após a morte de um parente que exercera uma influência hostil em sua vida, ela pensava constantemente que as diversas desgraças que estavam lhe acontecendo dariam prazer a esse parente; a ideia cresceu e desenvolveu-se, até que ela passou a sentir que ele sabia tudo o que ela fazia e regozijava-se com seus problemas. Finalmente, ela ficou possuída pela ideia de que era possuída por ele e sentia consciência de sua presença. Toda sua vida ficou preenchida por esses pensamentos e ela deixou de se importar com a sociedade ou com conquistas intelectuais. Estava constantemente deprimida, dormia mal e encontrava-se fisicamente fraca. Tentei hipnotizá-la pela primeira vez em 26 de novembro de 1892, e repeti a tentativa uma centena de vezes sem sucesso, até o dia 25 de abril de 1893. Sua condição nesse período ficou cada vez pior. Hipnose leve foi induzida no dia 26 de abril e repetidas 23 vezes até 21 de julho de 1893. Imediatamente após a primeira indução de hipnose, ela melhorou rapidamente e as ideias mórbidas e a depressão desapareceram completamente. Ela rapidamente recuperou a força e o interesse pela vida e até a presente data não houve nenhuma recaída.

(6) Sra. F. Recebi do Dr. F, marido da paciente, as seguintes notas sobre este caso: “Minha esposa teve mixedema, seguido de gripe; ela apresentou temperatura baixa, perda de cabelo, enfraquecimento intelectual, lentidão de movimento, inchaço geral irregular no corpo, desfiguração facial, alteração de voz e dores musculares. Tratei-a com extrato de tireoide em janeiro de 1893, e embora os sintomas peculiares ao mixedema tenham desaparecido, ela ficou completamente insone, seus membros passaram a tremer após o menor esforço e sua digestão tornou-se muito ruim. Eu a trouxe a você no dia 1º de março de 1894 para ver se ela conseguiria dormir através da sugestão. Na segunda tentativa você conseguiu induzir ligeira hipnose e ela passou a dormir moderadamente bem. Durante mais de um ano ela não tivera mais que três horas de sono quebrado, e com frequência muito menos. Logo começou a dormir muito bem e ininterruptamente e sua digestão, para a qual medicamentos e uma dieta cuidadosa haviam sido ineficazes, melhorou depois de poucas sugestões. Suas pernas tornaram-se fortes e sua energia foi restaurada, como haviam sido vinte anos atrás, quando ela era reputada entre seus conhecidos por sua incansável atividade. Mas o fato que me causa a mais forte impressão é o que segue. Diversos membros de sua família

são sonâmbulos. Ela costumava andar dormindo durante a infância, o que se repetiu uma ou duas vezes quando era jovem, e o hábito foi transmitido à minha filha mais nova. Quando seu primeiro filho nasceu, há 16 anos, o pensamento passou pela mente de minha esposa: ‘E se eu andar dormindo e machucar o meu filho?’ Esforcei-me para convencê-la que, ao crescer, ela havia deixado o hábito para trás, mas a tentativa foi completamente infrutífera. A ideia cresceu até assumir o caráter de uma ideia fixa, e ela sempre se amarrava ao pé da cama durante a noite. Todas as tentativas de tirá-la desse hábito falharam e, se fosse para a cama sem se prender, nunca conseguia dormir até tê-lo feito. Quando nos mudamos para nossa residência atual, há três anos e meio, ela ficou alarmada com a altura elevada das janelas do quarto, e com o fato de serem muito próximas do chão. Ela passou a sugerir que havia a possibilidade de desamarrear os nós durante o sono e sair pela janela. Assinalei quão improvável era que ela viesse a andar dormindo após tantos anos de completa imunidade. Ela admitiu a lógica em meu raciocínio, mas isso não dissipou seu medo, e ela insistiu que eu a amarrasse à cama todas as noites de modo bastante eficaz. Em maio de 1894, contei a você deste medo persistente e fiz o pedido de que lhe sugerisse que não deveria andar durante o sono e nem ficar apreensiva de fazê-lo. Durante essa sessão, você repetiu essa sugestão duas ou três vezes, mas não o fez desde então. O efeito foi mágico. Desde aquele dia ela nunca me pediu para amarrá-la à cama e me diz que nunca mais pensou sobre isso. Para mim é tanto mais notável que a hipnose em seu caso seja tão leve e pareça passar para o sono natural se ela for deixada por alguns segundos. Ela possui um temperamento nervoso e excitável, mas de maneira alguma é ávida pelo fantástico ou pronta a acreditar em qualquer doutrina. Ela possuía um ceticismo saudável quanto à possibilidade de alguém hipnotizá-la, mas estava ansiosa para que a tentativa fosse feita, uma vez que sofria tão intensamente.”

Eu vi a paciente 12 meses depois, quando ela me contou que estava totalmente livre de seus medos mórbidos.

(7) O Sr. G, 28 anos, consultou-me pela primeira vez em abril de 1894. Seu pai era muito nervoso e passional, e sofrera de “febre cerebral” e coreia. O paciente é frágil e de baixa estatura, e sofre de diversos sintomas neurastênicos. Aos 14 anos, possuía muitos medos e dúvidas religiosas, e acreditava haver cometido um pecado imperdoável. Aos 16, quando trabalhava em uma fábrica de cacau, começou a ter medo que o chumbo vermelho, utilizado na fixação de certos tubos de calor, poderia entrar nas latas de cacau, envenenando pessoas. Este foi o início da “*folie du doute*” e do “*délire de toucher*”, que nunca mais o deixaram desde então. Em vez de fazer seu trabalho, ele era irresistivelmente impelido a limpar e relimpar as latas. O excerto seguinte provém de uma carta de um amigo a quem ele confiou seus problemas: “Em 1º de outubro de 1891, disse-me que havia tentado cometer suicídio, já que sua vida era tão infeliz (ele ingeriu veneno). Ele lera um caso de envenenamento por ingestão

de chocolate e conectou a si mesmo com o caso, embora já houvesse passado cinco anos desde que ajudara a manufaturar o produto. Ele agora acreditava que havia sido negligente com os moldes e, portanto, produzido chocolate envenenado que anos depois causaram a morte da criança! O absurdo grotesco da história, conforme ele me relatou, teria me feito rir se eu não tivesse sentido o quão terrivelmente real isso era para ele. Sua imaginação vívida havia visualizado todos os incidentes da tragédia; a criança comprando o chocolate, correndo para casa cheia de felicidade, caindo doente e, gradualmente, adoecendo em terrível agonia até ser libertada pela morte. A agudeza da mente com a qual ele procurava provar a razoabilidade da crença de que envenenara a criança era extraordinária. Ele escreveu: ‘Ontem eu estava desparafusando algumas bocas a gás em uma mercearia e fiquei com um pouco de chumbo branco em minhas mãos, então pensei que ele provavelmente havia caído no meio da comida’. Notei que remoer essa fantasia havia-o deixado à beira do desespero e durante semanas sua vida foi uma perpétua agonia. Ele está preocupando-se com seu trabalho de fixar painéis de propaganda nas paredes e nunca consegue persuadir-se de que estão seguramente fixados. Imagina que os pregos são ruins, ou que a argamassa está solta, e faz a si mesmo doente ao pensar sobre isso. Observei que se uma placa caísse, quase inevitavelmente deslizaria pela parede. Isso não o impediu de pintar um quadro mental bastante elaborado de uma infeliz criança que naquele momento estaria brincando de bolinhas de gude com sua cabeça contra a parede. Para enumerar todos os seus problemas seria necessário um pequeno volume. Tenho uma grande pilha de suas cartas na minha frente agora, e suponho que elas constituam uma das mais extraordinárias autobiografias analítica possíveis de se encontrar. Ao lê-las não posso deixar de admirar-me perante o caráter estranhamente fantástico de tal imaginação. Ele faz de todo incidente de sua vida a pedra fundamental de um castelo de fantasias, e nos últimos anos cada castelo se tornou uma prisão — uma câmara de tortura na qual ele dissecava seus motivos até ter deixado totalmente de acreditar em si mesmo”.

Quando atendi esse paciente pela primeira vez, a “*folie du doute*” e o “*délire de toucher*” eram constantes e variavam bastante em suas manifestações. Se ele acidentalmente tocasse pessoas na rua, passava a ter medo que poderia tê-las machucado e exagerava o toque em um empurrão mais ou menos violento. Se a pessoa tocada fosse uma mulher, ele temia que ela estivesse grávida e que ele pudesse ter ferido a criança. Se visse um pedaço de casca de laranja na calçada, chutava-o para a rua, mas logo em seguida começava a pensar que ali seria um local mais perigoso, já que qualquer pessoa que escorregasse nele poderia bater a cabeça contra o meio-fio, de modo que era irresistivelmente impelido a retornar e colocá-la de volta em sua posição anterior. Houve um tempo em que costumava comprometer-se a realizar certos atos, jurando dar a Deus seu dinheiro caso não o fizesse. A seguir, às vezes tinha dúvidas se havia jurado ou não. Devido a isso pagou quantias em objetos religiosos que eram bastante desproporcionais à sua renda. À parte suas peculiares fantasias, achei o paciente

perfeitamente racional e inteligente e embora seu “*délire du toucher*” o atrapalhasse enormemente em seu trabalho, ele geralmente conseguia executá-lo, apesar de em algumas ocasiões sentir-se compelido a desistir. Nesse momento tentei hipnotizá-lo em 24 ocasiões, mas aparentemente sem sucesso, e ele foi compelido a sair da cidade. Retornou no dia 2 de abril de 1895 para uma semana de tratamento adicional e disse-me que desde sua última visita suas ideias mórbidas não haviam sido tão frequentes e destacadas e eram acompanhadas de menos agonia mental. Sua condição, todavia, deixa muito a desejar.

(8) O Sr. H., 33 anos, alto, forte e atlético, consultou-me pela primeira vez em 7 de março de 1894. Afirmou ter sido sempre de disposição sensível e inclinado a ser morbidamente autoconsciente. Nos últimos anos, isso se desenvolvera muito, tornando sua vida um fardo. Tinha a ideia fixa de que estava constantemente cometendo erros nos negócios e que todos que tinham contato com ele o consideravam um tolo. Durante uma entrevista de trabalho ficava envergonhado e incapaz de falar e sentia que todo mundo notava. Tinha as mesmas sensações em relação à sociedade e evitava-a tanto quanto possível. Possuía ainda medos mórbidos e completamente infundados sobre sua condição física. Foi hipnotizado dez vezes até 11 de julho de 1894, quando suas ideias mórbidas desapareceram totalmente. Acaba de se declarar bem de saúde, em abril de 1895. Se sente quaisquer ansiedades sobre seu trabalho, diz ele, trata-se apenas de ansiedades naturais e perdeu todos seus medos e constrangimentos mórbidos. É agora apreciador da sociedade e sente-se à vontade nela.

(9) Sr. I., 35 anos, foi enviado a mim pelo Dr. de Waterville em 29 de outubro de 1894. A doença começara seis meses antes, após a morte repentina de seu cunhado. Ele passou a dormir mal e a sonhar com sua própria morte. A insônia continuou e ele era assombrado por temores constantes referentes a ele mesmo e à sua família. Temia que perderia seu emprego e que encontraria sua esposa e seus filhos mortos quando retornasse do trabalho. Passou a ter medo de espaços abertos e era incapaz de atravessar a rua sem ajuda. Um dia, sentado sozinho em sua sala de estar, acreditou ter visto dois homens trazendo seu caixão para dentro. Não tinha nem um momento livre de seus medos, e estava tão infeliz que possuía fortes impulsos suicidas. Por volta dessa época, passou a ter frequentes ataques de tontura e sentia que cairia caso não se segurasse em alguma coisa. Em apenas uma ocasião perdeu a consciência. Foi hipnotizado cinco vezes até o dia 12 de novembro, data em que seus medos mórbidos haviam quase completamente desaparecido, mas como ele ainda tinha ataques de tontura e às vezes sentia-se deprimido, continuei a hipnotizá-lo uma ou duas vezes por semana até a presente data (26 de abril de 1895). Condição atual: dorme bem e não tem ataques de tontura há dois meses, não tem agorafobia, seus medos mórbidos não retornaram e a hipnose profunda pode agora ser fácil e rapidamente induzida.

(10) Sr. Watts. Fui solicitado pelo Dr. Hack Tuke a tentar hipnotizar esse paciente, número dez em sua lista de casos. Nesse momento ele estava há 12 meses no Hospital Bethlem e às vésperas de receber alta, já que sua condição mental mantinha-se inalterada e fora considerado desaconselhável retê-lo por mais tempo. O Dr. Percy Smith gentilmente consentiu em mantê-lo por mais um mês para o propósito desta experiência e eu tentei hipnotizá-lo 23 vezes sem sucesso. Recentemente encontrei-o acidentalmente. Ele me disse que sua condição permanecia inalterada e que estava indo viver em uma fazenda.

O Dr. Hack Tuke também me pediu para tentar hipnotizar seu paciente número 11. Quando vi o paciente, ele era evidentemente alienado e extremamente desconfiado e nada poderia induzi-lo a submeter-se ao tratamento.

(11) (Liébeault) Senhora _____, maio de 1892, 36 anos. Gozou de boa saúde até o início da doença atual há 11 meses. Seu pai cometeu suicídio por afogamento; seu primeiro marido afogou-se acidentalmente 12 dias após o casamento e ela perdeu seu segundo marido repentinamente após três anos de casados. Desde então evita os amigos, dorme mal, negligencia seu trabalho e a si mesma e possui a ideia fixa de que deveria cometer suicídio afogando-se como seu pai o fez. Em uma carta recente o Dr. Liébeault afirmou que ela está bem mental e fisicamente.

(12) (Schrenck-Notzing). Senhor _____. A ideia fixa de pegar um resfriado manteve esse paciente em seu quarto por seis meses. Hipnotizado. Recuperado.

(13) (Schrenck-Notzing). Senhor _____, 24 anos. Teve períodos de terror e sensações incontroláveis com a ideia fixa de que sua noiva não o amava. Hipnotizado. Recuperado.

(14) (Hecker). Senhora _____. Sofria do desejo doentio de lavar-se contínua e desnecessariamente; possuía medos mórbidos de que as portas e janelas não estavam adequadamente fechadas e fantasiava que suas roupas estavam desarrumadas. Em uma ocasião, depois de ter passado duas horas tentando em vão se vestir, ela pediu a Hecker que viesse vê-la. Ele encontrou-a em um estado de grande ansiedade, colocando e tirando as roupas até a exaustão. Hipnotizada por um mês. Recuperada.

(15) (Wetterstrand). Senhora _____, 42 anos. Durante anos possuía um pavor mórbido de trovoadas; não tinha coragem de ir para o campo no verão e no inverno temia o que traria o verão. Observava constantemente a aparência do céu. Hipnotizada vinte vezes. Recuperada.

(16) (De Jong). Senhor _____. Agorafobia com duração de muitos anos. Hipnotizado dez vezes. Recuperado. Nenhuma recaída depois de um ano e meio.

(17) (De Jong). Senhora _____. Medo de tempestades e de viajar de trem. Hipnotizada. Recuperada.

(18) (Van Eeden e Van Renterghem). Senhor. _____, 56 anos. Impotência psíquica por três anos com a ideia fixa, a qual ele reconhecia ser falsa, de que sua esposa desejava ser infiel a ele. Hipnotizado oito vezes. Recuperado. Nenhuma recaída depois de 22 meses.

Esta lista pode ser amplamente estendida. Muitos dos casos referidos no início do artigo foram tratados com êxito por sugestão hipnótica e muitos outros foram reportados por Bernheim, Delbceuf, Gorodichze, Russell Sturgis, Voisin, Burot, Mavroukakis, Bourdon etc.

Minha principal dificuldade nesses casos é a indução da hipnose primária. Diversas estatísticas continentais aparentemente mostram que a maior parte da humanidade pode ser hipnotizada; a “Primeira Estatística Internacional sobre Suscetibilidade Hipnótica”, artigo de Schrenck-Notzing publicado em 1893, traz 8.705 casos de 15 observadores em diferentes países com 6% de falhas. Wetterstrand reporta 105 não influenciados entre 6.500 casos e em minha própria prática encontrei pacientes igualmente suscetíveis.

304

Para a indução da hipnose a atenção do paciente é necessária e em casos de ideias imperativas a atenção encontra-se ocupada como resultado na natureza da afecção mental. Muitas pessoas pertencem também à classe mais difícil de influenciar, isto é, a nervosa e emocional. Que tais pacientes são os mais fáceis de hipnotizar é a convicção de todos aqueles que não possuem conhecimento prático do assunto; mas essa opinião, infelizmente, não está baseada em fatos. Moll afirma: “Os mentalmente instáveis, particularmente idiotas, são muito mais difíceis de hipnotizar do que as pessoas saudáveis. Pessoas inteligentes e aquelas de vontade forte são mais facilmente hipnotizáveis do que as estúpidas e de vontade fraca. Sexo não tem influência em particular”. Segundo Forel, “todo homem mentalmente saudável é naturalmente hipnotizável”. O Sr. Wingfield hipnotizou 152 alunos de Cambridge na primeira tentativa, enquanto Esdale não encontrou nenhuma dificuldade em induzir a anestesia hipnótica nos cules e criminosos de Bengala os quais, como ele observou com justeza, não são pessoas nervosas sob nenhum aspecto. O fato de que muitos de meus pacientes haviam lido artigos em jornais e revistas sensacionalistas sobre o tema não tornou minha tarefa mais fácil.

Eu, pessoalmente, nunca vi o mais leve sintoma desagradável resultar do uso hábil da hipnose, nem qualquer evidência de que seus perigos, sob essas circunstâncias, tenham qualquer existência a não ser no cérebro do romancista. Forel afirma: “Liebeault, Bernheim, Wetterstrand, van Eeden, de Jong, eu mesmo e outros seguidores da escola de Nancy declaramos categoricamente que nós, apoiados pelo material de milhares de pessoas hipnotizadas, jamais observamos um único caso de dano mental

ou corporal causados pela hipnose, mas, ao contrário, vimos diversos casos de doenças aliviados ou curados por ela”.

No que diz respeito à ligação entre a “*folie du doute*” e o “*délire de toucher*”, é interessante notar que este ocorreu no caso número sete assim que as dúvidas do paciente tomaram uma forma material, mas não estavam associadas quando suas obsessões eram puramente intelectuais. Não mostraria isso que o aparecimento do “*délire de toucher*” simplesmente depende da natureza da “*folie du doute*” e que as lavagens incessantes e seus similares são os esforços físicos naturais do paciente para livrar-se de seus medos materiais, enquanto o caráter das obsessões puramente intelectuais torna tal alívio impossível? G_____ procurou e encontrou seu equivalente mais próximo na narração de seus problemas religiosos a um amigo mais velho, em cujas opiniões ele tentou encontrar consolo. Desse ponto de vista, o segundo dos casos citados por Ladame mostra a “*folie du doute*” desassociada do “*délire de toucher*”. Essa separação é, penso eu, mais artificial do que real. Em seu primeiro caso, aquele do jovem que lavava suas mãos com frequência devido ao medo de contaminação, não está de modo algum claro que se tratava de “*délire de toucher*” sem “*folie du doute*”. Certamente as abluções anormais e incessantes devem ter sido o resultado de dúvidas que ele tentou resolver dessa forma. As mesmas objeções poderiam ser levantadas nos casos de van Eeden em que a “*folie du doute*” é tida como resultado do “*délire de toucher*”.

O Dr. Hack Tuke vê as ideias imperativas, e os atos dela resultantes, como essencialmente automáticos, considerando esta sua característica fundamental. Serão esses atos automáticos? Um ato automático é simplesmente um ato habitual voluntário realizado distraída ou inconscientemente, enquanto os assim chamados atos automáticos daqueles que sofrem de ideias imperativas são levados a termo em oposição à sua vontade e frequentemente associados à intensa e dolorosa consciência. Possivelmente eles poderiam ser chamados com justeza de reflexos, uma vez que são “respostas fatais e não escolhidas à estimulação”.

O fato de uma ideia imperativa permanecer estranha ao ego do paciente distingue-a, de acordo com a maior parte das autoridades, de um delírio de alienação. Essa regra tem suas exceções. Um de meus pacientes começou a ser “inibido” por superstições dez anos atrás. No início, isso ocorria raramente, mas, ultimamente, devido a um excesso de dias azarados e afins, a realização de muitos atos está comprometida. Muitas pessoas, de modo algum alienadas, acreditam de fato e são influenciadas por idênticas superstições. Este paciente, entretanto, não acredita nelas, e ressent-se agudamente de sua interferência em suas ações. Assim, a não assimilação da ideia imperativa às vezes constitui o elemento mórbido e isso aparentemente depende mais do indivíduo do que da ideia em si. A paciente que se debruçou sobre a Criação a ponto de se tornar infeliz poderia, em outro momento e circunstância, sentir prazer em discutir “quantos anjos podem ficar em pé na ponta de uma agulha ou se, ao passar de uma ponta a outra, seria preciso atravessar o espaço intermediário”. A ideia imperativa de descobrir

o local da antiga Troia apenas difere daquelas que estamos discutindo pelo fato de ser sido assimilada por seu possessor, mas não constituiu alienação.

Em quase todos os meus casos a condição parece ter tido uma origem emocional. O choque da súbita morte de um parente fez com que um paciente temesse que sua esposa morresse, e outro tinha medo de viajar depois de ter sido assustado por um homem embriagado em um vagão de trem. Embora em alguns casos o elemento emocional tenha mudado seu caráter, tornando-se imensamente intensificado como um todo, ele certamente foi com frequência associado ao início do problema original.

Ideias imperativas são geralmente vistas como típicas da degeneração e especialmente da degeneração hereditária. Alguns de meus casos parecem confirmar isso — os pacientes eram mental e fisicamente frágeis e possuíam antecedentes hereditários insatisfatórios. Em diversos exemplos as ideias imperativas haviam se tornado delírios de alienação, muitos pacientes tinham impulsos suicidas, um deles tentou o suicídio e outro tinha alucinações. Por outro lado, a transição do estado normal para as ideias imperativas é quase insensata, sendo a repetição de um dito insignificante, segundo Ribot, a forma mais leve, e a preocupação, como a ansiedade antes de uma prova, um grau acima dela. A maioria das crianças também sofreu, em um momento ou outro, de ideias imperativas. Isso, como um escritor popular observou recentemente, parece advir de um sentimento exagerado de importância daquilo que dizem e fazem em relação a serem notados pelos outros. Ele afirma: “Quão infelizes nos fazemos a nós mesmos devido a algum comentário bobo que fizemos. Alguns de nós mantemos um pequeno estoque das coisas tolas que fizemos ou dissemos em vários momentos, tirando-as para fora ocasionalmente e nos envergonhando delas. Quando criança, envergonhei-me durante anos por ter dado uma resposta na Igreja no local errado, antes de ter terminado a vez do clérigo. Senti que toda a congregação havia se virado e me olhado com desprezo, ridicularizando-me. Enquanto eu andava, cada pessoa que me olhava eu estava certo de que pensava: ‘lá vai a criança que deu aquele extraordinário grito na Igreja.’”

Nem todos podem ter ideias fixas, como, por exemplo, os idiotas, que possuem pouca atenção espontânea e nenhuma atenção voluntária, enquanto, conforme afirma Ribot: “Em qualquer ser humano saudável há sempre uma ideia dominante que regula sua conduta, como o prazer, dinheiro, ambição ou a salvação de sua alma”. Vários de meus pacientes estavam fisicamente muito acima da média, muitos deles possuíam dotes mentais de alta qualidade e suas ideias mórbidas não o impediam de fazer um trabalho valioso. A maior parte deles, é verdade, eram de tipo nervoso e emotivo, mas um cérebro móvel e sensível é necessariamente degenerado? Não podem os acidentes aos quais estão suscetíveis serem o resultado de seu desenvolvimento maior e mais complexo? O puro-sangue é mais emotivo e nervoso do que o cavalo de carroça, mas será isso necessariamente uma evidência de sua degeneração hereditária? O termo degenerado é aplicado tão livre e amplamente por alguns autores modernos, que

não se pode deixar de concluir que eles classificam como tal todos aqueles que não se conformam a algum tipo primitivo e selvagem possuidor de um sistema nervoso imperfeitamente desenvolvido.

Referências

1. “Les obsessions”, par M. le Dr. van Eeden, d’Amsterdam. (Communication faite à la séance d’hiver de la Société des Psychiatres, à Utrecht, novembre, 1890.) *Revue de l’hypnotisme*, 1892, vol. vi, p. 5.
2. “Un cas de claustrophobie guéri par la suggestion hypnotique”, par le Dr. Gorodichze. *Revue de l’hypnotisme*, vol. viii, p. 53.
3. “Les phobies neurasthéniques envisagées au point de vue du service militaire”, par le Dr. Bérillon, médecin inspecteur adjoint des asiles publics d’aliénés de la Seine. *Revue de l’hypnotisme*, 1894, vol. viii, p. 241.
4. “Les pseudo-phobies”, par M. le Dr. Gélinea. *Revue de l’hypnotisme*, 1894, vol. viii, p. 353.
5. “Phobies neurasthéniques envisagées au point de vue professionnel”, par le Dr. Edgar Bérillon. *Revue de l’hypnotisme*, August, 1894, vol. ix, p. 33.
6. “La folie du doute et le délire du toucher”, par M. le Docteur Ladame de Genève. *Revue de l’hypnotisme*, 1891, vol. v, p. 130.
7. “Monomanie suicide guérie par la suggestion pendant l’état de sommeil provoqué”, par M. le Dr. Liébeault. International Congress of Experimental Psychology. Second Session, London, 1892, p. 145.
8. “Psycho-Thérapie”, par les Docteurs A. W. van Renterghem et F. van Eeden. Paris, 1894.
9. “Hypnotisme, suggestion, psychothérapie”, Etudes nouvelles par le Dr. Bernheim, Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy. Paris, 1891.
10. “Valeur thérapeutique de la suggestion dans quelques psychoses”, par le Docteur de Jong (de la Haye). Comptes rendus du premier Congrès International de l’hypnotisme expérimental et thérapeutique. Paris, 1889, p. 196.
11. “Guérison par la suggestion hypnotique d’idées délirantes et de mélancholie avec conscience”, par M. le Docteur Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière. *Revue de l’hypnotisme*, 1888, vol. ii, p. 242.
12. “Application de l’hypnotisme au traitement des maladies mentales”, par M. le Dr. Burckhardt, directeur de l’asile d’aliénés de Préfargier (Suisse). *Revue de l’hypnotisme*, 1889, vol. iii, p. 56.
13. “Manie hystérique avec impulsions et hallucinations guérie par la suggestion”, par le Docteur P. Burot, professeur à l’école de Rochefort. *Revue de l’hypnotisme*, 1889, vol. iii, p. 336.
14. “Quelques considérations sur la psychologie de l’hypnotisme à propos d’un cas de monomanie guérie par suggestion”, par M. Delboeuf, professeur à l’Université de Liège. *Revue de l’hypnotisme*, 1893, p. 200.
15. “Les neurasthéniques et la suggestion. – Agoraphobie traitée avec succès par la suggestion”, par M. le Docteur Antoine Mavroukakis. *Revue de l’hypnotisme*, 1893, vol. ii, p. 374.
16. “Jalousie morbide, compromettant la vie, guérie par la suggestion”, par M. le Dr. Bourdon, do Méru. *Revue de l’hypnotisme*, 1894, vol. iii, p. 141.
17. “Der Hypnotismus und seine Anwendung in der praktischen Medicin”, von Dr. Med. Otto G. Wetterstrand in Stockholm. Wien und Leipzig, 1891.
18. “Die Suggestions-Therapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtsinnes”, von Dr. A. Freiherrn von Schrenck-Notzing, Prakt. Arzt in München. Stuttgart, 1892.

19. "Der Hypnotismus, seine psycho-physiologische, medicinische, strafrechtliche Bedeutung und seine Handhabung", von Dr. August Forel, Professor der Psychiatrie und Director der kantonalen Irrenanstalt in Zürich. Stuttgart, 1891.
20. "Hypnose und Suggestion im Dienste der Heilkunde", von Dr. Ewald Hecker, Spezialarzt für Nervenkrankheiten in Wiesbaden und Johannisberg am Rhein. Wiesbaden, 1893.
21. "Erfolge des therapeutischen Hypnotismus in der Landpraxis", von Dr. Georg Ringier. München, 1891.
22. "Casuistische Mittheilungen über Suggestionstherapie", von Dr. F. Scholz, Director der Krankenanstalt zu Bremen. *Zeitschrift für Hypnotismus*, February, 1893, p. 172, 187.
23. "Ein Beitrag zur psychischen und suggestiven Behandlung der Neurasthenie", von Dr. Freiherrn von Schrenck-Notzing. *Zeitschrift für Hypnotismus*, December, 1893, p. 94.
24. "The use of suggestion of the first degree, as a means of modifying or of completely eliminating a fixed idea", by Russell Sturgis, M.D., Boston. *Medical Record*, New York, February 17, 1894.
25. "Hypnotism", by Albert Moll (of Berlin). London, 1890.
26. "The Psychology of the Attention", by Th. Ribot. London, 1890.
27. "Imperative Ideas", by D. Rack Tuke, M.D., *Brain*, Part II, 1894, p. 179.

J. Milne Bramwell

No centenário de *Allgemeine Psychopathologie**¹

Xavier Urquiaga*²

In memoriam Professor Doutor Dionisio Nieto Gómez

Há exatos 100 anos, no mês de julho do ano de 1913 e às vésperas do início da Primeira Guerra Mundial — acontecimento que pode ser considerado o princípio histórico do século XX —, é publicado na Alemanha um livro extraordinário com o título de *Psicopatologia Geral: um guia para estudantes, médicos e psicólogos (Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen)*. Essa obra excepcional, junto com o Tratado de Psiquiatria de Emil Kraepelin, fundador da nosologia psiquiátrica moderna que a precedeu, é um marco na história da psiquiatria, tal como agora a conhecemos e praticamos.

Seu autor, Karl Jaspers, um jovem médico de apenas trinta anos de idade, nasceu em 23 de fevereiro de 1883, na cidade de Oldemburgo, na Alemanha, no seio de uma família liberal de classe média alta que por muitas gerações já vivia nessa região. Uma vez concluída a educação fundamental em sua cidade natal e, desde então, inclinado intelectualmente à filosofia, para agradar a seu pai iniciou em 1901 seus estudos de Leis na Universidade de Friburgo, mas poucos meses depois teve de interrompê-los ao apresentar

*¹ Este ensaio foi publicado originalmente em espanhol na revista *Salud Mental*, 36(6), 439-448, nov.dez./2013. A publicação em português foi autorizada pelo Director-Editor Dr. Héctor Pérez-Rincón. Tradução de Supernova Tradução e Comunicação Ltda.

*² Colegio de Psiquiátras del Estado de Yucatán. Mérida, Yucatán, México.

sintomas de incapacidade respiratória, cujo diagnóstico foi bronquiectasia. Apesar das sérias limitações ocasionadas por essa enfermidade, que continuariam ao longo de sua vida, após ser submetido a um tratamento e um período de recuperação, sua notável tenacidade em todas as tarefas que empreendeu ao longo da vida determinou que, em outubro daquele ano, retomasse suas atividades acadêmicas. Foi assim que se matriculou na Universidade de Heidelberg para continuar seus estudos de Direito. Para cumprir as matérias optativas exigidas pelo ensino da época, desenhou um amplo e ambicioso programa, que incluía o comparecimento a seminários de filosofia, arte e psicologia experimental, presidido então por Emil Kraepelin, diretor da Clínica Psiquiátrica da universidade. Esse foi seu primeiro contato com as ciências da saúde mental.

Novamente, devido à sua saúde frágil, vê-se obrigado a suspender os estudos. Na primavera de 1902, viaja para a Itália e, ao regressar à Alemanha, cursa o semestre de verão em Direito, agora na Universidade de Munique. Entretanto, já que continuava enfermo e sua recuperação não era ainda suficiente, por conselho de seus médicos e como parte do tratamento da afecção das vias respiratórias, no mês de agosto se retira às montanhas de Sils-Maria, na Suíça. Em meio à tranquilidade do campo, reflete seriamente sobre seu futuro e decide abandonar os estudos do Direito para se dedicar à ciência como um passo prévio ao estudo da Filosofia, disciplina que sempre mais lhe interessou e à qual acabou dedicando toda a sua vida. Para tanto, era necessário convencer seu pai — que financiava seus estudos e insistia que o filho fosse advogado — de que seu interesse maior era a ciência e não as leis. Suas negociações tiveram sucesso e seu pai aceitou continuar financiando seus estudos. No semestre de inverno daquele mesmo ano, matricula-se como estudante de Medicina na Universidade de Berlin, onde cursa os dois primeiros semestres dos 12 que essa carreira exigia. Sua enfermidade e a relativa distância entre a universidade e o local de seu alojamento limitavam seu desempenho como estudante, de modo que decide transferir-se para a Universidade de Gotinga, onde continuaria seus estudos de Medicina e permaneceria os três anos seguintes. No entanto, devido a, mais uma vez, condições de saúde e também interesses científicos e intelectuais, no verão de 1906 Jaspers retorna à Universidade de Heidelberg, onde conclui seus estudos de Medicina e, em janeiro de 1908, apresenta o exame de Estado e é graduado com “*suma cum laude*”.

Com o propósito de se dedicar à Psiquiatria, continua o treinamento médico como estagiário de Medicina na Clínica Psiquiátrica da própria Universidade de Heidelberg, hospital que Emil Kraepelin havia deixado a direção anos atrás — ao ser nomeado professor de Psiquiatria na Universidade de Munique — e que em 1908 estava sob a direção do prestigiado neuroanatomista Franz Nissl. Contudo, logo considera que, apesar de ter a oportunidade de aprofundar-se nas histórias clínicas dos pacientes, quase não se dedicava ao tema da terapêutica. “O grande

equivoco dessa clínica é que não se aprende terapia. Principalmente, um tipo de nihilismo terapêutico é estimado aqui. Entretanto, não é tão mau no sentido de que se você é bom no diagnóstico, a terapia representa a parte mais fácil. Em relação ao diagnóstico, eu não poderia ter instrução melhor do que aqui, tanto na quantidade de material quanto na abordagem científica muito crítica que prevalece na clínica”.¹

Além disso, como recorda em suas notas autobiográficas,² pareceu-lhe que como era comum em outros hospitais alemães, não apenas o ensino do tratamento era nulo, como tampouco se fazia pesquisas científicas. Não obstante, como estava interessado nos transtornos mentais, aprendeu tudo o que lhe era apresentado. Rapidamente percebeu que havia uma grande confusão quanto à terminologia empregada pelos psiquiatras provenientes de diferentes escolas, fator que dificultava muito o entendimento entre eles. “Pareceu-me que a origem dessa confusão intelectual descansava na natureza do caso. O objeto da psiquiatria era o homem, não apenas seu corpo (...) Nosso tema era também ‘*Geisteswissenschaften*’ (as ciências humanas). Deviam desenvolver os mesmos conceitos, só que com muito mais sutileza e definição. Um dia ouvíamos um discurso no estado confusional ou um falar paranoico e então disse a Nissl: ‘Temos que aprender com os filólogos’. Foi quando iniciei a busca que a Filosofia e a Psicologia podiam nos oferecer... Essa era a situação em 1911, quando Wilmanns e o editor Ferdinand Springer me pediram para escrever *Psicopatologia Geral*.”²

Independentemente desses obstáculos para sua preparação em Psiquiatria, Jaspers enfrentou outro problema que provavelmente determinou seu fugaz passo para ela, que poderia ter se prolongado por muito mais tempo, caso não tivesse adoecido. Sua incapacidade respiratória o impedia de cumprir as exigências trabalhistas da clínica e limitava muito a necessidade absoluta de estar em contato com os enfermos, impossibilitando assim sua obtenção direta de informação detalhada, o que sempre considerou de grande importância, tanto para a pesquisa quanto para a prática psiquiátrica. Não obstante, isso permitiu-lhe levar adiante os trabalhos necessários para escrever e defender sua tese “Nostalgia e delito”,³ em dezembro de 1908, com a qual obteve o grau de doutor e que foi publicada no ano seguinte.

Novamente por sua incapacidade física, viu-se obrigado a interromper seu trabalho com os enfermos assistidos pela clínica e, no início de 1909, já como residente em psiquiatria (assistente voluntário sem salário) e sem ter abandonado sua intenção de ser psiquiatra, convence Franz Nissl de que, sob sua supervisão, fosse permitido que ele trabalhasse em sua pesquisa na biblioteca da clínica, fazendo apenas algumas suplências quando algum de seus colegas não comparecesse ou não estivesse disponível. Franz Nissl aceitou.

Essa nova ocupação permitiu que Jaspers se dedicasse inteiramente a escrever vários trabalhos de singular importância em psicopatologia e que foram publicados na revista *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, fundada por Alois

Alzheimer em 1910. São eles, em ordem cronológica: *Delírio zelotípico, contribuição ao problema: desenvolvimento de uma personalidade ou processo?* (1910),⁴ conceitos fundamentais em sua obra de psicopatologia; *Os métodos de medição da inteligência e o conceito de demência* (1910),⁵ do qual particularmente orgulhou-se; *Análise das percepções equívocas (vivacidade e juízo de realidade)* (1911);⁶ *A corrente de pesquisa fenomenológica em psicopatologia* (1912);⁷ e *Relações causais e “compreensíveis” entre destino e psicose na demência precoce (esquizofrenia)* (1913).⁸

A culminação desses trabalhos nesse período da vida de Karl Jaspers foi sua monumental obra *Psicopatologia Geral*, que começou a escrever em 1911 por solicitação do editor Ferdinand Springer e de seu colega Karl Wilmanns, que em 1918 sucedeu a Franz Nissl na direção da Clínica Psiquiátrica de Heidelberg até 1933, ano em que foi o primeiro professor universitário de grande prestígio a ser expulso de seu posto em uma universidade alemã por razões políticas, fato que encerrou um dos períodos mais luminosos do hospital.

Uma vez publicada *Psicopatologia Geral*, ele a apresenta como tese com a qual consegue ser habilitado para a docência e obtém a nomeação de conferencista sem salário em Psicologia na Faculdade de Filosofia de Heidelberg. Três anos depois, em 1916, é promovido a professor assistente em Psicologia na mesma faculdade. Em 1919, publica *Psicologia das concepções do mundo*, tratado que propõe os temas filosóficos fundamentais que desenvolveu ao longo de sua vida e que agora é considerado o primeiro livro de filosofia existencialista publicado, já que antecede *O ser e o tempo* (1927), de Martin Heidegger. A partir de então, a trajetória intelectual e acadêmica de Jaspers se separa da medicina e da psiquiatria e se dirige à filosofia, disciplina da qual se ocuparia ao longo de toda a sua vida e de que nunca mais se distanciou.

Em 1921, obteve a cátedra de Filosofia na Universidade de Heidelberg e, em 1932, publicou o livro *Filosofia*, que é considerado sua obra filosófica mais importante. Permaneceu nesse cargo até 1937, ano em que o regime de Hitler o expulsou da universidade já que, fiel à sua própria filosofia, era um importante, prestigiado, firme e radical opositor do nacional socialismo. Somado a isso, estava o fato de ser casado com Gertrud Mayer, judia-alemã, com quem contraiu matrimônio em 1910. Durante a ditadura hitleriana, que o condenou ao ostracismo e proibiu todas as suas publicações, permaneceu retirado na cidade de Heidelberg, mas continuou com suas atividades intelectuais. Isso permitiu, após muitos anos, que ele voltasse à psiquiatria, ao fazer uma revisão profunda de *Psicopatologia Geral*, que não pôde publicar até 1946 pela proibição de suas obras. Com poucas alterações e notas em posteriores edições é a versão que se conhece, traduzida para o espanhol e publicada pela primeira vez na Argentina em 1970⁹ e no México, em versão revisada, em 1993.¹⁰

Suas tentativas para sair da Alemanha para a Inglaterra e para a Suíça foram condicionadas à permanência de sua esposa na Alemanha, exigência que de forma alguma aceitou e que, inclusive, levou-o a fazer um pacto suicida com ela, caso fosse deportada para um campo de concentração. Isso não chegou a acontecer porque, apesar de ela já estar incluída na lista do próximo trem que partiria de Heidelberg para algum campo de extermínio, a cidade foi liberta ao ser tomada pelo exército norte-americano em 1º de abril de 1945.

Em 15 de abril daquele ano, é reinstalado em sua cátedra de Filosofia e pronuncia o Discurso inaugural de reabertura da Faculdade de Medicina. A partir de então, publica um grande número de livros e ensaios filosóficos, o que o fez receber muitos prêmios e distinções acadêmicas. Em 1948, é nomeado professor de Filosofia na Universidade de Basileia, onde permanece até sua morte, em 26 de fevereiro de 1969. Atualmente, Karl Jaspers e Martin Heidegger são considerados os expoentes máximos da filosofia existencialista da Alemanha.

Psicopatologia Geral, de Jaspers, não é um tratado de psiquiatria, tampouco é um livro de filosofia. É um livro de psicopatologia, inovador na sua concepção, em seu conteúdo e na sua estrutura, o que lhe confere características especiais e o situa entre a ciência médica e a filosofia. Para Jaspers, ter experiência científica era uma exigência necessária para fazer filosofia e constituiu um passo prévio para transitar para ela. A maneira de seu proceder intelectual marca a evolução de seu pensamento, que o levou finalmente ao que foi sempre seu maior interesse: a filosofia.

Psicopatologia Geral não foi o primeiro livro escrito com esse título. Certamente, como o próprio Jaspers pontua na introdução de sua obra, na Alemanha dois livros de psicopatologia precederam ao seu: o de Herman Emminhghaus, publicado em 1878,¹¹ e o de Störing, em 1900.¹² Sobre o primeiro, Jaspers disse: “Seu método é puramente descritivo e mostra as atitudes gerais não provadas da medicina, baseadas nas ciências naturais de seu tempo”¹³ e, sobre o segundo, adverte que é fundamentalmente teórico: “mas ante a enorme variedade da realidade psíquica, o livro de Störing oferece soluções muito limitadas”.¹⁴

Entretanto, e sem subestimar o mérito dessas obras, Jaspers considerou que não cumpriam com o que, a seu ver, era o principal propósito da psicopatologia, pois para ele: “Uma psicopatologia geral não é apenas a exposição didática do já existente, mas sim realiza um trabalho consciente na ordenação do todo. Todo psiquiatra se caracteriza pela espécie do ordenamento em que há uma imagem total mais ou menos complexa, móvel ou rígida. Um livro sobre psicopatologia quer cooperar com esse quadro total ou no modo de pensar do todo, onde todos os métodos particulares têm seu sentido e seus limites. Livros que aspiram justamente a uma exposição total têm, portanto, sua importância decisiva pelo modo como veem o todo e como fazem aparecer esse todo na sistemática visível e na direção do pensamento”.¹⁵

Assim, para Jaspers, o objeto da psicopatologia é algo muito distinto, maior, variado e profundo que o de seus predecessores: “É o acontecer psíquico realmente consciente. Embora sua principal preocupação sejam os feitos patológicos, é também necessário conhecer o que em geral os seres humanos experimentam e como o fazem. Em resumo, ocupa-se da totalidade da realidade psíquica. É necessário não apenas examinar as vivências, mas também as causas e as condições em que aparecem, assim como as relações e os modos em que a experiência se manifesta”.¹⁶

Muito já foi dito que *Psicopatologia Geral* é um livro de difícil leitura e que, em grande medida, isso se deve — excluindo a psiquiatria alemã sobre a qual teve grande influência desde sua publicação — à sua aceitação tardia; contudo, ele influenciou nas teorias psiquiátricas e na própria prática da Psiquiatria em outros países, pois nas palavras de Michael Shepherd: “sua argumentação é densa e exposta de forma difusa, bastante difícil no original alemão e, frequentemente, também compreensivelmente difícil em outro idioma, apesar dos heroicos esforços de seus tradutores... Talvez a dificuldade principal que o livro apresenta é que não se encaixa em um modelo familiar reconhecível para o leitor”.¹⁷

Certamente, para se ler esse livro e fazer dessa leitura mais proveitosa, é importante conhecer sua peculiar estrutura. Nesse sentido, como bem aponta S. Nassir Ghaemi,¹⁸ outra vez é o eminente psiquiatra inglês Michael Shepherd, dedicado estudioso de Jaspers, “quem provavelmente melhor captou sua natureza” quando afirma que: “deve ser considerado como um mapa intelectual, um guia para uma série de temas separados, porém relacionados, do conhecimento e que são identificados no índice... O objetivo principal do livro não é, entretanto, apresentar um estudo ordenado, mas sim uma visão geral desenvolvida, nas palavras de Jaspers, ‘para desenvolver e ordenar o conhecimento, guiados pelos métodos por meio dos quais se ganha para aprender a conhecer o processo do conhecimento e, portanto, esclarece o material’. A consequência desse objetivo depende primariamente do esclarecimento de uma série de conceitos que tradicionalmente são ignorados ou excessivamente simplificados na literatura psiquiátrica. Para tratar devidamente de temas como a relação mente-corpo, o papel da pesquisa científica, os princípios da classificação, a personalidade, a dicotomia subjetivo-objetivo ou as noções de saúde e enfermidade, é exigido conhecimento da história das ideias em outras disciplinas. É aqui que Jaspers introduz suas próprias ideias, recorrendo a uma volumosa tradição das teorias filosóficas e sociais para apoiar esses problemas perenes na relação com a psicopatologia.”¹⁹

Resumir *Psicopatologia Geral* de Jaspers é uma tentativa em vão, nem sequer uma síntese do livro pode dar uma ideia precisa do que se trata. Tentá-lo tampouco tem muito sentido, pois por melhor que a síntese fique, necessariamente, muitas das ideias profundas e sutis expressadas no livro seriam perdidas e se cairia facilmente na superficialidade.

O livro se divide em seis partes, precedidas pela introdução e é concluído com um apêndice. Entretanto, para se ter uma ideia completa de seu conteúdo, talvez o melhor caminho seja recorrer a Jaspers e deixar que o próprio o expresse. Na introdução, assim o resume:

“Na primeira parte aparecem os *atos típicos particulares empíricos da vida psíquica*. As vivências subjetivas e os estados somáticos, os rendimentos objetivos e os fatos significativos se manifestam sucessivamente na expressão mundo e obra (por exemplo, expressões, produções e as próprias palavras dos enfermos). Toda essa parte exercita, ao mesmo tempo, os *órgãos de apreensão* do psicopatologista e mostram os resultados imediatos”.

“Na segunda e na terceira parte, dedicamo-nos às *relações* da vida psíquica; mais precisamente, na segunda, às *compreensíveis* e, na terceira, às *causais*. As relações não são conhecidas diretamente pela admissão dos fatos, mas sim mediante, na pesquisa, pela verificação dos fatos. Essas duas partes exercitam também os *órgãos de pesquisa* do psicopatologista. Já que o homem entre espírito e natureza é — ao mesmo tempo — ambos, para seu conhecimento são exigidas, igualmente, todas as ciências. O que se estuda na segunda parte pressupõe um domínio das ciências do espírito, o que é indagado na terceira, um domínio da biologia”.

“Na quarta parte, após o predominantemente analítico, segue algo predominantemente sintético. Trata-se de saber como *a totalidade da vida psíquica* é concebível. O que aqui se destaca desperta a *concepção total do clínico*. Esse vê o homem inteiro, individual, pensa na unidade nosológica, em seu diagnóstico, na constituição que o perpassa todo, e na biografia, em cuja totalidade apenas se mostra cada indivíduo”.

“A quinta parte considera a vida psíquica anormal *sociológica e historicamente*. A *psiquiatria* é distinguida do resto da medicina também pelo fato de que a alma humana recebe a marca de que o homem não é apenas uma criatura natural, mas também um ser cultural. Os processos psíquicos enfermos dependem, no seu conteúdo e na sua forma, do círculo cultural e repercutem nele. A quinta parte apresenta a *visão histórica* da realidade humana”.

“Na sexta parte chegamos a uma discussão terminal sobre o *todo do ser humano*. Nessa parte já não são feitas comprovações empíricas, mas uma reflexão filosófica. As totalidades específicas, que tiveram em cada capítulo um sentido diretivo, são todas relativas. Tampouco a concepção geral do clínico abrange empiricamente o todo do ser humano. Sempre é o homem e ainda o que é reconhecido nele. A discussão final não aumenta, portanto, nosso saber, mas sim esclarece nossa *atitude filosófica* básica, na qual realizamos todo saber e todo conhecer do homem”.

“O tema desse livro é mostrar o que sabemos. Só no apêndice são caracterizadas fundamentalmente as tarefas práticas. Uma breve resenha da psicopatologia como ciência é traçada”.²⁰

Como é possível ver nessa resenha do próprio Jaspers, *Psicopatologia Geral* trata de temas fundamentais para a psiquiatria, cuja cuidadosa e serena análise é contrária a todo dogmatismo, ao que Jaspers sempre se opôs de modo radical. Nela são expostos os fundamentos da psicopatologia, considerando o ser humano em sua totalidade, como exige qualquer análise que se faça dele e que pretenda um autêntico conhecimento do homem, são ou enfermo.

É importante deixar claro que em *Psicopatologia Geral*, Jaspers utilizou unicamente parte do método fenomenológico, já que “aceitou apenas o primeiro passo da fenomenologia, o momento descritivo, e se negou a dar o próximo passo, o da busca pelas essências, por considerá-lo de caráter filosófico ou metafísico e, assim, não científico”.²¹

Por esse motivo, adverte que “Houve um mal-entendido quando meu livro foi designado como ‘obra principal de tendência fenomenológica’. A atitude fenomenológica é um ponto de vista e foi exposta detalhadamente em um capítulo deste livro. Mas a ideia do livro é justamente ser apenas um ponto de vista e inclusive um ponto de vista subordinado”.²² Assim, Jaspers somente aplicou à psiquiatria um método tomado da filosofia, mas isso não significa que fez filosofia da psiquiatria, como alguns pretendem. Aplicar um método filosófico a uma ciência não faz de ninguém filósofo, pois aceitar isso equivaleria a sustentar que faz filosofia quem aplica o método da lógica de Aristóteles a seu pensamento cotidiano.

Mais adiante, Jaspers aponta no livro a utilidade que o método fenomenológico tem para a psicopatologia quando diz: “A fenomenologia tem vários propósitos: proporciona *uma descrição concreta* dos estados psíquicos que os enfermos realmente experimentam e *mostram para ser observados*; revisa a inter-relação entre eles, *delimita-os* com toda a precisão possível, diferencia-os e lhes proporciona uma terminologia adequada. Já que nunca podemos perceber as experiências psíquicas de outros de uma maneira direta, como ocorre com os fenômenos físicos, apenas podemos ter alguma representação deles. Deve haver um ato de empatia, de compreensão, ao que se pode agregar, de acordo com o que o caso exige, uma enumeração das características externas do estado psíquico ou das condições sob as quais ocorre, podendo fazer comparações definidas ou recorrer ao uso de símbolos ou a algum tipo de manejo sugestivo dos dados. Nossa principal ajuda em tudo isso provém das próprias *autodescrições* dos enfermos, que podem ser evocadas e comprovadas no curso das conversas pessoais; de tudo isso obtemos dados com melhor definição e clareza. As descrições escritas pelos pacientes podem ter um conteúdo abundante, mas não podemos fazer outra coisa além de aceitá-las. Uma experiência é mais bem descrita pela pessoa que a sofreu. As observações psiquiátricas realizadas com as próprias elaborações sobre o que o enfermo está sofrendo nunca as substituirá”.²³

“O que é necessário é uma tranquila imersão nos fatos da vida psíquica, sem adotar nenhuma atitude específica em relação a eles. Os seres humanos devem ser

observados de maneira imparcial, com vivo interesse e sem fazer nenhum tipo de valoração”.²⁴

Entretanto, adverte Jaspers, “A fenomenologia (apenas) nos dá uma série de fragmentos do psíquico realmente vivenciado... [mas como] os atos e mundos dos enfermos e suas manifestações mentais mostram sempre outro tipo de fato, perguntamos em qual relação estão todos eles”.²⁵

Frente a esse questionamento, cuja resposta é fundamental para que a psicopatologia não se limite a uma simples identificação e coleta de fatos psíquicos captados fenomenologicamente, Jaspers, com surpreendente clareza e simplicidade, resolve esse grave problema ao aplicar, aos fenômenos psíquicos, o método da compreensão e a explicação proposta por Wilhelm Dilthey em 1894.²⁶ Efetivamente, Dilthey havia sugerido anos atrás que esse método era o adequado para o estudo das ciências do espírito (ciências humanas), que eram suscetíveis de *compreensão* e entre as quais estavam incluídas a psicologia e as ciências naturais. Seu estudo estava acessível por meio da *explicação* e, entre outros, compreendia a biologia. De sua obra foi retirado o conhecido aforismo: “A mente é compreendida, a natureza é explicada”.

Certamente, a vida psíquica de toda pessoa é uma sucessão de fatos, vivências e acontecimentos que confluem no tempo e às circunstâncias particulares que a cada qual cabe viver. Essas condições determinam em grande medida suas características particulares, únicas e exclusivas que as distinguem das demais e que conformam no sentido de sua própria história. Mas é evidente que, ao não se tratar de fatos isolados e desconexos, mas sim que — ao contrário — relacionam-se de múltiplas formas e modos, a vida psíquica da pessoa se organiza e se manifesta plena de sentido, ou seja, é *compreendida*. Essa realidade, que sem o menor esforço verificamos todos os dias em nós mesmos e também nos demais, integra a própria, pessoal e exclusiva biografia que por suas características únicas lhe confere a identidade, singularidade e individualidade que distingue a todo ser humano.

Na realidade, o próprio Jaspers já havia ensaiado com frutíferos resultados o método da compreensão e a explicação dos fenômenos psíquicos em outros trabalhos^{4,7,8} escritos por ele na mesma época de *Psicopatologia Geral*. Entretanto, é aqui onde suas ideias estão resumidas e propostas como um método para definir com muito mais precisão o que ocorre com os enfermos mentais:

“Para evitar ambiguidades, empregamos a expressão *compreender* (*verstehen*) sempre para a visão do psíquico a partir de dentro. Ao fato de conhecer relações causais objetivas, que apenas são vistas a partir de fora, não o chamamos nunca compreender, mas sim *explicar* (*erklären*)”.²⁷

“Enquanto nas ciências naturais *apenas* podem ser encontradas relações causais, na psicologia, nossa inclinação pelo conhecimento é alcançada na captação de uma espécie muito distinta de relações. O psíquico ‘surge’ do psíquico de uma maneira compreensível para nós. Quem é atacado se ira e realiza atos de defesa,

quem é enganado sente-se desconfiado. A maneira em que o surgimento é realizado é compreendida por nós, *nossa compreensão é genética*. Assim compreendemos reações vivenciais, o desenvolvimento de paixões, o surgimento do delírio, compreendemos o conteúdo do sonho e do delírio, dos efeitos da sugestão, compreendemos uma personalidade anormal em sua própria relação essencial, compreendemos o curso fatal de uma vida, compreendemos como o enfermo compreende a si mesmo e como a maneira dessa compreensão de si mesmo se torna um fator do desenvolvimento psíquico ulterior”.²⁸

318

Mais adiante, seguindo essa mesma linha de pensamento, Jaspers proporciona um panorama completo e preciso do método empregado por ele, ao distinguir duas formas do compreender genético, a saber: a “compreensão racional”, que é puramente fenomenológica e descritiva: “Por exemplo, quando os pensamentos podem ser entendidos porque emergem uns dos outros de acordo com as regras da lógica e as conexões são entendidas racionalmente (compreendemos o falado)”²⁹ e a “compreensão empática” (*empfinden*), que é aquela que surge exclusivamente dos fenômenos psíquicos, tem sua origem neles mesmos e permite relacioná-los entre si: “Mas quando compreendemos os conteúdos mentais como surgidos dos estados de ânimo, desejos e temores do que se pensa, compreendemos primeiro de modo psicológico ou empático (compreender do que fala)”³⁰ “Se o compreender racional conduz sempre à comprovação de que o conteúdo psíquico é simplesmente uma conexão racional, compreensível sem ajuda da psicologia, o compreender empático, por outra parte, sempre nos conduz diretamente às conexões psíquicas. Se a compreensão racional é apenas um meio auxiliar da psicologia, a compreensão empática leva à psicologia”³¹.

Consequência lógica do anterior é que nas ciências naturais a compreensão do fato observado não é operante, já que se elas não são acessíveis à compreensão apenas poderão ser explicadas. Além disso, por outro lado, apesar de a explicação dos fenômenos naturais não ter limite, “a compreensão, ao contrário, encontra fronteiras em todas as partes”...

“A existência de predisposições psíquicas, especiais, as regras da aquisição e perda das disposições da memória, a consequência do estado psíquico total nas diferentes partes da vida e todo o restante, que podemos resumir como subestrutura do psíquico, é fronteira para nossa compreensão”.³² No mundo físico, todo fenômeno observado necessariamente *tem* uma explicação e o fato de que, em determinadas circunstâncias, ela não pode ser dada, de nenhuma maneira significa que não exista, simplesmente que, de momento, não é conhecida, mas que provavelmente no futuro será encontrada.

Para Jaspers, o problema psicopatológico fundamental consiste em determinar se o transtorno psíquico que observamos corresponde ao desenvolvimento unitário

de uma personalidade ou à irrupção de um processo orgânico “que com a interrupção do curso biológico da vida altera a vida psíquica de modo incurável, irreversivelmente”.³³ E é precisamente aqui que Jaspers demonstra que esse problema tão importante pode ser resolvido aplicando o método do compreender e o explicar. “*Os critérios biográficos do processo são: a aparição de um elemento novo localizado em um breve espaço de tempo; que esse seja acompanhado por diversos sintomas conhecidos; a ausência de uma causa precipitante ou de alguma vivência suficiente que explique sua aparição. Por outro lado, falamos de desenvolvimento de uma personalidade enquanto sejamos capazes de compreender o que se desenvolveu dentro do marco total da história vital em todas as suas categorias, sempre pressupondo um substrato de eventos biológicos normais*”.³⁴ Assim pois, apesar de, no desenvolvimento da personalidade, se manter a unidade psíquica e, portanto, ser suscetível de ser compreendida, no processo, pelo contrário, a aparição de algo novo, não compreensível, significa uma quebra de sentido na vida psíquica, que poderá ser suscetível de explicação, mas nunca poderá ser compreendida, como erroneamente a escola psicanalítica freudiana supôs.

Essa contribuição de Jaspers foi da maior importância na história da Psiquiatria. Sua introdução da primeira parte do método fenomenológico no estudo da Psicopatologia permitiu, pela primeira vez e de maneira decididamente científica, distinguir aqueles transtornos que são gerados dos acontecimentos e vivências que conformam a vida psíquica do enfermo (e que, portanto, são suscetíveis de serem compreendidos) daqueles outros em que irrompem elementos psíquicos novos — de origem extrapsíquica —; estes “quebram” a continuidade de sentido da vida psíquica sem estabelecer nenhuma conexão com o resto dos elementos psíquicos biográficos e apenas cabe poder explicá-los. Nesses últimos, estamos frente a um fenômeno biológico, cuja expressão será psíquica, porém nada mais. Onde termina a compreensão, inicia-se a explicação.

Além disso, nesse último caso, se o fato não é suscetível de compreensão genética, porque não procede da vida psíquica da pessoa, necessariamente sua origem é extrapsíquica e, portanto, estamos frente a um fenômeno biológico, cuja expressão é psíquica, porém nada mais. Na falta de outros métodos para estudar os transtornos mentais, esse é um instrumento essencial para permitir ao psiquiatra distinguir cientificamente os transtornos puramente psíquicos das autênticas enfermidades orgânicas, independentemente de que se conheça ou não o substrato anatomofisiológico sobre o qual elas se assentam.

Para conseguir os objetivos dessa atitude fenomenológica e poder realizar a análise dos fenômenos psíquicos: compreendê-los ou explicá-los; determinar se se trata de um desenvolvimento ou de um processo, e estabelecer um diagnóstico sobre bases firmes, Jaspers considera necessário elaborar uma história patobiográfica o

mais completa possível. Isso se obtém, apenas, mantendo um diálogo contínuo com o enfermo, pois de outro modo não pode ser conseguido. Ao longo desse diálogo, a autêntica biografia do enfermo, a trajetória de sua vida e as circunstâncias que a rodearam poderão ser conhecidas paulatinamente; entretanto, apenas até certo ponto — já que há muitos limites para a compreensão — isso permitirá o aprofundamento nas mais íntimas vivências daquela pessoa, objeto de nosso estudo. Desse modo, pode-se conseguir, às vezes não sem um grande esforço, uma descrição aproximada de como seu psiquismo evoluiu. Na Psiquiatria, não se pode prescindir da história patobiográfica do enfermo se, realmente, se quer chegar a um diagnóstico, indispensável para aplicar um tratamento correto.

E assim o expressa Jaspers: “Toda vida psíquica é um *todo como forma temporal (Zeitgestalt)*. Captar um homem é algo que exige a contemplação de sua vida desde o nascimento até a morte. Enquanto os médicos somáticos apenas se relacionam com uma enfermidade passageira ou crônica... os psiquiatras, ao contrário, sempre se ocuparam de toda a vida passada de seus enfermos com todos os seus nexos de natureza pessoal e social. *Toda história clínica correta conduz à biografia*. A enfermidade psíquica está arraigada no todo da vida e, para sua captação, não pode ser isolada desse”.³⁵

320

Portanto, em uma patobiografia devem ser incluídos “todos os fatos referentes a um homem que possam ser conhecidos”.³⁵

Apesar de a história clínica ser essencial na medicina, na psiquiatria adquire particular importância, pois, até onde seja possível, deverá aproximar-se a refletir o todo do ser humano: sua vida psíquica e seu acontecer biológico. Para Jaspers, esse tema é de capital importância em Psiquiatria e, por isso, dedica um longo capítulo com o qual termina a quarta parte de *Psicopatologia Geral*.

Quando Jaspers escreve *Psicopatologia Geral*, a psiquiatria alemã da época estava dominada pela figura de Emil Kraepelin, fundador da psiquiatria clínica com base biológica empírica, ramo da medicina e, portanto, incluída entre as ciências naturais. Por outra parte, em uma dimensão distinta e com enfoque diametralmente oposto, Sigmund Freud, aplicando ao estudo das neuroses o método compreensivo que logo estendeu ao estudo de toda a patologia psiquiátrica, propunha sua teoria psicanalítica que rapidamente alcançou grande difusão e aceitação em certos círculos psiquiátricos. É óbvio que Jaspers não podia permanecer alheio a essas duas correntes do pensamento psiquiátrico que não coincidiam com o seu e que, com modificações substanciais, estão presentes na psiquiatria de hoje.

Emil Kraepelin, nas sucessivas edições de seu livro, *Psiquiatria. Manual para estudantes e médicos (Psychiatrie. Ein Lehrbruch für Studierende und Ärzte)*, com grande acerto propôs uma nova sistematização da nosologia psiquiátrica que sobrevive até nossos dias. Essa nova nosografia foi elaborada a partir do cuidadoso

seguimento da evolução da história natural das enfermidades psiquiátricas de diversos pacientes, produto de suas próprias observações e da análise detalhada de centenas de histórias clínicas, identificando sintomas, observando suas modificações e agrupando-as em síndromes para assim chegar a conformar entidades diagnósticas definidas. Com essa sistemática, conseguiu superar o caos classificatório da psiquiatria, que prevalecia não apenas na Alemanha, mas no mundo todo, ao separar um grupo de graves transtornos do pensamento com características particulares ao qual denominou “demência precoce”, que inevitavelmente conduziam à deterioração das funções psíquicas, ou seja, à demência, da “psicose maníaco-depressiva”; os transtornos nessa enfermidade eram primariamente próprios da vida afetiva do enfermo, apresentavam-se em fases que alternavam com períodos de normalidade e sua evolução se caracterizava por não produzir deterioração alguma, uma vez que desaparecia a fase. Não sem certa resistência inicial, principalmente fora da Alemanha, a comunidade psiquiátrica da Europa e, finalmente, no mundo todo, aceitou a proposta de Kraepelin e hoje em dia segue vigente em suas linhas gerais, além de ser o pilar que sustenta a nosografia psiquiátrica do século XXI.

Jaspers não objeta de maneira direta a nosografia de Kraepelin, a qual considerava que continha princípios claros e muito úteis sobre a classificação dos transtornos mentais, que superava muito às que anteriormente outros autores haviam proposto. Entretanto, adverte que nela apenas podem ser incluídas aquelas entidades suscetíveis de explicação, mas não aqueles transtornos que podem ser compreendidos. Ou seja, faltava a fenomenologia ao panorama diagnóstico da nosografia de Kraepelin.

Portanto, sendo essencial o diagnóstico na prática psiquiátrica, Jaspers estabelece os princípios fundamentais que devem ser cumpridos para consegui-lo:

“Deve ser tal que todo caso possa ser classificado apenas em um lugar, que todo caso encontre um local; que a classificação seja objetivamente obrigada, de maneira que os diversos pesquisadores cheguem ao mesmo ordenamento dos casos”.³⁶ Sobre essas bases propõe um esquema diagnóstico maior que o proposto por Kraepelin e que divide em três grupos, a saber: Grupo I. Enfermidades somáticas conhecidas com perturbações mentais (enfermidades cerebrais; afecções corporais com psicose sintomáticas; intoxicações). Grupo II. Os três círculos das grandes psicoses (epilepsia genuína; esquizofrenia; enfermidades maníaco-depressivas). Grupo III. As psicopatias (reações anormais independentes dos grupos I e II, a neurose e as síndromes neuróticas; personalidades anormais e desenvolvimentos).³⁷ Essa proposta nosográfica se parece com a adotada pela Associação Psiquiátrica Americana em *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*³⁸ em 1980 — embora apenas em suas linhas gerais e não em seu rigor científico — e que, infelizmente, já se apresenta escurecida e extraviada no DSM-V.

Pierre Pichot, citando Kurt Schneider, resume o alcance da obra de Kraepelin e o pensamento de Jaspers sobre o diagnóstico: “Para Kurt Schneider, o diagnóstico

é fundamental: ‘Para o prognóstico, o tratamento e a peritagem precisamos do diagnóstico’. Aí se tem a indestrutível herança de Kraepelin: ‘Os pilares que ele criou continuam de pé. Se (...) movem-se, não é porque vão quebrar, mas sim porque são elásticos’. Schneider, por sua vez, dá a definição mil vezes citada: ‘Diagnosticar é atender como (a forma), e não o quê (o tema ou conteúdo)... Quando se vê o conteúdo, apenas se vê o biográfico, o exposto da existência. É o que acontece na psicanálise e nas novas modalidades extremas da psicopatologia existencial. Mas aí, certamente, termina o diagnóstico e, portanto, a herança de Kraepelin também. Ao contrário, o aporte de Jaspers — a quem Kurt Schneider considerava seu único professor — não dá lugar a contradições. A psicopatologia kraepeliniana, excessivamente objetiva, superou-se graças à ‘fenomenologia’, enunciada com método e programa por Jaspers; seus objetos eram a vivência e os modos de vivência. Entretanto, perseguia fins diagnósticos, de forma que não se opunha à psiquiatria clínica’.³⁹

Por outro lado, as obras de Sigmund Freud alcançavam um grande êxito, principalmente a partir da publicação, em 1900, de seu livro *A interpretação dos sonhos* e sua atrativa proposta de utilizar a compreensão psicológica no estudo da neurose, que já outros autores haviam ensaiado antes, embora em outro contexto.

322

Já que na psicanálise Freud utilizava principalmente o método compreensivo como única via em suas pesquisas e tratamento, pretendendo explicar todo o acontecer psíquico apenas com esse método e sem limite algum, com exclusão absoluta do método explicativo, Jaspers, em distintos capítulos de *Psicopatologia Geral*, expressa seu pensamento e faz uma ampla e detalhada crítica das ideias freudianas.

Como expô-las todas aqui detalhadamente seria muito extenso, a seguir apenas são citados alguns dos acertos e objeções de mais destaque que Jaspers faz sobre a obra de Freud, particularmente aquelas que se referem à distinção entre explicação e compreensão.

Apesar de Jaspers iniciar reconhecendo que “Dentro da psicopatologia é um mérito da psicanálise a intensificação da psicologia *compreensiva*”, e que “a psicanálise dirigiu com nova energia a atenção à biografia interna”,⁴⁰ mais adiante sinaliza o que a psicanálise freudiana não respeita.

“Os limites de toda psicologia das relações compreensíveis são os mesmos que devem permanecer necessariamente para a psicanálise, na medida em que essa última é compreensiva. Essa compreensão cessa primeiramente frente à realidade das *características empíricas inatas*. Essas, é verdade, não são nunca definitivamente reconhecíveis nem podem ser firmemente estabelecidas. Mas o compreensível vem a deter-se frente a elas, como algo impenetrável e inalterável. Os homens não nasceram iguais, mas singulares e comuns em uma gradação múltipla e nos aspectos mais diversos. O segundo ponto é que a compreensão cessa frente à realidade das *enfermidades orgânicas e da psicose*, frente à natureza elementar desses

fatos. Essa é a realidade decisiva, embora muitas de suas manifestações mostrem traços particulares que, ao menos em algum aspecto, pareçam compreensíveis. O terceiro fato é que a compreensão cessa frente à realidade da *própria existência*, do que a pessoa é. O esclarecimento psicanalítico demonstra aqui ser um pseudoesclarecimento. Embora a própria existência não exista especificamente para a compreensão psicológica, sua influência pode ser percebida nos limites que estabelece para a compreensão psicológica, no mesmo ponto em que algo que é sozinho se manifesta no caráter pouco conclusivo de sentido. A psicanálise sempre *fecha seus olhos* a essas limitações e *quer compreender tudo*”.⁴¹

Em resumo, “Freud trata realmente da *psicologia compreensiva e não da explicação causal* como ele sustenta... A inexatidão da pretensão freudiana de que tudo na vida psíquica, de que todo processo seja *compreensível* (determinado com sentido) se baseia na confusão de relações compreensíveis com relações causais. Apenas se mantém a exigência de causalidade ilimitada, não a pretensão de compreensão limitada...”⁴²

Assim, expresso o pensamento de Jaspers sobre Freud; pode-se concluir que, para ele, apesar de a taxonomia de Kraepelin conter princípios claros e muito úteis sobre a classificação dos transtornos mentais, que superava em muito às que anteriormente haviam proposto outros autores, as ideias de Freud foram qualificadas como pouco científicas e inúteis para sustentar as bases da psiquiatria.

Jaspers, inimigo de todo dogmatismo, considera que apesar de a nosografia ser necessária, indispensável nas tarefas psiquiátricas de todos os dias, não pode basear-se somente na consideração de que “as enfermidades mentais são enfermidades do cérebro”, posto que “essa declaração é tão dogmática como o seria sua negação”.⁴³ Por tanto, nenhuma das duas correntes, nem a de Kraepelin nem a de Freud, excludentes como são, podem explicar a totalidade do acontecer humano a partir de apenas uma perspectiva, como pretendido.

Assim, é aqui que o pensamento de Jaspers adquire particular importância que, por um lado, demonstra que a neurobiologia, enquanto ciência natural que é, apenas pode explicar os fenômenos psíquicos que tenham uma origem orgânica, mas nada contribui com a compreensão, pois simplesmente a exclui. Por outro lado, sinaliza o erro das correntes psicodinâmicas, que pretendem explicar tudo sem nunca respeitar os limites que o método compreensivo possui. As duas são dogmas, já que a afirmação de uma exclui totalmente a outra. Apenas com o compreender e o explicar é possível aproximar-se da totalidade do acontecer humano na saúde e na enfermidade. Mas como com um único método não é possível compreender tudo, é necessário, antes de empregá-lo, reconhecer nele seus alcances e limitações.

Apesar de Jaspers — contemporâneo ao nascimento dessas duas correntes do pensamento psiquiátrico e que, desde então, fez em *Psicopatologia Geral* a única crítica rigorosamente articulada sobre elas, e que conserva plena validade —, não

deixa de ser surpreendente que tenha sido e continue sendo ignorado por um grande círculo de psiquiatras até o dia de hoje.

O panorama da psiquiatria atual não difere muito do que havia na época de Jaspers. De um lado está o reducionismo neurobiológico, descendente direto de Kraepelin, e também a malchamada psiquiatria neokraepeliniana, cuja máxima expressão forma os DSM-III, DSM-IV e DSM-V; esses pouco têm a ver, em muitos de seus capítulos, com o espírito rigoroso que animou Emil Kraepelin a construir sua proposta nosográfica. De outro, encontram-se diversas teorias analíticas e psicológicas originadas pela psicanálise de Freud, com suas múltiplas inconsistências.

Frente a elas, com nova atualidade, está alçado o pensamento de Jaspers, que com precisão sinaliza as características e os limites que o método explicativo tem, quais são as do método compreensivo e para que serve cada um deles. A psiquiatria moderna faria bem em atender aos ensinamentos de Jaspers para esclarecer e aprofundar conceitos, estabelecer limites e avançar com firmeza no progresso dessa ciência.

Os limites impostos por um escrito dessa natureza impedem a realização de uma revisão ao menos superficial dos diversos conceitos essenciais na psiquiatria de hoje, dos quais Jaspers se ocupa detalhadamente em sua obra. Nela foram analisados e esclarecidos com o método fenomenológico e continuam tendo validade, tanto desde o ponto de vista puramente teórico como na prática psiquiátrica de todos os dias. Entre eles, destacam-se a descrição das características da percepção e representação normais e patológicas; as pseudopercepções; as diferenças entre os delírios primários e secundários; as diferenças entre ilusões, alucinações e pseudoalucinações; as características das vivências do espaço e do tempo: sua aceleração na mania e lentificação na depressão; as diferenças entre ideias delirantes e deliroides; a consciência de enfermidade e sua ausência etc., etc.

Se, de fato, quer-se progredir na construção do saber psiquiátrico, se, de fato, se quer avançar no conhecimento do homem enfermo mental e também do são, deve-se retomar o caminho assinalado e empreendido por Karl Jaspers. Certamente, é necessário continuar o estudo de suas ideias e o aprofundamento de seus conceitos, ir além de onde se chegou, tendo sempre presente as novas contribuições da neurociência. Evitar e combater toda classe de dogmatismo com sólidas razões, tal e como ele o fez ao longo de sua vida, como médico e como filósofo, buscando sempre nos aproximar da verdade científica. Mas, principalmente, aproveitar seus enormes acertos que, após cem anos, conservam o frescor e vitalidade e nos aproximam, melhor do que qualquer outro método, do homem enfermo mental, objeto principal do interesse da ciência psiquiátrica.

Seguindo Michael Shepherd, é admirável que um dos pensadores mais importantes de seu tempo, antes de se dedicar à Filosofia, quando apenas era um jovem e brilhante médico-residente da Clínica Psiquiátrica de Heidelberg, tenha

HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA

empregado os dois últimos anos — dos quatro que durou seu treinamento e exercício da Psiquiatria — a escrever uma obra tão importante sobre seus fundamentos, os fundamentos de sua profissão.

Psicopatologia Geral, de Karl Jaspers, foi um esplêndido presente à psiquiatria.

Outubro de 2013.

Agradecimento: A Carlos Peniche Ponce por suas valiosas sugestões para a redação deste texto.

Referências

1. Kirkbright, S. (2004). 'In the clinic'. In S. Kirkbright & K. A. Jaspers. *Biography* (p. 62). Yale: Yale University Press.
2. Ehrlich, L. H., Ehrlich, E. & Pepper, G. B. (Eds). (1986). Origins in scientific research. In L. H. Ehrlich, E. Ehrlich & G. B. Pepper. *Jaspers K: basic philosophical writings. Selections* (p. 5). Ohio: Ohio University Press.
3. Jaspers, K. (1977). Nostalgia y delirio. In K. Jaspers. *Escritos psicopatológicos* (pp. 9-110). Madrid: Editorial Gredos.
4. Jaspers, K. (1977). Delirio celotípico. In K. Jaspers *Escritos psicopatológicos* (pp. 111-181). Madrid: Editorial Gredos.
5. Jaspers, K. (1977). Los métodos de medición de la inteligencia y el concepto de demencia. In K. Jaspers. *Escritos psicopatológicos* (pp. 182-242). Madrid: Editorial Gredos.
6. Jaspers, K. (1977). Análisis de las percepciones equívocas. In K. Jaspers. *Escritos psicopatológicos* (pp. 243-314). Madrid: Editorial Gredos.
7. Jaspers, K. (1977). La corriente de investigación fenomenológica en psicopatología. In K. Jaspers. *Escritos psicopatológicos* (pp. 395-412). Madrid: Editorial Gredos.
8. Jaspers, K. (1977). Relaciones causales y “comprensibles” entre destino y psicosis en la demencia precoz (esquizofrenia). In K. Jaspers. *Escritos psicopatológicos*. Madrid: Editorial Gredos.
9. Jaspers, K. (1970). *Psicopatología general*. Buenos Aires: Editorial Beta.
10. Jaspers, K. (1993). *Psicopatología general*. México: Fondo de Cultura Económica.
11. Emminhghaus, H. (1993). Allgemeine Psychopathologie zur einföhrung in das studium der geistesstörungen (“Psicopatología general como una introducción al estudio de los trastornos mentales”). In K. Jaspers. *Introduction. Psicopatología general*. (2ª edición en español, p. 48). México: Fondo de Cultura Económica.
12. Störring, L. (1993). Vorlesungen über psychopathologie in ihrer bedeutung für die normale psychologie (“Conferencias sobre la psicopatología y su importancia para la psicología normal”). In K. Jaspers. *Introducción. Psicopatología general* (2ª edición en español, p. 48). México: Fondo de Cultura Económica.

13. Jaspers, K. (1997). Introduction. In K. Jaspers. *General psychopathology*. 2 vols (J. Hoenig, & M. W. Hamilton, Trad., p. 39). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
14. Jaspers, K. (1997). Introduction. In K. Jaspers. *General psychopathology*. 2 vols (J. Hoenig, & M. W. Hamilton, Trad., p. 40). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
15. Jaspers, K. (1993). Introducción. In K. Jaspers. *Psicopatología general* (p. 48). México: Fondo de Cultura Económica.
16. Jaspers, K. (1997). Introduction. In K. Jaspers. *General psychopathology*. 2 vols (J. Hoenig, & M. W. Hamilton, Trad., p. 2). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
17. Shepherd, M. (1982). Review of General Psychopathology, by Karl Jaspers. *Brit J Psychiatry*, 141, 310-312.
18. Ghaemi, S. N. (2003). *The concepts of psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
19. Shepherd, M. (1982). Review of General Psychopathology, by Karl Jaspers. *Brit J Psychiatry*, 141, 310-312.
20. Jaspers, K. (1993). Introducción. In K. Jaspers. *Psicopatología general* (pp. 55-56). México: Fondo de Cultura Económica.
21. Doerr-Zegers, O., & Pelegrina-Cetrán (2013). Karl Jaspers' General psychopathology in the framework of clinical practice. In G. Stanghellini, & Th. Fuchs. *One century of Karl Jaspers' General psychopathology* (p. 58). Oxford University Press.
22. Jaspers, K. (1993). Introducción. In K. Jaspers. *Psicopatología general* (p. 58). México: Fondo de Cultura Económica.
23. Jaspers, K. (1997). Subjective phenomena of morbid psychic life. In K. Jaspers. *General psychopathology*. 2 vols (J. Hoenig, & M. W. Hamilton, Trad., p. 55). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
24. Jaspers, K. (1997). Introduction. In K. Jaspers. *General psychopathology*. 2 vols (J. Hoenig, & M. W. Hamilton, Trad., p. 17). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
25. Jaspers, K. (1993). Introducción. In K. Jaspers. *Psicopatología general* (p. 35). México: Fondo de Cultura Económica.
26. Dilthey, W. (1978). Ideas acerca de una psicología descriptiva y analítica. In *Obras de Wilhelm Dilthey*. Tomo VI. México: Fondo de Cultura Económica.
27. Jaspers, K. (1993). Introducción. In K. Jaspers. *Psicopatología general* (p. 36). México: Fondo de Cultura Económica.
28. Jaspers, K. (1993). Las relaciones comprensibles de la vida psíquica (psicología comprensiva). In K. Jaspers. *Psicopatología general* (pp. 342-343). México: Fondo de Cultura Económica.
29. Jaspers, K. (1997). Meaningful psychic connections. In K. Jaspers. *General psychopathology*. 2 vols. (J. Hoenig, & M. W. Hamilton, Trad., p. 304). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
30. Jaspers, K. (1993). Las relaciones comprensibles de la vida psíquica (psicología comprensiva). In K. Jaspers. *Psicopatología general* (p. 344). México: Fondo de Cultura Económica.
31. Jaspers, K. (1997). Meaningful psychic connections. In K. Jaspers. *General psychopathology*.

HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA

- 2 vols. (J. Hoenig, M. W. Hamilton, Trad., p. 304). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
32. Jaspers, K. (1993). Las relaciones comprensibles de la vida psíquica (psicología comprensiva). In K. Jaspers. *Psicopatología general* (p. 345). México: Fondo de Cultura Económica.
33. Jaspers, K. (1993). El curso de la vida (Biografía). In K. Jaspers. *Psicopatología general* (p. 776). México: Fondo de Cultura Económica.
34. Jaspers, K. (1997). Biographical study (Biographik). In K. Jaspers. *General psychopathology*. 2 vols. (J. Hoenig, & M. W. Hamilton, Trad., p. 702). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
35. Jaspers, K. (1993). El curso de la vida (biografía). In K. Jaspers. *Psicopatología general* (p. 743 e 776). México: Fondo de Cultura Económica.
36. Jaspers, K. (1993). La síntesis de los cuadros nosológicos. In K. Jaspers. *Psicopatología general* (p. 672). México: Fondo de Cultura Económica.
37. Jaspers, K. (1993). La síntesis de los cuadros nosológicos. In K. Jaspers. *Psicopatología general* (p. 673). México: Fondo de Cultura Económica.
38. Ghaemi, S. N. (2007). *The concepts of psychiatry* (p. 70). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
39. Pichot, P. (1983). *Un siglo de psiquiatría*. París: Editions Roger Dacosta.
40. Jaspers, K. (1993). Relaciones comprensibles. In K. Jaspers. *Psicopatología general* (p. 404). México: Fondo de Cultura Económica.
41. Jaspers, K. Meaningful connections. In K. Jaspers. *General psychopathology*. 2 vols (J. Hoenig, & M. W. Hamilton, Trad., p. 363). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
42. Jaspers, K. (1993). Sobre el sentido y el valor de las teorías. In K. Jaspers. *Psicopatología general* (p. 601). México: Fondo de Cultura Económica.
43. Jaspers, K. (1997). The causal connections of psychic life. In K. Jaspers. *General psychopathology*. 2 vols. (J. Hoenig, & M. W. Hamilton, Trad., p. 459). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

327

XAVIER URQUIAGA

Colegio de Psiquiatras del Estado de Yucatán. Mérida, Yucatán, México; Miembro del Comité Editorial de Salud Mental.

O projeto *Research Domain Criteria* e o abandono da tradição psicopatológica

Rafaela Zorzanelli*¹

Paulo Dalgallarrondo*²

Cláudio E. M. Banzato*³

328

O artigo explora os pressupostos epistemológicos do *Research Domain Criteria (RDoC)* — projeto de investigação empírica dos transtornos mentais, dentro de uma plataforma biológica — promovido pelo *National Institute of Mental Health (NIMH)*. Discute-se o ataque feito ao sistema *DSM*, pouco antes do lançamento de sua quinta versão, a partir da perspectiva neurocientífica adotada pelo *RDoC*. A aposta na patofisiologia, combinada com a exclusão da experiência descrita em primeira pessoa, aponta um cenário em que a pesquisa e a clínica se divorciam, com o risco do advento de uma estranha psiquiatria sem psique e sem pathos.

Palavras-chave: RDoC, sistemas de classificação, transtornos mentais, DSM, clínica psiquiátrica

*¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (Rio de Janeiro, RJ, Br)

*² Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (Campinas, SP, Br)

*³ Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (Campinas, SP, Br)

O ataque ao DSM no contexto do projeto Research Domain Criteria

No dia 29/4/2013, pouco antes do lançamento do DSM-V pela American Psychiatric Association (APA), um *post* intitulado *Transforming Diagnosis* foi publicado por Thomas Insel, diretor do *National Institute of Mental Health* (NIMH) dos EUA, em seu blog oficial do instituto (NIMH *Director's Blog*) (Insel, 2013), causando enorme repercussão pública e um indisfarçável mal-estar no interior da psiquiatria. Ao contrário da expectativa triunfante gerada por edições anteriores, a quinta versão do DSM foi apresentada de forma bastante anticlimática e recebida com ceticismo. Afinal, segundo Insel, as categorias diagnósticas do DSM, baseadas em conjuntos de sintomas clínicos e não em medidas laboratoriais objetivas (como em outras áreas da medicina), não teriam validade¹ científica. É preciso esclarecer que o sentido de validade adotado por Insel é o de uma inscrição biológica definida, dada sua suposição de que: “mental disorders are biological disorders involving brain circuits that implicate specific domains of cognition, emotion, or behavior” (Insel, 2013).²

329

O *post* aplica uma verdadeira pá de cal nas pretensões clínicas e científicas do DSM com as afirmações taxativas de que “patients with mental disorders deserve better” e de que a busca de biomarcadores não será bem-sucedida enquanto as categorias do DSM forem consideradas o ‘padrão ouro’. Preparado o terreno, Insel (2013) anuncia que o NIMH (principal agência de fomento científico dos EUA na área de psiquiatria) irá reorientar suas pesquisas se afastando do DSM. O pano de fundo desse ataque é constituído pela recente iniciativa, lançada pelo NIMH, do *Research Domain Criteria* (RDoC). Por ora, basta dizer que se trata

¹ Cumpre esclarecer que ‘validade’ é um termo muito usado nas discussões nosológicas em psiquiatria e parece ser o objetivo comum de todos, mas o que cada um entende por isso raramente é explicitado. Para uma discussão aprofundada da noção de ‘validade’ em psiquiatria consultar Rodrigues (2012).

² Reconhecendo o caráter algo dúbio dessa formulação, Rose (2013) diz que sua avaliação depende de como interpretamos palavras como ‘are’, ‘involving’ e ‘implicate’, se as tomamos como causas fundamentais ou se como elementos em vias biopsicossociais complexas e altamente individualizadas.

de um projeto para transformar o diagnóstico, por meio da incorporação da genética, neuroimagem, ciência cognitiva, e outros níveis de informação com o fim de estabelecer as bases para um novo sistema classificatório (Insel, 2013). Segundo seus proponentes, o RDoC marcaria o início, na psiquiatria, da era da ‘medicina de precisão’ (nos moldes do que tem acontecido hoje no diagnóstico e tratamento individualizado do câncer — comparação recorrente na literatura psiquiátrica, a oncologia se tornou o novo modelo a ser emulado pela psiquiatria³). Por fim, o *post* conclui com uma citação de dois influentes pesquisadores em genética psiquiátrica conclamando-nos a mirar mais alto no que diz respeito ao diagnóstico psiquiátrico. Um desses autores, Nick Craddock, aliás, comenta em outro lugar sobre o paradoxo atual de possuímos poderosas ferramentas do século XXI enquanto ainda nos digladiamos com conceitos e abordagens do século XIX (Casey et al., 2013).

Talvez esse seja um marco privilegiado do desencanto com o DSM e um acerto de contas com a realidade. Depois das grandes esperanças depositadas no sistema DSM por muitos pesquisadores (desde o DSM-III, de 1980) — de que seus recortes seriam confirmados empiricamente pela genética e pelas neurociências — teríamos a fria constatação de que tal promessa não se cumpriu. Curiosamente, para tais pesquisadores, o DSM deixou de ser considerado parte da solução para se tornar parte do problema. Suas categorias diagnósticas, que, segundo Steve Hyman (antecessor imediato de Thomas Insel na direção do NIMH), teriam a bizarra propriedade de serem, a um só tempo, muito amplas (na medida em que identificam populações notavelmente heterogêneas), e muito restritas (quem preenche critérios de um transtorno frequentemente também se qualifica para outros — comorbidade artefactual) e constituiriam um verdadeiro obstáculo ao progresso do conhecimento neurocientífico sobre os transtornos mentais (Casey et al., 2013). Isso aconteceria porque as investigações empíricas quase sempre partem, por variadas razões,⁴ dos recortes e distinções categoriais do DSM. Nas palavras de Insel (2012): “one reason we do not have biomarkers for mental disorders is our presumption that the biomarker is only valid if it maps on to a ‘fictive category’ rather than developing diagnostic categories based on the experimental data, as proposed by RDoC, our version of ‘precision medicine’.” Nessa perspectiva, o erro de origem seria a atribuição, inadvertente e implícita, de ‘significado biológico’ a conjuntos de sintomas.

³ Isso parece indicar um salto em termos da ambição propulsora: não se trata mais de tornar a psiquiatria apenas uma medicina regular, mas de equipará-la àquelas especialidades mais bem-sucedidas, que hoje se situam no *front* científico do conhecimento médico.

⁴ Entre outras, contam-se a exigência de órgãos reguladores (por exemplo, o FDA exige que os ensaios clínicos para a aprovação de um novo medicamento utilizem as categorias do DSM), e as preferências editoriais de periódicos científicos, que priorizariam a publicações de estudos realizados de acordo com o referencial diagnóstico do DSM.

Nos termos do pronunciamento conjunto de 13/5/2013, assinado por Thomas Insel (NIMH) e Jeffrey Lieberman (APA), realizado para assegurar aos pacientes que o DSM e a CID ainda representam a melhor informação atualmente disponível para o diagnóstico clínico e tratamento dos transtornos mentais, lemos que o que é realisticamente factível para clínicos hoje não é mais suficiente para pesquisadores⁵ (Insel & Lieberman, 2013). Em outros termos, o DSM passou de ícone da psiquiatria científica a uma ferramenta clínica provisória, que tem o inconveniente de obstruir o desenvolvimento científico. O que para alguns seria motivo de decepção, para outros seria apenas o tardio reconhecimento de que classificações diagnósticas são mapas performativos dos problemas enfrentados na realidade clínica. Existe uma ironia histórica nessa virada, pois o DSM sempre foi muito criticado por constranger e empobrecer a clínica psiquiátrica, mas esse era afinal o preço a pagar por uma psiquiatria científica no futuro. Com o DSM esvaziado de sua pretensão científica, a clínica, antes menosprezada, se transforma em sua principal razão de ser.

Em certo sentido, o projeto RDoC opera com pressupostos mais explícitos do que o sistema DSM. As cartas estão na mesa e sua aposta na patofisiologia é clara. Os mecanismos cerebrais, base do RDoC, sempre constituíram (ao menos implicitamente) parte essencial do horizonte de validação das categorias descritivas do DSM.⁶ O raciocínio subjacente a esse movimento é o seguinte: se o território mapeado por tais categorias não coincide com aquele gerado pela progressiva identificação dos circuitos cerebrais, por que não tentar trilhar o caminho reverso? Isso supostamente garantiria que os recortes comportamentais gerados no final do processo teriam inscrição neurológica bem definida.

Diante da insatisfação crescente com o DSM, que teria falhado por não conseguir realizar, com suas sucessivas edições, a passagem do plano sintomatológico para o etiológico,⁷ o NIMH em seu Plano Estratégico de 2008 estabelece como seu

⁵ Nesse pronunciamento de tom conciliador (embora de natureza retórica e política), afirma-se que o DSM e o RDoC são plataformas complementares e não rivais, na busca pelo progresso científico na caracterização de doenças e transtornos (Insel & Lieberman, 2013).

⁶ No caso dos transtornos mentais, as lesões cerebrais não são identificáveis, como acontece na neurologia, presume-se assim a existência de uma disfunção nos circuitos neurais (Insel et al., 2010). Não entraremos aqui na questão das fronteiras difusas e movediças entre ambas as especialidades médicas, com seus múltiplos determinantes. Interessa-nos, sobretudo, discutir a ambição de fazer da psiquiatria uma espécie de ‘neurologia do mental e do comportamento’.

⁷ No livro *A Research Agenda for DSM-V*, editado por Kupfer, First, e Regier, e publicado pela APA em 2002, é revelada logo na introdução, e com todas as letras, que era essa a meta perseguida: “the eventual development of an etiologically based, scientifically sound classification system” (p. XV).

primeiro objetivo promover descobertas no cérebro e nas ciências comportamentais para impulsionar as pesquisas sobre as causas dos transtornos mentais (NIMH, 2008). Quatro estratégias são listadas para atingir tal objetivo, são elas: 1. Desenvolver um entendimento integrativo dos processos básicos cérebro-comportamento; 2. Identificar fatores genéticos e ambientais associados com os transtornos mentais; 3. Identificar e integrar os marcadores biológicos (biomarcadores) e os indicadores comportamentais associados com os transtornos mentais; 4. Desenvolver, para fins de pesquisa, novas formas de classificar os transtornos mentais baseadas em dimensões observáveis do comportamento e em medidas neurobiológicas (NIMH, 2008).

O projeto RDoC é concebido como parte dessa última estratégia, livrando as pesquisas das amarras do DSM. Sua matriz conceitual (construtos que representam supostos domínios de atividade e que refletiriam uma tipologia de funções e relações empíricas com atividades correlatas de circuitos cerebrais, examinados em diferentes unidades de análise) é completamente agnóstica em relação às categorias diagnósticas do DSM. É importante frisar que o RDoC não se opõe ao DSM, mas dele prescinde para sua existência e, no limite, pretende torná-lo obsoleto, atingindo os mesmos objetivos, mas com outros conceitos e por outros caminhos. Em vez de mais do mesmo (caso do DSM-V), o RDoC seria uma *game-changer*, algo de que a psiquiatria necessitaria muito, segundo alguns autores (Casey et al., 2013).

332

Existe uma afirmação, quase sempre feita em tom que mistura lamento e esperança, que é recorrente na literatura psiquiátrica: a de que os diagnósticos psiquiátricos *ainda* são baseados somente nos relatos subjetivos dos pacientes e na observação, por parte do médico, do comportamento dos pacientes. A palavra ‘ainda’, nesse contexto, parece cumprir uma dupla função, indicar que essa situação atual é indesejável (mas não definitiva!), e que isso representa uma limitação a ser superada com o desenvolvimento científico da psiquiatria. Tipicamente, encontramos tal afirmação no início de textos que pretendem mostrar quais seriam os caminhos futuros da psiquiatria em sua busca de marcadores objetivos, que trariam uma confirmação independente e objetiva do diagnóstico psiquiátrico. O trecho a seguir, publicado numa revista de divulgação científica de grande prestígio, a *Scientific American*, pelo destacado neurocientista Steve Hyman (2003), fornece o exemplo acabado dessa posição: “in most branches of medicine, physicians can base their diagnoses on objective tests: a doctor can examine x-rays to see if a bone is broken, for example, or extract tissue samples to search for cancer cells. But for some common and serious psychiatric disorders, diagnoses are still based entirely on the patient’s own report of symptoms and the doctor’s observations of the patient’s behavior” (Hyman, 2003).

Entretanto, a posição inversa também tem seus defensores de peso no cenário psiquiátrico. Kenneth Kendler (2005), em artigo muito citado, publicado no *American Journal of Psychiatry*, estabelece como primeiro princípio da plataforma conceitual e filosófica que ele propõe, para a disciplina, que “psychiatry is irrevocably grounded

in mental, first-person experiences”. Para Kendler (2005), essa ancoragem no mundo mental nada tem de contingente: “foundational to this framework is the view that the field of psychiatry is deeply and irreversibly wedded to the mental world”. Afinal, o objetivo da psiquiatria é o alívio do sofrimento humano que resultaria de alterações disfuncionais em certos domínios da experiência subjetiva, como humor, percepção, e cognição. A experiência, descrita na primeira pessoa, seria o ponto de partida da investigação clínica, conformando os eventuais alvos terapêuticos identificados. O trabalho clínico implicaria a avaliação e interpretação constantes da experiência subjetiva. Kendler, especialista em genética psiquiátrica e uma das mais respeitadas vozes da psiquiatria científica, não compartilha, em absoluto, da ideia de que os avanços neurocientíficos tornariam ociosa a dimensão experiencial: “while we want to take advantage of the many advances in the neurosciences and molecular biology, this cannot be done at the expense of abandoning our grounding in the world of human mental suffering” (Kendler, 2005). Analisando a relação entre a psiquiatria e as neurociências, Serpa Jr. (2004) também rejeita o reducionismo eliminativista e mostra que é possível ‘redescobrir’ o cérebro sem eclipsar o sujeito.

Retornando ao RDoC, cumpre ressaltar que as controvérsias em torno desse projeto não se limitam de forma alguma à questão da busca por biomarcadores que conferissem maior objetividade ao diagnóstico psiquiátrico, expectativas de resto perfeitamente legítimas. O núcleo do debate é outro, menos relacionado aos objetivos do que aos pressupostos do RDoC. Como foi muito bem apontado por Berenbaum (2013), a plataforma RDoC parece pressupor que os fenômenos biológicos são de certo modo mais fundamentais que os fenômenos psicológicos para o conjunto dos transtornos mentais.⁸ Esse autor recusa tal primazia biológica com o argumento, que nos parece convincente, de que “a wide variety of etiological factors, both within and outside the individual, have been implicated in the etiology of psychopathology, and that there is no empirical or conceptual reason to privilege any particular level of explanation”. Miller & Keller (2000), em artigo curto e inspirado (também citado por Berenbaum), fazem críticas conceituais certas ao reducionismo prevalente em diversos campos, como a psicologia, a medicina e as neurociências básicas e clínicas. Com muita elegância e precisão, eles desmistificam o erro que está na origem da posição reducionista: “it is not a property of biological data that they ‘underlie’ psychological data” (Miller & Keller, 2000). E acrescentam que uma dada teoria pode propor que esse seja o caso, mas aí teríamos uma proposta teórica e não um fato sobre os dados (Miller & Keller,

⁸ Sobre este ponto, deve-se considerar que quase todas as taxonomias psiquiátricas são muito heterogêneas, listando condições bastante variadas, nas quais os elementos mais fundamentais e os acessórios variam profundamente.

2000). Em resposta a Berenbaum (2013), Cuthbert & Kozak (2013) recusam a acusação de que o RDoC incorreria em um fundamentalismo biológico, mas reconhecem que a linguagem empregada pelos proponentes do projeto pode realmente dar essa impressão. Eles admitem a evidente ênfase na biologia, mas afirmam que o RDoC é sobretudo um esforço integrativo, que conta em sua matriz com múltiplas unidades de análise. Por fim, acrescentam que, embora o risco de reducionismo não possa ser eliminado, o RDoC não teria um caráter inerentemente reducionista.

RDoC: Raízes da Escolha

334

O RDoC assume claramente que o campo da psiquiatria necessita de um paradigma integralmente novo para a abordagem e investigação dos transtornos mentais. Em relação ao objeto de estudo da ciência psiquiátrica, com o qual deve ocupar-se a pesquisa no futuro próximo, tal paradigma assenta-se em três perspectivas básicas: antimentalismo, antissubjetivismo e certa forma de *behaviorismo*. Chamamos aqui de *behaviorismo* à determinada utilização da noção de comportamentos observáveis ou mensuráveis que está sendo proposta, em substituição aos sintomas subjetivos da tradição psicopatológica. Ao contrário da tradição behaviorista, na qual eles bebem grandes porções, mas porções selecionadas, os proponentes do RDoC não creem que o centro de estudo da ação humana é o comportamento, seus determinantes e consequências. Os propositores do RDoC creem que o epicentro do humano, normal e patológico, é o cérebro, os circuitos neuronais, células, receptores, sinalizadores e o controle genético a eles relacionados. Por isso, curiosamente sugerem um sistema baseado em ferramentas metodológicas do *behaviorismo* (sobretudo aquelas provindas da pesquisa animal experimental e da tradição psicométrica relacionada à pesquisa neurobiológica), mas recusam, sem assumir, os pressupostos fundamentais do *behaviorismo*.

Assim, em vez dos sintomas vivenciados, relatados na primeira pessoa, e dos comportamentos observáveis no contexto da clínica, bases da tradição psicopatológica — que de uma forma ou de outra aparecem, sobretudo, nos relatos das pessoas acometidas e de seus familiares —, o RDoC propõe que se baseie a pesquisa psiquiátrica, não mais em tal conjunto impreciso e subjetivo de dados, mas em comportamentos observáveis, seguros, marcadamente objetivos e não influenciados pela subjetividade das pessoas comuns. A experiência vivida por quem padece das síndromes psiquiátricas deve ser substituída por algo mais objetivo e supostamente mais científico.

Na frase de Insel & Lieberman (2013), “it is increasingly evident that mental illness will be best understood as disorders of brain structure and function that implicate specific domains of cognition, emotion, and behavior”. São transtornos da estrutura e função cerebrais que implicam o comportamento, este é somente o sinal

resultante daquilo que realmente interessa. O novo sistema taxonômico a ser utilizado irá aproximar as amostras de comportamentos coletados em direção às abordagens da genética molecular e neurociências para, enfim, se compreender de modo plenamente científico as doenças ditas mentais.

A proposta do RDoC é que se dirijam os esforços para além de um sistema cujo eixo foi até agora o diagnóstico baseado em sintomas. Seria necessário assentar a pesquisa nos mecanismos das doenças e em elementos que se conectem mais clara e diretamente a tais mecanismos. Os sistemas atuais, DSM e CID, baseados em sintomas (e não em biomarcadores e eventos comportamentais observáveis, mensuráveis, manejáveis no contexto da pesquisa neurobiológica e genética) deveriam, portanto, ser abandonados, no campo da pesquisa psiquiátrica.

Continuidade ou descontinuidade da Psicopatologia com a Psicologia

Uma das críticas que os defensores do RDoC fazem ao sistema DSM é que este se limita a uma taxonomia de transtornos mentais, excluindo toda a gama de comportamentos normais e subsindrômicos, que seriam importantes para uma pesquisa ampla em neurociências comportamentais, e que dariam conta de tudo o que se estende do normal ao patológico, em vários espectros do comportamento humano.

Segundo Hyman (Belluck & Carey, 2013), um dos equívocos importantes do DSM é que tal sistema delimita e escolhe um modelo no qual “all psychiatric illnesses were represented as categories discontinuous with ‘normal’”. Isto se relacionaria à incapacidade do sistema de enxergar processos unitários que estariam na base tanto de conjuntos de síndromes, em parte superpostas (catalogadas erroneamente como comorbidades), como de continuidades entre os fenômenos normais e os ditos patológicos.

Embora tenha se tornado algo básico, na tradição psicopatológica (vide os grandes tratados de psiquiatria), ordenar os elementos básicos da doença mental a partir das funções mentais (atenção, sensopercepção, memória, pensamento, linguagem, afetividade, vontade etc.), derivando ou articulando o patológico com o normal, foi com Karl Jaspers que uma separação clara e muitas vezes radical entre os estados e fenômenos normais da vida mental e alguns dos fenômenos psicopatológicos (pelo menos alguns dos mais centrais relacionados à psicose, como delírio e alucinação) passou a ser defendida por um número significativo de autores.

A questão da continuidade entre os estados e fenômenos mentais/comportamentais normais e os patológicos em contraposição à suposta originalidade e especificidade do patológico é algo que não foi esclarecido de forma empírica e minimamente consensual. Partir da noção de que as (ou algumas das) síndromes delimitadas pela psiquiatria são

específicas, ou estão em continuidade com fenômenos normais, são duas abordagens sem fundamentação empírica suficiente.

Possíveis consequências clínicas do RDoC

O apontamento crítico de Hyman (Casey et al., 2013), segundo o qual as categorias do DSM padeceriam, a um só tempo, de amplitude e restrição poderia ser o golpe desejado por muitos na estrutura classificatória desse manual, gerando uma abertura para novas formulações que aplacassem as críticas⁹ que o DSM vem recebendo há algum tempo. Em especial a de ser pretensamente ‘ateórico’, mas fomentando, na prática, uma psiquiatria reducionista no sentido biológico. No entanto, a crítica enunciada pelo RDoC, não só ao DSM mas ao capítulo sobre transtornos mentais da CID, indica, ao contrário disso, um impulso ainda maior no estreitamento da psiquiatria em torno da pesquisa de mecanismos biológicos capazes de desvendar ou de estabilizar, no sentido fleckiano do termo, categorias psiquiátricas em uso. Teríamos assim, dentro dos DSMs, um deslocamento de sistemas *theory-laden* (até a terceira edição) para sistemas *symptom-based*, sendo que o RDoC romperia com essa tradição, adotando uma proposta centrada na investigação de mecanismos patofisiológicos específicos e na atribuição de suas assinaturas celulares, subcelulares e moleculares, dentro do espectro de fenótipos clínicos já reconhecidos.

Dessa forma, o RDoC já suscita, antes mesmo de sua utilização, uma fonte de controvérsias, assumindo o projeto de classificar transtornos mentais a partir da análise de genes, células, circuitos neurais e de, no limite, prometer mais validade e confiabilidade etiológica do que as classificações existentes (Sisti et al., 2013). A teoria da doença mental que o inspira é flagrantemente naturalista, deixando entrever que uma psicopatologia seria suficientemente realizada apenas por meio da investigação de mecanismos neurobiológicos deficitários que ocorreriam nos organismos. A premissa que o sustenta é de que transtornos mentais são tipos naturais, desvendáveis por tecnologias de ponta, que alçariam a psiquiatria ao *status* de outras especialidades

⁹ Entre as demais críticas ao DSM, destacamos a de ser um manual que favorece falsos positivos, estendendo ao infinito o processo de patologização de comportamentos ditos normais; de manter fortes relações com a indústria farmacêutica, pela presença maciça de conflito de interesses entre os participantes das forças-tarefas responsáveis pela descrição dos transtornos; de retirar importância das narrativas dos pacientes em prol de *check-lists* de sintomas; e de não passar de uma etnopsiquiatria, que refletiria a visão de homem, de saúde e doença vigente em sociedades liberais urbanas no Ocidente, com pretensões de uma psiquiatria global.

médicas, podendo prescindir de relatos subjetivos, que ainda mantêm a psiquiatria em território incerto e movediço.

É dentro desse cenário que as asserções de Georges Canguilhem (1943/2002) se mostram pertinentes e em consonância com uma crítica ao projeto de prescindir da subjetividade na pesquisa dos transtornos mentais. Parte de seus argumentos é erigida em contraste com as proposições do estatístico Adolphe Quételet, no intuito de mostrar que o que se considera normalidade biológica não pode ser definido por critérios estatísticos. O ‘normal’, em se tratando da experiência de tudo que é vivo, não diria respeito apenas ao pertencimento a uma faixa dentro da distribuição da curva de Gauss, mas a uma experiência judicativa.

Uma consequência fundamental da distinção da patologia como valor, e não como desvio da média estatística, é a concepção de que uma variação no organismo não é, necessariamente, uma doença. O patológico derivaria, prioritariamente, de um sentimento da vida contrariada, e nem toda diversidade física e mental traria esse desdobramento como consequência. Não havendo uma dimensão fenomenológica, experiencial e corporificada de determinada variação do organismo, geradora de sofrimento, ela será apenas variação, e não patologia. Mas se uma anomalia ou variação do corpo é experimentada negativamente, restringe-se a capacidade de ser normativo, será considerada patológica. Em poucas palavras, se a anomalia não apresenta repercussão para o indivíduo, ela será ignorada ou concebida como uma variedade indiferente. O que decidiria se uma anomalia seria variação ou patologia é a reação particular que aquele organismo estabelece com seu meio e sua experiência de sofrimento. O autor nos permite concluir que a descoberta do fato patológico não é tributária apenas, nem exclusivamente, da ciência, mas da denúncia humana de seu próprio mal-estar. É a queixa que julgaria o estado em que a vida se encontra, não o desvio da norma estatística.

A fisiologia pode oferecer identificações claras sobre doenças — não é esse o ponto de insurgência de Canguilhem. Seu argumento é o de que é essencialmente a clínica que chancela a doença e a reconhece, porque a experiência de sofrimento e de restrição da capacidade vital são condições prioritárias para nomear uma variação física ou mental de doença — o que só pode ocorrer a partir da experiência do relato em primeira pessoa. Não é sem motivo que o espaço da clínica impõe, de forma radical, o dilema tão conhecido da generalidade das categorias produzidas em tensão com o caráter único de cada pessoa que sofre.

O projeto de investir na assinatura biológica de transtornos mentais nos colocaria — em contrapartida a uma medicina baseada em valores onde a psiquiatria se apoiaria — diante de uma clínica sem experiência, ou de uma psiquiatria sem psique (Parnas, 2014), uma vez que o substrato patofisiológico de um transtorno mental é justamente aquilo de que não se pode ter uma experiência vivida. Desse modo, o sofrimento envolvido nos sintomas de um transtorno, os sinais de mal-estar, as restrições, o relato singular do paciente não seriam os elementos centrais em torno dos quais o

desvendamento do transtorno mental seria investigado, mas sim obstáculos à plena realização do projeto epistemológico do RDoC.

Em suma, excluída de saída a experiência e a clínica, aposta-se que seria possível reencontrá-las, no futuro, a partir de inscrições biológicas determinísticas e específicas, com o *logos* não apenas precedendo o *pathos*, mas falando por ele. Não nos parece, todavia, que a experiência silenciada na origem possa ser recuperada a partir de dados neurobiológicos objetivos gerados a partir da perspectiva de terceira pessoa. Concluindo, com o RDoC corre-se o risco de se colocar as poderosas ferramentas do século XXI, potencialmente muito férteis, a serviço de preconceitos do século XIX.

Referências

- Belluck, P. & Carey, B. (2013). Psychiatry's Guide Is Out of Touch With Science, Experts Say. *New York Times*, May, 6. Disponível em: <http://www.nytimes.com/2013/05/07/health/psychiatrys-new-guide-falls-short-experts-say.html?pagewanted=all&_r=0> Acesso em: 16 ago. 2013.
- Berenbaum, H. (2013). Classification and Psychopathology Research. *Journal of Abnormal Psychology*, 122,(3), 701-894.
- Canguilhem, G. (2002). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1943).
- Casey, B.J. et al. (2013, nov.). DSM-V and RDoC: progress in psychiatry research? *Nature Reviews Neuroscience*, 14, 810-814.
- Cuthbert, B. N. & Kozak, M. J. (2013). Constructing Constructs for Psychopathology: The NIMH Research Domain Criteria 2013. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 928-937.
- Hyman, S. E. (2003, Sept.). Diagnosing Disorders. *Scientific American*, 97-103.
- Insel, T. (2010, Jul). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751.
- Insel, T. (2012, Oct.). NIMH Director's Blog: Words Matter. 2 October 2012. Recuperado em 29 de março de 2014 de <<http://www.nimh.nih.gov/about/director/2012/words-matter.shtml>>.
- Insel, T. (2013, Apr.). NIMH Director's Blog: Transforming Diagnosis. 29 April 2013. Recuperado em 15 de março de 2014 de <<http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>>.
- Insel, T. & Lieberman, J. (May, 2013). DSM-V and RDoC: Shared Interests. NIMH Press Release 13 May 2013. Recuperado em 15 de março de 2014 de <<http://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2013/dsm-5-and-rdoc-shared-interests.shtml>>.

OBSERVANDO A PSIQUIATRIA

- Kendler, K. S. (2005, March). Toward a Philosophical Structure for Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 433-440.
- Kupfer, D. J., First, M. B., & Regier, D. A (Eds.). (2002). *A Research Agenda for DSM-V*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Miller, G. A. & Keller, J. (2000, Dec.). Psychology and Neuroscience: Making Peace. *Current Directions in Psychological Science*, 9(6), 212-215.
- National Institute of Mental Health. Strategic Plan. (2008). Recuperado em 12 de fevereiro de 2014 de <<http://www.nimh.nih.gov/about/strategic-planning-reports/nimh-strategic-plan-2008.pdf>>.
- Parnas, J. (2014, Feb.). The RDoC program: psychiatry without psyche? *World Psychiatry*, 13(1), 46-47.
- Rodrigues, A. C. T. (2012). *O que é validade na nosologia psiquiátrica*. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Recuperado em 2 de abril de 2014 de <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000845736>>
- Rose, N. (2013, Jun.). What is Diagnosis For? Lecture given at the Institute of Psychiatry (London) on 4 June 2013. Recuperado em 15 de março de 2014 de <<http://nikolasrose.com/wp-content/uploads/2013/07/Rose-2013-What-is-diagnosis-for-IoP-revised-July-2013.pdf>>.
- Serpa Jr., O. D. de. (2004, jun.). Psiquiatria e neurociências: como “redescobrir” o cérebro sem eclipsar o sujeito. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VII(2), 110-124.
- Sisti, D. et al. (2013). Defining Mental Illnesses: Can Values and Objectivity Get Along? *BMC Psychiatry*, 13, 346-349.

339

Resumos

(The Research Domain Criteria project and the abandonment of the tradition of psychopathology)

This article explores the epistemological underpinnings of the Research Domain Criteria (RDoC), launched by the National Institute of Mental Health (NIMH) – USA. The project has the objective of empirically investigating mental disorders in a biological framework. We discuss the sharp criticism received by the DSM shortly before its fifth edition came out, based as it was on the neuroscientific approach adopted by the RDoC. The preference for pathophysiology, combined with the exclusion of first-person experience, points to a scenario where research and clinical work are irrevocably divorced, and runs the risk of fostering an odd psychiatry with neither psyche nor pathos.

Key words: RDoC, classification systems, mental disorders, DSM, psychiatric clinics

(Le projet Research Domain Criteria (RDoC) et le renoncement à la tradition psychopathologique)

Cet article examine les présupposés épistémologiques de l'initiative dénommée Research Domain Criteria (RDoC) proposée aux Etats-Unis par le National Institute of Mental Health (NIHM). Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une approche des troubles mentaux ancrée dans une perspective essentiellement biologique et empirique. Il faut remarquer que ce programme a été lancé à la veille de la présentation de la cinquième version du système DSM. On s'interroge si la mise en ouvre d'un tel projet, largement fondé sur l'axe de recherche neuroscientifique et physiopathologique — divorcée des toutes complexités de l'expérience vécue en première personne — ne donneront pas naissance à une étrange créature: la psychiatrie sans pathos et sans psyché.

Mots clés: RDoC, systèmes de classification, troubles mentaux, DSM, clinique psychiatrique

(El proyecto Research Domain Criteria y el abandono de la tradición psicopatológica)

El artículo examina los presupuestos epistemológicos del Research Domain Criteria (RDoC) — proyecto de investigación empírica de los transtornos mentales, dentro de una plataforma biológica — promovido pelo National Institute of Mental Health (NIMH). Discute el ataque dirigido al sistema DSM, poco antes de la publicación de su quinta edición, desde una perspectiva neurocientífica adoptada pelo RDoC. La apuesta por la fisiopatología, combinada con la exclusión de la experiencia descrita en la primera persona, apunta para un escenario en el cual investigación y clínica se divorciam con el riesgo del advenio de una psiquiatría extraña, sin psiquis y sin pathos.

Palabras claves: RDoC, sistemas de clasificación, transtornos mentales, DSM, clinica psiquiátrica

(Das Projekt Research Domain Criteria und die Abwendung von der psychopathologischen Tradition)

Dieser Beitrag befasst sich mit den epistemologischen Voraussetzungen des Research Domain Criteria (RDoC) — einem empirischen Forschungsprojekt zu Geistesstörungen. Dies findet auf einer biologischen Plattform statt und wird vom National Institute of Mental Health (NIMH) gefördert. Hier wird der Angriff auf das DSM-System ausgehend von der neurowissenschaftlichen Perspektive des RDoC diskutiert, kurz vor der Herausgabe der 5. Auflage. Setzt man auf die Pathophysiologie in Kombination mit dem Ausschluss der in der ersten Person beschriebenen Erfahrung, ist ein Szenarium zu erkennen, in dem die Forschung und die Klinik sich scheiden und das Risiko besteht, dass eine fremde Psychiatrie ohne Psyche und ohne Pathos entsteht.

Schlüsselwörter: RDoC, Klassifizierungssysteme, Geistesstörungen, DSM, psychiatrische Klinik

OBSERVANDO A PSIQUIATRIA

Citação/Citation: Zorzanelli, R., Dalgalarrodo, P., & Banzato C. E. M. (2014, junho). O projeto *Research Domain Criteria* e o abandono da tradição psicopatológica. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 17(2), 328-341.

Editor do artigo/Editor: Prof. Dr. Cláudio E. M. Banzato e Dra. Rafaela Zorzanelli

Recebido/Received: 16.4.2014/ 4.16.2014 **Aceito/Accepted:** 30.4.2014 / 4.30.2014

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Financiamento/Funding: Os autores declaram não ter sido financiados ou apoiados / The authors have no support or funding to report.

Conflito de interesses/Conflict of interest: Os autores declaram que não há conflito de interesses / The authors declare that has no conflict of interest.

RAFAELA ZORZANELLI

Psicóloga; Doutora em Saúde Coletiva; Professora Adjunta do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (Rio de Janeiro, RJ, Br).
Rua São Francisco Xavier, 524 – Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar/blocos D e E, e 6º andar / bloco E – Maracanã
20550-013 Rio de Janeiro, RJ, Br
Fones: (21) 2334-0235 / 2334-0354
e-mail: rtzorzanelli@gmail.com

PAULO DALGALARRONDO

Psiquiatra; Doutor em Psiquiatria; Doutor em Antropologia; Professor Titular do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas – Unicamp (Campinas, SP, Br).
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Cidade Universitária “Zeferino Vaz”
13083-887 Campinas, SP, Br
Fone: (19) 3521-7206
e-mail: pdalga@fcm.unicamp.br

CLÁUDIO E. M. BANZATO

Psiquiatra; Doutor em Filosofia; Professor Associado do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas – Unicamp (Campinas, SP, Br).
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Cidade Universitária “Zeferino Vaz”
13083-887 Campinas, SP, Br
Fone: (19) 3521-7206
e-mail: cbanzato@fcm.unicamp.br

O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro*¹

Priscila Simara Novaes*²

342 *Este artigo procura lembrar a trajetória de exclusão provocada pelos tratamentos de dependência química no Brasil e apresenta as formas atuais de tratamentos que objetivam a reinserção social do usuário. Ademais, demonstra que o não cumprimento da política pública sobre o assunto, crenças irrealistas da população sobre uma forma milagrosa de cura e desconhecimento sobre a legislação e formas alternativas de tratamento, retomam, com novas roupagens, a segregação das pessoas que sofrem com a dependência química, permitindo internações desnecessárias, por ordem judicial e sem o devido processo legal.*

Palavras-chave: Dependência, tratamento, internação compulsória, internação involuntária

*¹ Baseado em Monografia apresentada na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP como parte dos requisitos para conclusão do curso de Psicopatologia e Saúde Pública sob orientação da Profª. Maria Angela Santa Cruz.

*² Defensora Pública do Estado de São Paulo.

Introdução

O uso de drogas que alteram o estado mental acompanha a história do ser humano. Utilizadas muitas vezes por razões religiosas, culturais, recreativas, como forma de enfrentamento de problemas pessoais e sociais, para transgredir ou transcender, enfim, o ser humano sempre usou substâncias psicoativas e sempre usará. Porém, essa relação do indivíduo com a droga pode, dependendo do contexto, ser inofensiva ou apresentar poucos riscos, como também pode trazer prejuízos biológicos, psicológicos e sociais.

Assim, a relação entre o usuário de droga e a substância psicoativa vai desde o uso social, passando pelo uso problemático ou abuso de drogas, em que, embora o usuário não apresente nenhum grau de dependência, tem problemas decorrentes do uso da droga, até a dependência, cujo diagnóstico é multifatorial, incluindo a compulsão até o abandono das atividades sociais.

Assim, a determinação da dependência química deverá ser realizada de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), e de acordo com o Tratado de Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, sendo que nunca devem ser fatores determinantes para o diagnóstico de um transtorno mental: os conflitos familiares ou profissionais, a não conformidade com valores morais, sociais, culturais, políticos ou religiosos da comunidade da pessoa, ou, por si só, uma história de tratamento anterior ou uma hospitalização como usuário.

Deste modo, o diagnóstico é importante para a escolha da estratégia de enfrentamento.

Vale lembrar que, no Brasil, até a segunda metade do século XIX, não havia nenhum tratamento médico específico para pessoas com sofrimento mental. Apenas em 1841 foi construído o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro e somente em 1886 iniciou-se o ensino regular de Psiquiatria aos médicos generalistas.

Já em 1902, um inquérito revela que este hospital era uma casa de detenção de “loucos”, sem tratamento adequado, porém, até 1920, há um crescimento vertiginoso dos estabelecimentos destinados à internação especificamente dos “loucos”.

Em 1923, no Rio de Janeiro, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), cujo objetivo inicial era melhorar “a assistência aos doentes

mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos” (Costa, 2006). Porém, de 1928 a 1934, os psiquiatras tendem a ser mais e mais higienistas e, nesse período, o principal objetivo nos programas de higiene mental era a eugenia, baseada no modelo de psiquiatria organicista alemão, que posteriormente serviu como fundamento para os campos de concentração nazistas.

Nesse passo, acompanhando a tendência da Revolução de 1930, que se esforçou para criar uma nova sociedade para o homem médio, em 1930, o Ministério da Educação e Saúde centralizou todos os serviços psiquiátricos do país, e a eugenia só crescia.

A crise nesse sistema, no Brasil, iniciou-se em 1978 com a greve de várias unidades da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), seguida de centenas de demissões, e recebeu apoio do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Assim, nasceu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual teve forte participação popular e se caracterizou pelo perfil não institucional.

As denúncias foram desde crimes cometidos nas unidades, como estupros, maus-tratos, trabalho escravo e mortes não esclarecidas, até precariedade das condições de trabalho, defasagem salarial e falta de recursos humanos.

No ano de 1978, com a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que trouxe grandes pensadores das reformas ocorridas no exterior, o movimento tornou-se nacional e, dentre as moções lá aprovadas, estava o repúdio à privatização do setor, que vinha ocorrendo com grande desvio de recursos para entidades privadas que prestavam serviços públicos. Daí também se consolidou a questão de que o modelo dos grandes hospitais psiquiátricos públicos é um reduto de marginalizados e não de tratamento.

Após este congresso, vários outros Encontros e Congressos se realizaram até que, finalmente, foi instituída uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional para apurar as distorções na assistência psiquiátrica no Brasil, bem como rever a legislação penal e civil que se relacionava com o tema.

Nesse contexto, no início dos anos 1980, foi estabelecido um novo convênio, denominado cogestão, entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, na tentativa de acabar com a priorização de compra de serviços de saúde pública em hospitais privado, pela Previdência Social (Amarante, 1995).

Logo, a cogestão implantou um novo modo de administração de recursos e hospitais públicos, priorizando o tratamento ambulatorial e a reinserção social do internado a longo prazo. Por outro lado, recebia críticas ferozes de seus principais opositores, os ‘empresários da loucura’ — proprietários de hospitais psiquiátricos, os quais se organizaram no Setor de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), órgão que acabou por realizar críticas infundadas ao modelo

público, no afã de reaver a grande parcela de lucro que haviam perdido com a implantação do novo modelo. Mesmo assim, o MTSM decidiu pela realização do II Congresso Nacional, lembrado como um momento de ruptura, no qual não só os atores do movimento participavam, mas também as associações de usuários e familiares, pedindo a extinção dos manicômios, com base no projeto de desinstitucionalização italiano.

Foi neste efervescer de ideias e ações concretas, bem como da constatação de maus-tratos e mortes não esclarecidas nos hospitais psiquiátricos, que surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS), na cidade de São Paulo, em 1982, e o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), em 1989, na cidade de Santos, os quais passaram a ser modelos de atuação para todo país.

Tratamento da dependência química e legislação aplicável

No Brasil, atualmente, seguindo o modelo construído durante a Reforma Psiquiátrica, o tratamento deve estar apoiado no Projeto terapêutico singular, que segue as premissas estabelecidas pelo *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), dos Estados Unidos,¹ e incluem não apenas os aspectos médicos ou biológicos, mas

345

¹ (1) o tratamento para dependência, por si só, pouco modifica o consumo de drogas em longo prazo; (2) não há um tratamento único que seja apropriado a todos os indivíduos; (3) o tratamento deve estar sempre disponível, visto que os indivíduos com abuso ou dependência de drogas apresentam-se, muitas vezes, ambivalentes quanto a iniciar ou não o tratamento, assim, é importante estar disponível quando eles sinalizam estar prontos para tal; (4) o tratamento efetivo deve contemplar as várias necessidades da pessoa (problemas médicos, psicológicos, sociais, vocacionais e legais associados) e não somente seu uso de drogas; (5) a proposta terapêutica deve ser continuamente avaliada e, se necessário, modificada para assegurar que se mantenha atualizada de acordo com as necessidades do indivíduo; (6) é importante que o indivíduo permaneça no tratamento durante um período adequado, sendo que este depende de pessoa para pessoa; (7) o aconselhamento (individual ou em grupo) e outras terapias comportamentais são componentes indispensáveis para o tratamento eficaz da dependência; (8) medicamentos podem complementar o tratamento; (9) tratamento integrado para tratar comorbidades; (10) o possível uso de drogas durante o tratamento deve ser monitorado continuamente, uma vez que recaídas no uso de drogas fazem parte do processo; (11) os programas de tratamento devem incluir exames para HIV/AIDS, hepatite B e C, tuberculose e outras doenças infecciosas, bem como aconselhamento, para auxiliar o indivíduo a modificar ou substituir os comportamentos que o colocam, e aos outros, em risco de infecção; (12) a recuperação da dependência de drogas pode ser um processo longo e frequentemente requer múltiplas tentativas de tratamento.

prioriza abordagens psicoterapêuticas e psicossociais em tratamento ambulatorial, já que o tratamento visa a reinserção social do usuário.

No caso dos que não têm suporte social e familiar e apresentam problemas psíquicos graves, a internação pode ser necessária, porém, esta deve seguir os preceitos da OMS e Tratados Internacionais de Direitos Humanos, ou seja, apenas em caso de surto ou para desintoxicação, por períodos curtos e sempre tentando uma abordagem voluntária, por meio da técnica de motivação, uma vez que pacientes que têm suas necessidades abordadas e profissionais empáticos alcançam melhores resultados.

Tal abordagem pode ser realizada por equipe multiprofissional por meio da busca ativa, prevista na Portaria n. 336/02, ou ainda pelos profissionais de redução de danos e consultórios de rua para aqueles que não mais residem com sua família (Xavier, 2011).

Atenta a essas premissas, a lei n. 11343 de 2006, mais conhecida no âmbito do direito penal, é um avanço em relação a todas as demais leis que tratam do tema.

A lei em questão instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

As atividades de prevenção, de acordo com a lei, são todas aquelas direcionadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco, bem como para a promoção e fortalecimento dos fatores de proteção, já que o sistema por ela implantado fundamenta-se nos problemas que levam ao uso de entorpecentes e não ao uso em si.

A lei ainda avança no que se refere ao objetivo do tratamento, adequando-se às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Assim, o intuito final do tratamento pode ser tanto o “não uso”, o “retardamento do uso”, quanto a redução de riscos do uso de drogas, sempre pensando na reinserção do usuário.

O tratamento deve também respeitar as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que as Portarias que regem o sistema devem ser integradas ao Sisnad.

Há, ainda, de acordo com a Lei n. 11343/06, necessidade de projeto terapêutico individualizado, detectando-se a necessidade de cada paciente.

A Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

De acordo com esta portaria, a rede de atenção psicossocial é formada pela (i) Atenção Básica em Saúde;² (ii) Atenção Psicossocial Especializada;³ (iii) Atenção de

² Composta pela Unidade Básica de Saúde, Equipe de Consultório na rua, Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centro de Convivência, Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

³ Composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Urgência e Emergência;⁴ (iv) Atenção Residencial de Caráter Transitório;⁵ (v) Atenção Hospitalar;⁶ (vi) Estratégias de Desinstitucionalização;⁷ (vii) Reabilitação Psicossocial.

Publicada em 2012, a Portaria n. 148 do Ministério da Saúde traz esclarecimentos quanto à prevenção, tratamento e redução dos danos e riscos advindos do uso de drogas, ampliando o acesso ao tratamento hospitalar, em hospitais gerais, às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas.

A portaria em questão define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria n. 3088/11, e instituiu incentivos financeiros de investimento e de custeio. Assim, mais uma vez, o Governo Federal enfatiza a necessidade de tratamento em hospital geral, com internação, quando necessária, de curta duração, integrando a rede de atenção psicossocial, incorporando as estratégias singulares de redução de danos.

A Portaria n. 148/12 dispõe, ainda, que os leitos destinados ao tratamento de drogas para crianças ou adolescentes deverão estar localizados em espaço próprio, resguardando-se o direito à permanência de acompanhante em tempo integral, de modo a impedir o isolamento do usuário de álcool e outras drogas da vida familiar.

As Portarias n. 336/02 e 3088/11 estabelecem os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSad III e CAPS i, serviços comunitários ambulatoriais, no molde basagliano, que tomam para si a responsabilidade de cuidar de pessoas com sofrimento mental e dependentes de drogas, especialmente os severos e persistentes, em seu território de abrangência.

Não obstante esse modelo de tratamento ambulatorial mostrar-se adequado para uma parcela considerável de indivíduos, existem casos em que tais recursos se mostram insuficientes e, ainda, há diversos municípios que sequer contam com tal estrutura após mais de dez anos de vigência da Lei e da Portaria que os instituiu.

Outro grande facilitador do tratamento, evitando internações desnecessárias, poderia ser a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em comunidades com acentuada vulnerabilidade social, como as periferias das grandes e médias cidades brasileiras.

⁴ Composta pelos pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências – SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.

⁵ Composta por Unidades de Acolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial, dentre os quais Comunidades Terapêuticas.

⁶ Composta por Enfermaria especializada em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência.

⁷ Composta por Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta para Casa.

No entanto, a falta de estrutura e o preconceito, até mesmo dos agentes da ESF, prejudicam o trabalho e muitas dessas ações sequer incluem a atenção ao uso de álcool e outras drogas.

A redução de danos, por sua vez, é um artifício que deve ser levado em consideração, tendo em vista que alguns indivíduos não conseguem manter-se abstinentes em tratamento ambulatorial e apresentam comportamentos de risco à sociedade e à sua integridade física e/ou mental, motivo pelo qual a Lei n. 11.343/2006 e a Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011, prescrevem, como medida de atenção, dentre outras atividades, aquelas que visem à redução dos riscos e dos danos sociais e à saúde associados ao uso de drogas.

Vale dizer que o programa de redução de danos vem apresentando ótimos resultados, apesar da política de pânico criada sobre o *crack*,⁸ que nada mais é do que a repetição do temor criado há décadas sobre uso do álcool, fazendo com que o Estado muitas vezes opte pelo discurso tradicional, anterior à Reforma Psiquiátrica.

Por outro lado, na perspectiva da redução de danos importa, mais do que a abstinência, a redução dos efeitos prejudiciais do uso, sem deixar de lado a possibilidade de usuário deixar definitivamente de consumir drogas (Moreira, Haiek & Silveira, 2013).

O tratamento, no caso, passa pela diminuição do consumo e, inclusive, pela substituição de uma droga por outra, mesmo que esta seja ilícita.⁹

No entanto, diante do pânico criado em cima do *crack*, a redução de danos vem perdendo espaço para ações imediatistas que são, inclusive, um contrassenso frente ao dispositivo CAPS, como a criação de novos leitos em comunidades terapêuticas e em hospitais especializados, por período relativamente longo, prevista no “Plano *Crack*”, o que vai de encontro com a declaração conjunta de várias agências da ONU,¹⁰ de março de 2012, que insta os Estados participantes da ONU a fecharem os centros de detenção e reabilitação relacionados ao tratamento de dependentes químicos, implantando-se serviços de cuidados à saúde comunitários e de maneira voluntária,

⁸ A mídia tende a alardear sobre uma “epidemia de *crack*” que, no entanto, não ocorre, já que pesquisas revelam que apenas 0,5% (meio por cento) dos usuários de drogas são usuários de *crack* contra 12% de dependentes de álcool (Loccoman, 2013).

⁹ Há estudos revelando que 68% (sessenta e oito por cento), de uma amostragem de 25 homens, de usuários de *crack* que passaram a utilizar a *cannabis sativa*, vulgarmente conhecida como maconha, para tratar os sintomas de abstinência, tiveram melhoras de comportamento e superaram o vício de *crack* (Labigalini, Rodrigues & Silveira, 2013)

¹⁰ Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura (Unesco), Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (Unicef), das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), Organização Mundial da Saúde (OMS), dentre outras (Declaração conjunta Centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con las drogas).

que respeitem os princípios dos direitos humanos. A declaração ainda ressalta que não há comprovação de que os tratamentos contra vontade do paciente são eficazes e que constituem evidente violação a direitos humanos, bem como que as internações são realizadas sem o devido processo legal, o que, por si, fere estes direitos.

Assim, uma interpretação mais abrangente, de forma a abarcar dispositivos Constitucionais e Tratados Internacionais, compatibilizando a norma existente na Portaria 3088 do Ministério da Saúde com os direitos fundamentais, impõe que a única possibilidade de internação em unidades de acolhimento, comunidades terapêuticas ou hospitais especializados seria de forma voluntária.

Aliás, é isso que expressamente dispõe o artigo 2º, §2º, da Portaria n. 121/GM, segundo o qual a “Unidade de Acolhimento tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo”.

Assim, o SUS trabalha com a lógica do CAPS, ou seja, não se prioriza a internação, mas a reinserção social e o tratamento em meio aberto, sendo a internação utilizada como último recurso, em casos excepcionais e apenas para desintoxicação.

Internação involuntária e compulsória

349

Não obstante, as famílias, na ânsia de acabar definitivamente com o problema da dependência e desacreditadas com o tratamento “demorado” disponibilizado na rede pública, acabam procurando o Judiciário para fazer valer a sua vontade de internar involuntariamente seu parente usuário de drogas.

Porém, muitas vezes, a internação compulsória é utilizada pela parte equivocadamente, já que deveria ser restrita à medida de segurança, pretendendo que o Juízo realize a análise meritória sobre a necessidade ou não de internação (o que não cabe ao Judiciário, mas à equipe técnica de saúde mental), e supra a deficiência dos relatórios médicos apresentados pela família (quando os apresenta), que não constituem laudo médico circunstanciado, não atestam o esgotamento dos recursos extra-hospitalares e, portanto, não são suficientes para a internação involuntária.

De fato, desde 2001, com a publicação da Lei n. 10216/01, a internação involuntária, por período prolongado, deveria ter sido abolida. Aliás, o projeto original da lei em questão, baseada na tradição basagliana, tinha como justificava não ser o hospital psiquiátrico um local adequado para tratamento de pessoas com transtornos mentais em geral, incluindo-se os dependentes químicos.

Após diversas emendas, que modificaram sobremaneira o projeto original, a Lei n. 10216/01 passou a prever três tipos de internação; a voluntária, a involuntária

e a compulsória. Esta última, no entanto, é apenas indicada pela lei como uma das formas de internação, já que a própria legislação tratou de dispor que a internação compulsória somente seria possível na forma da legislação vigente à época de sua edição, ou seja, na forma da lei penal, única, após a Constituição Federal, que dispunha sobre internação por decisão judicial.

Deste modo, um erro gravíssimo que se percebe na atuação judicial atual é fundamentar internações compulsórias na Lei n. 10216/01 combinada com o Decreto n. 24.55/34, revogado expressamente pelo Decreto n. 99.678/90, em seu anexo, e o Decreto-Lei n. 891/1938, que, apesar de não ter sido expressamente revogado, não foi recepcionado pela Constituição de 1988,¹¹ de modo que ambos não estavam em vigor quando da publicação da Lei n. 10216/01.

Com efeito, a única legislação vigente a respeito de internação autorizada pelo juiz era e continua sendo a legislação que rege a medida de segurança.

Vale dizer que, mesmo que necessária, a internação involuntária para o início do tratamento, se nenhum recurso extra-hospitalar se mostrar suficiente e se houver risco de vida iminente para o usuário ou para terceiro, esta deve se dar apenas para desintoxicação, amparada pela Lei n. 10.216/2001, art. 4º, §§ 1º a 3º.

Vale lembrar, no entanto, que quaisquer das formas de internação dependem necessariamente de laudo médico circunstanciado, que deve apresentar, minuciosamente, os motivos que justificam a internação, além da existência de diagnóstico fechado, com a descrição da intensidade e gravidade da doença, a indicação da necessidade da extrema medida, que somente pode ser realizada após frustrados os recursos extra-hospitalares, de acordo com o artigo 4º da Lei n. 10.216/01, e inclusive os motivos da recusa do usuário em internar-se voluntariamente, conforme prevê o art. 5º da Portaria n. 2391/GM.

¹¹ A título de exemplo, dispunha o artigo 27 do Decreto-Lei em questão que não era permitido o tratamento de toxicômanos em domicílio e, em seu artigo 29, que tanto os toxicômanos quanto os intoxicados habituais, inclusive por bebidas alcoólicas, eram passíveis de internação obrigatória mediante decisão judicial após representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público. A propósito, a internação obrigatória nos moldes daquela legislação permitia a internação por prazo indeterminado, inclusive com fundamento na conveniência da ordem pública.

A Constituição Federal de 1988, em posição diametralmente oposta, trouxe no seu artigo 5º os direitos e liberdades individuais, proibindo qualquer forma de restrição da liberdade individual arbitrária, sendo esta entendida como aquela que ocorre sem o devido processo legal, inclusive trazendo o remédio constitucional do Habeas Corpus para preservar o direito de ir e vir de qualquer indivíduo, de acordo com o Artigo 5º, incisos XV, LIV e LXVIII, da Constituição Federal.

Certamente, a nova ordem constitucional não se coaduna com o Decreto-lei de 1934, que permitia a privação de liberdade de qualquer indivíduo inclusive por conveniência da ordem pública, por tempo indeterminado.

PRIMEIROS PASSOS

Aliás, a mesma portaria, em seu art. 10, impõe a constituição de uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas, composta por profissionais de diferentes áreas de saúde mental, desde que não sejam dos quadros do local de internação, que deve acompanhar as internações involuntárias e rever a internação no prazo de 7 (sete) dias, confirmando ou não sua necessidade.

Conforme asseverado, se o usuário realmente preenchesse os requisitos para a internação involuntária, esta já poderia ocorrer sem intervenção judicial, pois a internação involuntária ocorre a pedido de terceiro e por recomendação médica, mesmo sem o consentimento do paciente, não podendo ser utilizado o sofrimento de familiares, por si só, para fundamentar a internação, mesmo porque há disposições legais que permitem o afastamento de tal pessoa do lar, como o art. 22 da Lei n. 11.340, Lei Maria da Penha, e art. 1777 do Código Civil.

Nesse caso, porém, a legislação não permite a internação em hospital psiquiátrico ou mesmo em comunidades terapêuticas, mas sim o simples afastamento do lar, podendo o dependente, por exemplo, procurar a rede de atenção psicossocial voluntariamente para residir em uma das Unidades de Acolhimento, como prevê a Portaria n. 3088, na qual o regime é de portas abertas e não asilar, que pode ou não ser terapêutica.¹² Não há, portanto, neste caso, necessidade de internação sequer involuntária e, mesmo que assim não fosse, a previsão da Portaria n. 121/GM é de que as Unidades de Acolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial apenas podem ser disponibilizadas em caso de tratamento voluntário.

Vale dizer que aqui não se defende que aquele que procura o Poder Judiciário por não encontrar vaga no serviço público para internação, quando esta é necessária, voluntária ou involuntariamente, de acordo com laudo médico circunstanciado, não tem direito a ser internado, o que se defende é que a ação a ser proposta não é a internação compulsória contra o dependente, mas sim a ação de obrigação de fazer contra o Estado, para dirimir lide existente entre a pessoa com sofrimento mental e com problemas decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas e o Poder Público, já que este deve proporcionar o tratamento adequado ao dependente e até mesmo a internação em CAPS III, enfermarias ou hospitais gerais, de acordo com a Lei n. 10216/01 e Portarias que a regulamentam, inclusive as Portarias n. 336/02, 3088/11, 121/12 e 148/12.

Deste modo, a internação compulsória continua sendo restrita às medidas de segurança, enquanto a possibilidade de internação involuntária passa a ser permitida

¹² “Serviços Residenciais Terapêuticos – que são pontos de atenção desse componente – são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.”

apenas em casos específicos em que o tratamento ambulatorial não funcione como meio de reinserção social do dependente, quando há risco iminente de vida do usuário ou terceiro, sendo que entendimento diverso leva necessariamente a violações constitucionais e de tratados internacionais de direitos humanos, dos quais o Brasil é signatário.¹³

A internação, sendo compulsória, fica a critério do juiz, assim tanto a entrada do paciente no serviço quanto sua saída depende de autorização judicial, o que leva ao absurdo de pessoas com alta médica permanecerem no hospital ou comunidade terapêutica agravando problemas que geraram a procura pelo uso de drogas, gerando irritabilidade, ansiedade e demais problemas psicológicos que levam à recaída.

Defende-se aqui também que o internado, mesmo que involuntariamente, tem direito à defesa, uma vez que, além do art. 8, § 1o, da Lei n. 10216/01,¹⁴ exige o artigo 5º, parágrafo único, inciso VI, da Portaria GM n. 2.391, de 26 de dezembro de 2002, do Ministério da Saúde, que a comunicação de internação involuntária contenha a descrição dos motivos da discordância do usuário sobre sua internação, sendo certo que o paciente deve ser ouvido.

352

¹³ ADMISSÃO INVOLUNTÁRIA. §1. Uma pessoa pode a) ser admitida involuntariamente como paciente em um estabelecimento de saúde mental: ou b) tendo sido admitida voluntariamente, ser retida como paciente involuntário no estabelecimento de saúde mental se, e apenas se, um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei para este fim determinar, de acordo com o Princípio 4, que a pessoa apresenta um transtorno mental e considerar: a) Que, devido ao transtorno mental, existe uma séria possibilidade de dano imediato iminente à pessoa ou a outros. b) Que, no caso de uma pessoa cujo transtorno mental seja severo e cujo julgamento esteja prejudicado, deixar de admiti-la ou retê-la provavelmente levará a uma séria deterioração de sua condição ou impedirá a oferta de tratamento adequado, que somente será possível, por meio da admissão em um estabelecimento de saúde mental, de acordo com o princípio da alternativa menos restritiva. No caso referido no “subparágrafo 1 b”, um segundo profissional de saúde mental igualmente qualificado, independente do primeiro, deverá ser consultado, onde isto for possível. Se tal consulta ocorrer, a admissão ou a retenção involuntária não se darão, a menos que o segundo profissional concorde. §2. A admissão ou retenção involuntárias deverão inicialmente ocorrer por um período curto, conforme especificado pela legislação nacional, para observação e tratamento preliminar, ficando pendente à revisão da admissão ou retenção, a ser realizada pelo corpo de revisão. A admissão e seus motivos deverão ser comunicados prontamente e em detalhes ao corpo de revisão; os motivos de admissão também deverão ser comunicados prontamente ao paciente, à sua família. §3. Um estabelecimento de saúde mental só poderá receber usuários admitidos involuntariamente se tiver sido designada para isso por uma autoridade competente prescrita pela legislação nacional (Tratado de Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental – Doc. das Nações Unidas n. A/46/49, 1991)

¹⁴ “A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.”

Somado a isso, dispõe o Tratado de Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde que o internado tem direito de ser defendido por defensor público, quando financeiramente hipossuficiente, bem como que tem direito ao devido processo legal e contraditório.

Conclui-se, portanto, que a internação para tratamento contra a vontade do indivíduo, apenas é possível por prazo curto, para desintoxicação ou se houver risco para a vida do usuário de drogas ou terceiros, desde que haja laudo médico circunstanciado para tanto, sem necessidade de ordem judicial, a qual apenas é permitida no âmbito do processo penal.

Referências

- Amarante, P. (Coord.) (1995). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. (2. ed. rev. e aum.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andrade, T. M. (2011). *Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil*. Recuperado em 4 de janeiro de 2013, de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001300015>.
- Basaglia, Franco (Coord.). (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. (Heloisa Jahn, Trad.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Brasil, *Diário Oficial Nacional*, Seção I, Sexta-feira 19 de setembro de 1989, p. 10697. Recuperado em 20 de janeiro de 2013 de: <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=10>>.
- Costa, J. F. (2006). *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. (5a ed. rev.). Rio de Janeiro: Garamond.
- Declaración conjunta Centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con las drogas*. Recuperado em 9 jan. 2013 de: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_statement-closure-compulsory-drug-detention-rehab-centers_es.pdf>.
- Delgado, P. G. (2012, ago.) Internação involuntária. *Revista Ciência Hoje*, 50(295).
- Doc. das Nações Unidas n. A/46/49*, de 17.12.1991. Recuperado em 4 dez. 2012 de: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoespermanentes/cdhm/comite-brasileiro-de-direitos-humanos-e-politica-externa/DirPesDef.html>>.
- Labigalini Jr. E., Rodrigues, L. R., & Silveira, D. X. da. *Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil*. Recuperado em 8 de janeiro de 2013 de: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10681113?dopt=Abstract>>.
- Loccoman, L. *A polêmica da Internação Compulsória*. Recuperado em 8 de janeiro de 2013 de: <http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a_polemica_da_internacao_compulsoria.html>.

Moreira, F.G., Haiek, R., & Silveira, D. X. da. *Redução de danos no Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes – PROAD*. Recuperado em 8 de janeiro de 2013 de: <http://www.unifesp.br/dpsiq/proad/pdf/artigos/rd_proad.pdf>.

National Institute on Drug Abuse (NIDA), dos Estados Unidos. Recuperado em 20 dez. 2012 de: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11416&rastr=TRATAMENTO%2FDepend%C3%Aancia+Qu%C3%ADmica/Defini%C3%A7%C3%A3o>.

Silveira, D. X. da. Internação Compulsória: depoimento. [out/2011]. Revista *Caros Amigos*, São Paulo, XV(175). Entrevista concedida a Gabriela Moncau.

Xavier, D. (2011, out.). Internação compulsória: depoimento. *Caros Amigos*, ano XV, 175. Entrevista concedida a Gabriela Moncau.

Resumos

(Treatment for chemical dependence and the Brazilian legal system)

354 *This article seeks to re-discuss the process of exclusion caused by drug addiction treatments in Brazil and describes current forms of treatment that focus on the social integration of users. Furthermore, the authors show that failure to comply with public policies in the area, unrealistic beliefs of the population in miraculous cures and their unfamiliarity with alternative forms of treatment and the legislation, are repeating, in new garb, the age-old segregation of persons suffering from such dependence. Among other realities are frequent and unnecessary hospitalization, sometimes by court order and without due process of law.*

Key words: Addiction, treatment, compulsory hospitalization, involuntary hospitalization

(Le traitement de la dépendance chimique et le système juridique brésilien)

Cet article vise à rappeler le cheminement vers l'exclusion provoquée par les types de traitement des toxicomanes au Brésil et présente les traitements actuels qui ont comme but l'intégration sociale de l'utilisateur. En outre, il démontre que la non-conformité avec les réglementations, les croyances irréalistes de la population sur une façon miraculeuse de guérison, la méconnaissance des lois et d'autres formes de traitement, reprennent, sous autre forme, la ségrégation des toxicomanes. Ces phénomènes finissent par légitimer des hospitalisations inutiles par ordonnance du tribunal et sans actions judiciaire correcte.

Mots clés: Toxicomanie, traitement, hospitalisation obligatoire, hospitalisation involontaire

(El tratamiento de la dependencia química y el sistema jurídico brasileño)

Este artículo busca recordar la trayectoria de exclusión causada por los tratamientos de dependencia química en Brasil y presenta las formas actuales de tratamientos que tienen como objetivo la reinserción social del usuario. Además, demuestra que el incumplimiento de la legislación sobre el tema, creencias irreales de la población en una forma milagrosa de cura y desconocimiento sobre la legislación y las formas alternativas de tratamiento, retoman con una nueva apariencia, la segregación de las personas que sufren de dependencia química, permitiendo internaciones desnecesarias, por orden judicial y sin el debido proceso jurídico.

Palabras clave: Adicción, tratamiento, hospitalización obligatoria e involuntaria

(Die Behandlung der Abhängigkeit von chemischen Drogen und die brasilianische juristische Ordnung)

In diesem Beitrag wird der allmähliche Ausschluss durch die Behandlungen von Drogensüchtigen in Brasilien aufgegriffen und die aktuellen Behandlungsformen dargestellt, die eine soziale Reintegration des Abhängigen beabsichtigen. Außerdem wird gezeigt, dass die Nichtumsetzung der öffentlichen Politik zu diesem Thema, falsche Vorstellungen der Bevölkerung von der Wunderheilung und mangelnde Kenntnis der Gesetze, sowie von alternativen Behandlungsformen, die Segregation der Drogenabhängigen in neuer Form einführen und folglich, unnötige juristisch angeordnete Internierungen ohne angemessenem legalen Prozess ermöglichen.

Schlagwörter: Abhängigkeit, Behandlung, zwanghafte Internierung, unfreiwillige Internierung

355

Citação/Citation: Novaes, P.S. (2014, junho). O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(2), 342-356.

Editor do artigo/Editor: Profa. Dra. Ana Cecília Magtaz

Recebido/Received: 16.3.2014/ 3.16.2014 **Aceito/Accepted:** 25.4.2014 / 4.25.2014

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Financiamento/Funding: A autora declara não ter sido financiada ou apoiada / The author has no support or funding to report.

Conflito de interesses/Conflict of interest: A autora declara que não há conflito de interesses / The author declares that has no conflict of interest.

PRISCILA SIMARA NOVAES

Defensora Pública do Estado de São Paulo; Especialização em Ciências Penais junto à Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul (Florianópolis, SC, Br); Especialização em Psicopatologia e Saúde Pública junto à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP (São Paulo, SP, Br).

Av. Liberdade, 32, 6º andar, sala 07

01502-000 São Paulo, SP, Br

e-mail: pnovaes@defensoria.sp.gov.br

Introdução a uma Clínica Diferencial das Psicoses

Contardo Calligaris

São Paulo: Zagodoni, 2013, 138 págs.

Relançar de uma experiência: a clínica psicanalítica e as psicoses

Lucia Serrano Pereira*

357

Introdução a uma Clínica Diferencial das Psicoses tem sua reedição lançada, vinte e poucos anos depois do seu primeiro tempo. Momento que condensa toda uma discussão clínica sobre as psicoses, ao final dos anos 1980, intensa, e de importância fundamental, para os psicanalistas e para a psicanálise de um modo geral.

O texto tem a peculiaridade de seguir o *tom* da fala que Contardo Calligaris, o autor, introduziu nos encontros do Seminário sobre Psicoses, em Porto Alegre, mantendo a trama aberta da discussão *in loco*.

Na apresentação a esta segunda edição, Contardo confia ao leitor que, antes de qualquer coisa, o livro diz de sua maneira própria de clinicar com psicóticos. Ponto fundamental que, naquele momento, não era óbvio para nós. Mas o fato é que saímos muito implicados daqueles encontros, e a complexidade de algumas das questões, ontem lançadas, permanecem ainda hoje. Como por exemplo: O que pode ser uma análise quando se trata de um paciente psicótico? Que tipo de transferência pode estabelecer um psicótico com um psicanalista?

* Associação Psicanalítica de Porto Alegre – APPOA (Porto Alegre, RS, Br).

E mais ainda, o desafio de como pensar as relações da psicose com o nosso mundo – onde boa parte dos delírios tem conteúdo cultural e são precipitados por injunções produzidas na cultura incidindo sobre o sujeito.

No encontro para o relançamento do livro, Calligaris nos falou da importância, para sua trajetória clínica, da atividade da apresentação de pacientes de Lacan. Ressalta que nessa prática o que mais importava era a reconstituição das condições em que a crise do paciente tinha se desencadeado; além da proposta de situar por que aquilo que se escutava na entrevista seria indício de uma psicose.

A clínica diferencial pode dizer respeito às diferentes maneiras de ser tomado em uma psicose, seja a paranoia, a psicose maníaco-depressiva ou uma esquizofrenia (com suas constelações simbólicas e imaginárias específicas passando pelas relações com a obsessão, a fobia e a histeria). Mas o *diferencial* que se marca aqui, é poder abordar de frente o que situa discursivamente uma psicose. Por onde ela se sustenta e qual a sua especificidade. Como dizer algo, a partir daí, que não seja somente uma definição pelo *negativo*, na relação com outras configurações da psicopatologia. E é claro que isso vai contar de maneira forte nos efeitos e consequências na direção do tratamento.

358

Interrogar o momento que se segue a uma crise, afirma Contardo, é oferecer ao sujeito uma possibilidade, uma chance. Nesse sentido, poder falar do caminho que foi trilhado até a crise pode ser crucial, para o sujeito, assim como o tempo de compartilhar a significação, a metáfora delirante que o está sustentando.

A errância psicótica; as relações entre o saber, o delírio e as totalizações; as injunções (que precipitam retornos no Real, pelo fato do sujeito não encontrar recursos no Simbólico e no Imaginário para responder), o crepúsculo — quando o saber que dava uma sustentação ao “eu” entra em colapso; a escuta de pacientes em crise e daqueles que nunca encontraram uma crise; as passagens estabelecem a especificidade da clínica que vai se desdobrando ao longo do livro.

O que descreve são errâncias infinitas, operações de defesa totalizantes, como, por exemplo, produzir uma rede de proteção total: “como a tarefa de uma aranha que teria que encasular preventivamente um perigoso inimigo do tamanho do mundo”. Podem ser também errâncias intelectuais. Pensamentos coerentes e organizados, mas sempre com um horizonte de totalidade, como que autoengendrados, que não autorizam uma transmissão, ou reconhecem uma dívida. Ao mesmo tempo, o que é sublinhado é que o aporte da psicose à cultura é enorme, ideias que são cruciais para todos nós, como por exemplo *Emílio*, de Rousseau, ou a obra de Wittgenstein, que também era um paranoico. Ou seja, é importante lembrar que a experiência da psicose tem enriquecido a humanidade.

O que perpassa a *clínica diferencial das psicoses* é a posição que sempre acompanhou a transmissão de Contardo: a fala de um sujeito vai desdobrar, em exercício, sua estrutura, e assim o que conta, seja para diagnóstico, seja para realizar

RESENHA DE LIVROS

a experiência do inconsciente em uma análise, é o lugar onde o analista está colocado, na transferência, a partir da fala do paciente.

Essa forma de clinicar aportou uma leitura de tanta ousadia, rigor e clareza que é difícil dizer hoje de todos os efeitos que produziu. O mais forte, sem dúvida, foi o de encorajar toda uma geração (ou mais) a tomar a responsabilidade e o desejo de sustentar uma clínica com as psicoses nos tempos atuais.

359

LUCIA SERRANO PEREIRA

Psicanalista; Membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre – APPOA (Porto Alegre, RS, Br); Pós-doutora em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul –UFRGS (Porto Alegre, RS, Br); Doutora em Literatura Brasileira pela mesma universidade; Autora dos livros *Que queres tu de mim?* (Ed. Unisinos, 2011); *O conto machadiano, uma experiência de vertigem* (Cia. de Freud, 2008); Audio livro *A cartomante e a vertigem* (Ed. Ideias a Granel, 2010); *Um narrador incerto entre o estranho e o familiar* (Cia. de Freud, 2004), entre outras publicações de artigos.

Av. Eng. Alfredo Correa Daudt, 445 – Boa Vista

90480-120 Porto Alegre, RS, Br

e-mail: luciaserranopereira@gmail.com

Psicanálise e toxicomania. Desafios na Assistência Pública
Adriana Dias de Assumpção Bastos e Ademir Pacelli Ferreira
Curitiba: Juruá, 2012, 146 págs.

Estrutura ou Sintoma? Debate sobre a Clínica Psicanalítica das Toxicomanias na Assistência Pública

Maria Theresa da Costa Barros*

360

No livro, *Psicanálise e Toxicomania. Desafios na Assistência Pública*, Adriana Dias de Assumpção Bastos e Ademir Pacelli Ferreira desenvolvem uma discussão abrangente sobre a problemática da clínica psicanalítica, uso de drogas e atendimento na Instituição Pública. Essa pesquisa psicanalítica desenvolvida num Centro Municipal de Tratamento de Dependência Química teve como ponto de partida, dentre outras, as seguintes questões: *o uso de drogas é um sintoma? e, tal sintoma é um sintoma específico da atualidade?* Tais indagações destacam uma direção para a clínica psicanalítica do uso de drogas que pode ser assim indicada: *é possível que a toxicomania seja um sintoma, uma forma de compromisso, não para todos, mas tão somente para alguns sujeitos que usam drogas.*

Os autores consideram que a direção clínica estabelecida pelas políticas públicas tem apontado para uma “clínica do sujeito”. Dentro dessa perspectiva, buscam circunscrever os fundamentos que tanto a

* Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (Rio de Janeiro, RJ. Br).

teoria quanto a clínica psicanalítica oferecem, nesse sentido, delimitando de que *realidade* se trata quando se tem como foco o sujeito. Ou seja, retomando o pensamento freudiano e lacaniano, colocam em destaque a chamada *realidade psíquica*. De fato, encontra-se, aqui, uma das principais contribuições da psicanálise para o campo das ciências humanas. Tal perspectiva, desde os primórdios da psicanálise, representou para o então neurologista Sigmund Freud, um árduo esforço de teorização. Todavia, o avanço que Freud realizou foi tão amplo que é possível, aos seus leitores, desencavar verdadeiros tesouros encerrados em seu discurso teórico. Um destes foi desvendado por Jacques Lacan, na releitura que fez do *Entwurf* em seu seminário, *A ética da psicanálise*. Quando Lacan se interroga por que os éticos sempre retornam ao problema enigmático da relação do prazer com o bem final, naquilo que dirige a ação humana enquanto moral, isso provém do fato de o prazer aparecer, em muitos casos, como o termo oposto ao esforço moral. Torna-se preciso, no entanto, que ele encontre aí a referência final, aquela à qual o bem que orienta a ação humana deve, no final das contas, reduzir-se. Eis como o conflito se coloca no interior de toda elaboração ética.

Levando em conta essa visada ética pela qual se aborda a clínica psicanalítica do sujeito, os autores destacam um ponto decisivo nesta direção clínica: não se trata de *consertar* os pacientes, sejam usuários de drogas ou infratores, e sim, trata-se de favorecer a fala do sujeito. Como alicerce desta clínica do sujeito, traçam um percurso do discurso psicanalítico, tanto teórico quanto clínico, em Freud e Lacan — do mal-estar na civilização ao mal-estar dos laços sociais — numa busca bem-sucedida de demonstrar o vigor deste discurso como fundamento da clínica contemporânea.

Ao ser perguntado sobre o que havia de novo na psicanálise, André Green respondeu: *Freud*. Entre os diversos comentadores do pai da psicanálise, Lacan, em seu retorno a Freud, teve o mérito de colocar a psicanálise como eixo fundamental do atendimento clínico de ponta, possibilitando, definitivamente, a clínica institucional nos espaços públicos. Para exemplificar, tanto a atualidade quanto o vigor do discurso psicanalítico, os autores examinam cinco casos clínicos, que corroboram que a população-alvo nas instituições públicas de atendimento a usuários de drogas é, em última instância, constituída por jovens. O que dá uma importância e responsabilidade maior a esta modalidade de prática clínica.

O debate sobre se a toxicomania é ou não uma nova modalidade de estrutura clínica, conduz os autores a percorrerem suas diversas expressões na psicose, na neurose e na perversão, procurando destacar os mecanismos pelos quais são constituídas. A partir da pesquisa realizada concluem que *a constituição da realidade para a psicanálise se organiza através da resposta que o sujeito dá frente à castração* — o recalque, o desmentido ou a forclusão — e, ao longo da obra de Freud e de Lacan, não há nenhuma indicação de que a toxicomania seja uma forma específica de negação da castração no Outro. Os autores partem, assim, da perspectiva da *toxicomania como fenômeno clínico*. Consideram, dessa forma, que trata-se muito mais *de um paliativo*

diante da angústia, no sentido de anestesiá-la, produzindo uma forma de lidar com a castração que pode estar presente em qualquer uma das três estruturas.

Tais conclusões, no entanto, não evitam um diálogo com outros autores, cuja leitura pode apontar para perspectivas diametralmente opostas às suas, contribuindo assim para que se estabeleça um diálogo profícuo, no qual o leitor possa acolher as posições com as quais mais se identifica. Por exemplo, em “Estrutura perversa e Toxicomania”, os autores tomam como fio condutor os textos de Joel Birman, “Dionísio desencantado” e “Feitiço e feiticeiro no pacto com o diabo”, nos quais este autor propõe que a toxicomania corresponderia à estrutura da perversão. Outra aproximação entre a toxicomania e a perversão é apontada por Jésus Santiago, em seu texto, “A toxicomania não é uma perversão” quando o autor infere, a partir do texto freudiano, “Mal-estar na civilização” (1930), que a droga pode ser interpretada como uma satisfação substitutiva. O pensamento desenvolvido por este autor possibilita uma passagem para a visão de que, em alguns casos, a toxicomania permite que esta possa ocupar o lugar de um sintoma.

Em síntese, a leitura do livro *Psicanálise e Toxicomania. Desafios na Assistência Pública* torna-se obrigatória para todos aqueles que se dedicam ao atendimento clínico dos usuários de drogas. Contudo, pela pesquisa psicanalítica cuidadosa e minuciosa desenvolvida e pela amplitude com que as questões suscitadas foram tratadas, considera-se uma leitura também indispensável, a todos aqueles que se dedicam ou tenham interesse em se debruçar sobre as questões cruciais da clínica psicanalítica.

Rio de Janeiro, 29 de setembro de 2013

362

MARIA THERESA DA COSTA BARROS

Professora Visitante do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (Rio de Janeiro, RJ, Br); Pós-Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Mestre em Teoria Psicanalítica pela Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Br).

Av. Nossa Senhora de Copacabana, 195/1017 – Copacabana

22020-000 Rio de Janeiro, RJ, Br

e-mail: mtcostabarrosglobo.com

El poeta, el filósofo, el médico: estudio del sufrimiento

Andrés Eduardo Aguirre Antúnez*1
Gilberto Safra*2

El presente trabajo realiza una interlocución entre un poeta, un fenomenólogo y un psicopatólogo donde el eje común es la clínica terapéutica y una comprensión posible de la psicopatología en diálogo interdisciplinar. Observamos que la literatura, la filosofía y la medicina psiquiátrica contribuyen para comprender el sufrimiento humano no solo como una manifestación intrapsíquica, pero íntimamente relacionado a la sensibilidad, la afectividad y la vivencia personal del tiempo y espacio humanos en dirección a factores ambientales y culturales.

Palabras claves: Literatura, fenomenología, psicopatología, psicología clínica

*1 Universidade de São Paulo – USP (São Paulo, SP, Br).

*2 Universidade de São Paulo – USP (São Paulo, SP, Br).

*Ai, el tiempo avanza con ceniza, con aire y con agua!
La piedra que han mordido el légamo y la angustia florece de pronto
con estruendo de mar, y la pequeña rosa vuelve a su delicada tumba de corola.*

(Neruda, 2003, Conducta y Poesía, *Para nacer he nacido*, p. 199)

364 La interlocución entre un poeta, un fenomenólogo y un psicopatólogo son tomadas para reflexionar la clínica terapéutica, de modo a buscar una comprensión posible de la psicopatología en diálogo interdisciplinar. Observamos que las formas artísticas de la literatura, la filosofía y la medicina psiquiátrica contribuyen para comprender el sufrimiento humano no solo como una manifestación intrapsíquica, pero íntimamente relacionado a la sensibilidad, a la afectividad y la vivencia personal del tiempo y espacio humanos en dirección a factores ambientales, política y cultural. Neruda (2003) escribe “Para nacer he nacido” (...) y “para encerrar el paso de cuanto se aproxima, de cuanto a mi pecho golpea como un nuevo corazón tembloroso”. El temblor de la Cordillera de los Andes parece una manifestación de un monstruo sagrado que despierta sus roncros temblores de tierra que afectan, de modos muy particular y universal, el poeta, como a todo ser humano en el íntimo de su vulnerabilidad. Neruda era casado con la naturaleza humana, unido a las cosas y a la naturaleza misma. La creación literaria, compañera de su soledad, atinge más allá de lo que podría imaginar: toca desde adentro de la clínica.

La psicopatología que nos acompañará no será la del DSM-V o de la CID-10, ni la psicoanalítica, pero aquella que se acerca a las vivencias descritas y vividas en su forma pura, original y relacional, la psicopatología fenomenológica de Eugène Minkowski.

“Me niego a masticar teorías” (Neruda, 2003, p. 132). La fenomenología coloca entre paréntesis o suspensión los preconceptos, prejuicios y teoría de las cosas y busca la esencia del fenómeno. De acuerdo con Henry (1963/2011) es la fenomenalidad de la afectividad la esencia de la Vida, la auto-afección de Si en alteridad.

El sufrimiento psiquiátrico, humano, está en toda parte, en vecinos, amigos, desconocidos, en familia, en el trabajo. Si queremos conocer la poesía de Neruda o la *poética* de un paciente, que se *escuche sintiendo* lo que ellos dicen, a su modo, en su tiempo, en su idioma personal (Safra, 2006). Escuchando no solo de forma analítica, pero escuchando al modo como nuestro cuerpo reacciona delante la alteridad, así como al leer los poemas que nos tocan en el corazón, en el sentimiento.

Interesante cuando Neruda (2003) fue convidado a agradecer a la traducción de tres amigos brasileños de sus obras. El poeta expresó: “No sé qué decir

ni por dónde comenzar. Tengo ya 53 años y nunca he sabido que es la poesía, ni cómo definir lo que no conozco. No he podido tampoco aconsejar a nadie sobre esta sustancia oscura y la vez deslumbrante” (p. 132). ¿Como hacer un diálogo entre psicopatología y la fenomenología de la vida de Michel Henry? ¿La sustancia oscura y deslumbrante que el poeta cuestiona, no sería la propia vida?

La psicopatología que nos toca no es aún la del exterior, tampoco solamente la que nasce de nuestra interioridad, pero la que ocurre entre dos *pathos*, en terminología henryana en *co-pathos*. *Pathos* comprendido en su origen griega, sufrimiento y placer. Los terapeutas deben proporcionar en la relación interhumana el crecimiento de las potencialidades adormecidas en el alma humana del hombre enfermo, no de una disfunción cerebral — que también es posible — pero enfermo por falta de amor, cariño, comprensión e interés. El terapeuta es sensible a cada transformación. El poeta Neruda, salvo en las veces que recitó en plaza pública sus poemas, no controló ni pudo percibir el alcance de sus creaciones sin tener el retorno de alguien, aún como el escrito del filósofo y del psiquiatra: el verbo camina más allá de la carne.

Conocer la persona que está delante nosotros, en su modo de ser, siempre ultrapasará cualquier objetividad en nosografía, aún que sea presente y clara, hay algo de obscuro que no aparece, no porque ese algo está escondido, tal vez porque solo pueda manifestarse si encontrado. ¿Que podemos delante un ser que sufre, que sufre como yo, porque humano, como tú y como él, pero que su sufrimiento lo paraliza, bloquea, lo torna inmóvil? Paradoja completa, ningún ser humano está completamente paralizado, la esperanza que palpita en el corazón humano que lo diga. Si un hombre que sufre no encuentra otro hombre interesado y en devoción, seguirá buscando a sí mismo en el otro, de modo que la esperanza sea combustible para mantenerse vivo.

Los manuales clasificatorios, tan importantes cuanto imprescindibles a la medicina psiquiátrica, que no podemos negar dada la necesidad de tales diagnósticos para determinados cuadros, aún que los critiquemos filosófica y clínicamente, encuentran en el poeta, en el artista, en el fenomenólogo puro, límites intraspionables. “De niño y de grande anduve mucho más entre ríos y pájaros que entre bibliotecas y escritores. También asumí el deber antiguo de los poetas: la defensa del pueblo, de la pobre gente explotada” (Neruda, 2003, p. 132). La defensa de la gente explotada por un sistema socio, político y económico. Para Henry (2001) tanto el capitalismo cuanto el socialismo degradaron la condición humana, fallaron. Neruda sufrió delante la guerra española y ya previa lo que pasaría en América del Sur. En movimiento, en contacto y ligación íntima con la naturaleza en proporción tan importantes cuanto los libros, Neruda anduvo en defensa de la comunidad humana explotada, violada por el sistema político y económico de un país, tan común en cualquier rincón de este planeta, de países habitados por dirigentes deshumanos.

Neruda (2003) se vía como un ser más común que los que lo idealizaban, en su opinión, porque temían un reino peligroso a ellos: “el de la comunicación cantante entre los seres humanos” (p. 132).

De la “*comunicación cantante*” a las metáforas utilizadas por Eugène Minkowski (1973), el médico de nuestro trabajo, cuando empezaba a mostrar lo que sería su análisis fenómeno-estructural en psicopatología, la más personal posible que reguardaba aspectos humanos poco interesantes a modas y reproducción fácil de constataciones comportamentales, visibles, utilizaba metáforas próximas al canto humano, que solo pueden ser reconocidas por un espíritu humano, abierto y sensible a las metáforas de las melodías, de las músicas que surgen entre dos humanos, cuando están en diapason o no (Minkowski, 1968), en sintonía o no con el otro, reconociendo y acreditando a Bleuler esta expresión sintónica y también la que rompe en esquizoidia. Por veces se reconocían — médico y paciente, otras veces no.

¿Ya que en este ensayo el hombre esta prójimo a la naturaleza y vida del animal, cual es la música que toca la naturaleza de la relación humana? Son infinitas, sería imposible nombrarlas, la musicalidad del mar, de los truenos, de los volcanes, del viento. ¿Y los animales? Cuantos cantaros de pájaros agradan a unos, incomodan a otros. Solo nuestra dimensión humana, que nos hace distintos de la vida biológica y animal (al mismo tiempo que la contiene en Sí), puede dar sentidos a la música en la intersubjetividad, en la intropatia, posible con el árbol, posible con nuestro perro, pero que toma una sofisticada y más complexa variaciones de fenómenos delante nuestro semejante.

Minkowski (1973) refiere el uso de metáforas musicales que lo ayudan a comprender el modo de ser de un semejante con esquizofrenia melancólica. Por momentos el paciente entraba en sintonía y ligación con el psiquiatra, otras veces la esquizoidia prevalecía en sus delirios persecutorios; por un lado la afinación sintónica, por otra “dos melodías que ya no se reconocen” (p. 169-181). El psiquiatra polonés, radicado en Francia, comprendió en su época que el tiempo exigido durante las guerras mundiales ya no respetaba el tiempo íntimo, las vivencias temporales. Su interés por el tiempo vivido lo llevó a reconocer que delante ese paciente, el tiempo futuro del médico estaba presente, pero el devenir del paciente, afectado, cerrado, imposibilitado. La vivencia de espacio del médico era restricto, pero infinito en su paciente, lo que llevaba a este último — entre otros motivos — a una angustia sin fin.

Minkowski falleció en 1972, época que nuestro poeta Neruda luchaba a favor de un ideal, de una ideología que llevaba en cuenta la comunidad humana, el socialismo en América Latina. Sabemos que desde las grandes guerras se instaló en el mundo el capitalismo y las relaciones humanas en el trabajo y personales fueron afectadas, hasta ahora la son, en la revolución virtual y mediática en la cual las relaciones de las vivencias del tiempo personal sufren y tienen que relacionarse,

MOVIMENTOS LITERÁRIOS

encuentran también nuevas formas de relacionarse y comunicarse. ¿Habría Neruda luchado en vano al lado de su amigo Salvador Allende y del pueblo usando como arma la poesía? Dicen que murió por un cáncer en la próstata, hoy ya existen estudios que cuestionan su muerte (Amorós, 2012).

Los nuevos estudios muestran que los años pasan y el dolor de una dictadura se torna para la historia humana necesaria e inolvidable. La memoria nos hace conocer aún más. Matilde Urrutia cuenta que en el día 22 de septiembre de 1973 (once días después del golpe), Manuel Arraya encontró Neruda en el Hospital Santa María, muy alterado porque se enteró por agentes del régimen de Augusto Pinochet del cruel asesinato al cantor y también poeta popular Víctor Jara. Le dieron calmantes y le aplicaron una inyección para conciliar el sueño, hasta que se durmió. “No despertó de nuevo: un paro cardíaco acabo con su vida a las diez y media de la noche del 23 de septiembre de 1973” (Amorós, 2012, p. 16). El cáncer debido a la próstata estaba controlado. Sufrimiento en la carne, en el alma.

Otros datos cogidos de la memoria humana por Amorós (2013) reescriben capítulos de la historia, aún desconocidos. La muerte de un artista sigue palpitando en los vivos. Su chofer comento: “A Neruda lo mataron”. Dos días después, el diario popular principal de Chile discutió la acción de una inyección y los efectos para la salud. Durante cuatro décadas se cuestionó la causa de la muerte de Neruda. Él militó en el partido comunista de Chile desde 1945, fue senador, candidato presidencial en 1969 y miembro del comité central.

Amorós¹ (2012) cuenta que la Clínica Santa María estuvo envuelta en otro misterio, el asesinato de Eduardo Frei Montalva, presidente de Chile entre 1964 y 1970. Falleció Frei de una forma inesperada, sometido a una cirugía digestiva menor. Tal clínica fue acusada de tener relación con el ejército, que dice que en cuanto hospitalizado Neruda fue envenenado con Talio y “gas mostaza” aplicadas por agentes de la Central Nacional de Informaciones, con los cuerpos represivos de la dictadura. Matilde siempre negó las razones oficiales de la muerte del poeta y ella le confesó a una enfermera, Rosa Núñez, que sospechaba que su esposo había sido asesinado con una inyección.

También Michel Henry sufrió en la clandestinidad, la Segunda Guerra Mundial, muy joven, con sus veinte y pocos años. Conoció los países comunistas y se impresionó con la falta de ética del este europeo. Diferente de Neruda, que en sus

¹ Amorós (2012) viajó en Chile para recompilar toda información contundente, para apoyarse con rigor en toda fuente posible, sino también para prevenir cualquier desviación hacia el sensacionalismo. Neruda vio la guerra civil en España instigada por el fascismo que dominaba en Alemania y en Italia, tal movimiento destructivo dejaron un millón de muertos y medio millón de españoles en el destierro (pp. 73-74).

visitas a Rusia, se tornó uno de los defensores de la parte — tal vez — más bonita de ese sistema, la vida comunitaria a todos, Henry escribe *La barbarie* después de doce años de cuidadoso labor. Critica ambos sistemas comunista y capitalista porque denegrían la dignidad humana (Henry, 2008).

Buscamos con la interlocución entre Neruda, Henry y Minkowski la posibilidad de enfocar el pathos humano por tres diferentes vértices, que buscan sostener la condición humana en lo que tiene de más originario. La polifonía es un método que nos permite abordar la condición humana de modo a no reducir su complejidad. La concepción de la polifonía fue presentada por Bakhtin (1974) en el campo de la teoría literaria y la filosofía del lenguaje y se extendió por el campo de las Ciencias Humanas, como un método legítimo de producción del conocimiento. En cuanto método, la polifonía nos presenta una perspectiva dialógica que incluye la cuestión de la alteridad, dimensión ética fundamental en la actualidad. Bakhtin (1974) afirma:

Não há uma palavra que seja primeira ou a última, e não há limites para o contexto dialógico (este se perde num passado ilimitado e num futuro ilimitado) (...). Em cada um dos pontos do diálogo que se desenrola, existe uma multiplicidade inumerável, ilimitada de sentidos esquecidos, porém, num determinado ponto, no desenrolar do diálogo, ao sabor de sua evolução, eles serão rememorados e renascerão numa forma renovada (num contexto novo). Não há nada morto de maneira absoluta. Todo sentido festejará um dia seu renascimento. (pp. 413-414)²

368

Para hacer ciencia es necesario sustentar la objetividad de la producción de conocimiento contemplando la mirada ética delante del ser humano. El monolin-güismo implicaría la supresión de las diferentes voces implicadas en nuestro objeto de investigación. La polifonía se refiere a la pluralidad de voces necesaria para el desarrollo de una modalidad de investigación asentada en la fundación de un pensamiento complejo, ético y político. Horizonte fundamental para la visión de la vida de nuestros autores.

Neruda nos dejó una obra, Minkowski y Henry también. Lo que tienen en común fue delatar la violencia hacia la vida humana y un gran respecto por el ser humano. Pero una pregunta se coloca a respecto del tema de este trabajo. ¿Que

² No hay una palabra que sea primera o la última, y no hay límites para el contexto dialógico (este se pierde en un pasado ilimitado y en un futuro ilimitado) (...). En cada uno de los puntos del diálogo que se desarrolla, existe una multiplicidad innumerable, ilimitada de sentidos olvidados, sin embargo, en un determinado punto, en el desarrollar del diálogo, al sabor de su evolución, ellos serán recordados y renacerán en una forma renovada (en un contexto nuevo). No hay nada muerto de manera absoluta. Todo sentido festejará un día su renacimiento (Bakhtin, 1974, p. 413-414, nuestra traducción).

tienen a ver con psicopatología? Todo y nada, mucho y poco. Como enunciado anteriormente, psicopatología es comprendida aquí como un modo del ser humano reaccionar a las adversidades de la vida en sí, como una organización establecida por la ausencia y por la presencia de la compañía de otro ser humano, pero, aún que la persona la tenga en el íntimo del sí mismo, el cuerpo sufre y entra en júbilo de la misma manera. En algún momento de la vida, más allá del *körper*, más allá del *Leib*, el cuerpo vivo sueña despertar.

Cuerpo humano que tiene movimiento, sufre y se satisface, cuerpo humano que comprende la vida y su núcleo, que tiene como su esencia la afectividad (Henry, 1963). Somos afectados por la vida de los otros, de la cultura, pero antes de esta afección, somos auto-afectados por la vida en nosotros, como una auto-donación de sí, de nuestra vida más íntima que no podemos nos separar, ni distanciarnos (Henry, 1990).

El *pathos* a partir de la fenomenología de la vida de Michel Henry, nos remite a repensar la palabra Pathos, ahora como sufrimiento y satisfacción, considerando el pasaje de la dialéctica de los afectos. Cuando un ser humano se siente en el poder de su sentimiento, sin nada poder hacer y cuando puede transformarlo en sentimiento de poder. Para lograr esta posibilidad, puede hacerlo solo o en compañía, aquí entra el importante rol de los terapeutas. No basta la auto afección de la vida sin sintonía con la alteridad, con ella y en ella rescatamos la dignidad humana.

De cualquier modo tanto el médico Minkowski, el filósofo Henry y el poeta Neruda se interesaron en ayudar a mejorar y comprender la condición humana. Como todos los terapeutas que usan como principal instrumento de auxilio al otro su propia personalidad, bien acompañada de la literatura, de la pintura, de la música, en fin, de la sensibilidad. Hay algo de poético en la clínica, en el contacto con la psicopatología humana y por tanto con lo que es artístico, si podríamos decir así. Los poemas ayudan a la vida de todos y de cada uno, nos ayudan a nuestra propia vida a “sentirse a sí misma, experimentarse a sí misma” (Henry, 2008, p. 142).

Cuando Neruda se niega a masticar teorías lo aproximamos de la fenomenología de Michel Henry, que por su vez afirma que “al ser representada, la vida pierde pues lo que es, la intermediación patética donde encuentra su felicidad” (Henry, 2008, p. 142). De cierta forma es lo que puede ocurrir con corrientes de la psicopatología que se sustentan en teorías. En ese sentido, en la esencia del arte “el tema de una obra no es lo que representa, un dato objetivo, sea la naturaleza o la vida, sean acontecimientos o sentimientos. El tema de una obra es su *pathos* de colores y formas” (p. 144). El *pathos* toma una connotación que nos es negativa, sino la vida misma. En la vida el arte, que “no representa nada: ni mundo, ni fuerza, ni afecto, ni vida” (p. 144). El arte no representa vida, es la pura manifestación de la vida. En su forma y en sus colores. “El arte es, en verdad, un modo de la vida y, por esta razón, en definitiva, un modo de vida (...) La vida está presente en el arte según su esencia

propia” (p. 145). Podemos pensar en la literatura como un arte que toca la esencia de la vida, o la propia manifestación de la vida. Así también el trabajo clínico no deja de ser un trabajo artístico.

Si tomamos la obra de Neruda para discutir esa cuestión, nos damos cuenta que el poeta mantiene en sus textos una nostalgia permanente por la propia historia original y el pueblo, en los cuales lo simple y la tierra es el horizonte de la vida. Delante de la opresión y desarraigo de lo étnico, lo que podría venir a ser una angustia impensable, gracias a la habilidad de crear poesía, Neruda tornase un portavoz de lo que es originario y de lo que es histórico. A través de sus textos, el poeta crea un campo de experiencias, que pone al lector en contacto con los orígenes de lo que significa ser sud americano. En sus textos, el lector puede encontrar el sentido de la dignidad de su origen. Estamos delante de la praxis poética que es también una acción política. El poeta tiene la capacidad de despertar en el lector el amor por el origen. ¿Pero de qué lugar habla Neruda? Sus poemas están escritos con sangre para ser escuchados con sangre. Es decir, es un sufrimiento (*pathos*) que genera estos poemas. ¡El dolor alcanza voz!

También en nuestra tarea clínica algo similar sucede, necesitamos comprender que el padecimiento de nuestros pacientes necesita llegar a la expresión. La voz del dolor es personal pero es al mismo tiempo habla a todos. Hay una búsqueda de diálogo en el poeta y en el paciente con los seres de la historia, en la historia.

Neruda por medio de su *pathos* tiene esa mirada a la tierra con todo lo que significa la tierra, no sólo como un lugar de nacimiento, pero también como el origen étnico y cultural, no sólo como material de un hombre de trabajo, sino como un lugar del simple. El llora la tierra, grita a través de la opresión, porque eso significa, sobretodo, la ruptura con la tierra: el desarraigo. La desconexión con la tierra lleva a la pérdida del contacto con el cuerpo y con las cosas.

Durante el desarrollo de un niño, hay una relación con las cosas que se dan por la medida de su propio cuerpo, que mide el mundo en la palma de su mano. Es un mundo que es la medida de la corporeidad. Es un momento en que el niño está en contacto con las personas, de tal manera que conserva las dimensiones y los orígenes de lo que es tener un cuerpo humano.

A eso respecto Henry (2003) nos dice:

Nuestro cuerpo es un poder, pero este poder es un saber inmediato de sí, un saber que no presupone que estemos antes abiertos al horizonte de la verdad del Ser, sino que por el contrario, es el fundamento y el origen de esta verdad. (p. 129)

Tal como Minkowski orientó sus investigaciones en la estructura espacio-temporal de las perturbaciones mentales, los datos fenomenológicos y psicopatológicos han estado entremezclados, que no pueden ser separados porque son

miembros de una misma familia, forman “un todo vivo e indivisible”. Henry aporta que la vida, donde la esencia es la afectividad, asentada en la corporeidad, aparece en Minkowski integrada a la psicopatología. El afirma que todas las manifestaciones de nuestra actividad mental no eran otra cosa que “las diversas expresiones de la vida misma y debían, por ello, ser tomadas en consideración si se pretendía seriamente asumir la tarea de penetrar su esencia” (Minkowski, 1973, p. 162). Más adelante, Minkowski coloca la afectividad en primer plan: “todo el lado afectivo de los trastornos mentales (...) establecen, en cierta medida al menos, una corriente de simpatía entre nosotros y crean una comunión de ideas” (p. 165).

Al atender un paciente durante su estancia en la clínica el veía diariamente su enfermo. Al hablar de su delirio, comenta Minkowski (pp. 165-167): “un día, a fuerza de escucharle el desarrollo de las mismas ideas, siento surgir en mí un sentimiento particular, sentimiento que mentalmente traduzco con las palabras “lo sé todo de él” (p. 165). Después de estar con su enfermo, Minkowski dirige su mirada hacia sí mismo, descubre que se sentía presa de un malestar, “como si al contacto con mi enfermo algo se rompiera en mí” (p. 165). Este conocimiento tenía un carácter práctico, relativo, lo que es desconocido parece constituir el fondo mismo del ser humano. “Este fondo, precisamente en lo que tiene de desconocido, constituye, como sabemos, la base común que nos liga a los demás seres humanos y hace de ellos, de forma inmediata, nuestros ‘semejantes’. (...) puedo conocer a alguien, pero en el fondo nada sé de él. Esto constituye el valor de la vida” (p. 166). Así Minkowski muestra como “falta el fondo común con nuestros semejantes (...) fondo movedizo que constituye la vida en general (...) profundo, potente y misterioso es el fondo de donde brota nuestra vida, de donde brotan nuestras ideas, nuestros sentimientos, nuestras tendencias” (p. 167).

En las palabras de Neruda (1950, p. 629):

Entre los seres, como el aire vivo,
y la soledad acorralada
salgo a la multitud de los combates,
libre porque en mi mano va tu mano,
conquistando alegrías indomables.

En trabajo anterior, Ferreira & Antúnez (2013) discuten la intersubjetividad en Michel Henry y la relación terapéutica. El concepto central de la Fenomenología da Vida es el *Fondo común*. Los humanos forman una comunidad de vivos y compartimos el *Fondo común* de la Vida. Nacemos en este Fondo y él no es diferente de nosotros, pero se manifiesta, se identifica y se particulariza en cada uno por medio de la auto-afección de la vida en nosotros. Por tanto, en el “Si” sucede, simultáneamente, una partilla colectiva de la Vida y a su revelación

particular a cada uno de nosotros. La experiencia del otro se inicia en este *Fondo común*. Afirma Henry (2005) que la experiencia primitiva es casi impensable, porque escapa a todo pensamiento. El vivo no es para sí más que el otro, “él es tan solo una pura prueba sin sujetos, sin horizonte, sin significación, sin objeto. Lo que el prueba es idénticamente el mismo, el Fondo de la vida, el otro en cuanto él es también ese Fondo — entonces él prueba el otro en ese Fondo y no en él mismo, en cuanto la propia prueba que el otro hace del Fondo. Esta prueba es otro que tiene el Fondo en sí como el yo tiene el Fondo en él. Pero eso ni el yo ni el otro representan. Por eso es lo Mismo en el cual se abisman uno y otro” (pp. 144-145, nuestra traducción).

La relación con el otro se establece en ese registro del Fondo común, porque todos somos igualmente donados en la Vida y compartimos el mismo origen. Este tipo de comunicación primordial con la alteridad es irrepresentable, porque ocurre a través de la afectividad, esencia de la comunidad (Ferreira & Antúnez, 2013).

En la comunidad que se establece entre el terapeuta y el paciente encontramos un rol importante en el afecto delante un ser que sufre. Minkowski (2001) y su amigo Binswanger muestran como el diagnóstico por sentimiento o penetración, la simpatía intelectual, se torna para Minkowski tan importante o más que el diagnóstico sintomático hecho por la razón, sea de un psiquismo normal o patológico “constituye un acto particular, caracterizado, ante todo, por el hecho de que se liga siempre al presente, y nace, se afirma y se agota en sus límites” (Minkowski, 1973, p. 208). El síndrome mental no es para Minkowski “una simple asociación de síntomas, sino la expresión de una modificación profunda y característica de la personalidad humana entera” (p. 209). En esta perspectiva, no vemos al enfermo delante nosotros como teniendo problemas en órganos o funciones, “sino con la personalidad viviente, una e indivisible. Nuestro pensamiento científico deberá comprometerse por completo en este campo. La interpretación de los síntomas y, en general, de todas las perturbaciones mentales, sufrirá necesariamente el contragolpe” (p. 210).

¿Al estar delante de una persona buscamos saber cuál es la esencia de sus dificultades y en su vida? Henry buscaba saber cuál es la esencia de la vida, al que el mismo responde: “No solamente la experiencia de sí, sino, como su consecuencia inmediata, el crecimiento de sí. Experimentarse a sí mismo, al modo de la vida, es llegar a sí mismo, entrar en posesión del propio ser, crecer en uno mismo, ser afectado por un ‘plus’ que es el ‘plus de sí mismo’. Y este ‘plus’ no es objeto de una mirada, de una evolución cuantitativa: como incremento de sí y como experiencia del ser propio, es una manera de gozar de sí, es el goce. Por eso la vida es un movimiento: el movimiento eterno que implica el paso del Sufrimiento a la Alegría — en la medida en que la experiencia que la vida hace de sí es un Sufrir primitivo —, ese sentimiento de sí que la entrega a sí misma, en el gozo y en la embriaguez de sí” (Henry, 2008, p. 145).

MOVIMENTOS LITERÁRIOS

Hay en Michel Henry (2008) otra noción interesante para pensar la clínica, es la “pasividad radical de la vida respecto de sí misma y, en esta imposibilidad de no ser ella misma, de separarse de sí, de ponerse a distancia, de escapar de sí, la obligación que se le impone de ser lo que es hasta el final y para siempre, de agotar todas sus posibilidades y vivir” (p. 148). Es curioso que personas busquen un extraño para compartir su vida, de la cual no pueden escapar, por lo contrario, todo ser humano está condenado a vivir lo que es, a sentir su vida, a ser auto-afectado por Sí, antes de ser por el otro. Ya el extraño se torna familiar, aún más importante que muchos.

Neruda, Minkowski, Henry, todos preocupados por la vida, no de lo visible, sino de lo invisible, como desarrolla Henry (2008): “¿Por qué es sagrada la vida? Porque la vivimos en nosotros como lo que no hemos proyectado ni querido, como lo que nos atraviesa sin que seamos su causa: a nosotros, que no somos ni hacemos nada más que ser impulsados por ella (p. 149). Esta pasividad en nosotros de la vida respecto de sí es nuestra subjetividad patética; el contenido invisible, abstracto, del arte eterno, de la pintura” (p. 150).

Vivimos en un tiempo y mundo científico que cree poder dejar de lado las cualidades sensibles del propio mundo material y sus formas ideales, conocimiento geométrico y matemático, “riguroso”, “objetivo” y “científico” (p. 150). Para Henry, el proyecto de Galileo, más allá del sentido metodológico, implica la supresión de la pintura, cuyos elementos son todas cualidades sensibles y es justamente la vida que es eliminada. Sea la pintura, el poema, la metáfora, tratan de hacer ver en un mundo: ya no representan el mundo, es la vida, la vida invisible y sus tonalidades: “la fuerza, la alegría, el amor, el perdón, la purificación, el don; la afirmación de la vida por ella misma y contra la muerte: la fe, la certeza, la confianza en sí mismo. Y sus ‘contrarios’, que existen en forma de afectos: el miedo, la duda, la envidia, el tedio, el orgullo, la crueldad, el desamparo, la lujuria, la gula, el sufrimiento. Ciertamente, no percibimos ninguno de esos sentimientos directamente y en sí mismo porque, igual que la vida que lo habita y hace de él lo que es, un sentimiento es invisible” (p. 151).

Es la humanidad del Hombre la que está en peligro en la Vida y en su vida, no sólo en la contemporaneidad, sino tal vez desde que nos conocemos como tal. De tal forma que vivimos nuestra Vida íntima independiente de la exterioridad, aún convivimos con ella. Vivimos acompañados por nuestro *Telos*, una certeza que jamás la conoceremos, sino que la viviremos en un segundo. La noción negativa que distraídamente se puede pensar la psicopatología, la sustituyamos por el estudio del sufrimiento (Sufrimiento logia), con sus modalidades dinámicas de transitar entre el bello y el trágico, sufrimiento es vida, ella es sufrimiento:

Tal vez es este el fin, la verdad misteriosa.

La vida, la continua sucesión de un vacío

Que de día y de sombra llenaban esta copa
Y el fulgor fue enterrado como un antiguo príncipe
En su propia mortaja de mineral enfermo,
Hasta que tan tardíos ya somos, que no somos:
Ser y no ser resultan ser la vida.
De lo que fui no tengo sino estas marcas crueles
porque aquellos dolores confirman mi
existencia.

(Neruda, 1999, p. 109)

Referencias

- Amorós, M. (2012). *Sombras sobre Isla Negra. La misteriosa muerte de Pablo Neruda*. Santiago: Ediciones B Chile S.A.
- Bakhtin, M. (1974). Epistemologia das Ciências Humanas. In *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes.
- 374 Ferreira, M. V., & Antúnez, A. E. A. (2013). Intersubjetividade em Michel Henry: relação terapêutica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19(1), 92-96. Recuperado em 18 de fevereiro de 2014, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000100012&lng=pt&tlng=pt>.
- Henry, M. (2001). *La barbarie*. Paris: PUF.
- Henry, M. (2003). *Philosophie et phenomenologie du corps*. Paris: PUF. p. 129.
- Henry, M. (2005). *Fenomenologia material*. Maia, Portugal: Ed. Fomento.
- Henry, M. (2008). Ver lo invisible – Acerca de Kandinsky. Madrid: Ediciones Siruela. (Originalmente publicado en F. Burin 1998; PUF, 2004).
- Henry, M. (2008). *Du communisme au capitalisme: théorie d'une catastrophe*. Suisse: L'âge d'homme.
- Henry, M. (2011). *L'essence de la manifestation*. (4^{ème} édition). Paris: PUF. (Trabalho originalmente publicado em 1963).
- Minkowski, E. (1968). *Le temps vécu*. Suisse: Delachaux et Niestlé S.A.
- Minkowski, E. (1973). *El tiempo vivido*. México: FCE. pp. 169-181.
- Minkowski, E. (2001). *La esquizofrenia – Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*. México: FCE.
- Neruda, P. (1950). *Canto general*. México: Talleres Gráficos de la Nación.
- Neruda, P. (1999). *Memorial de Isla Negra*. Buenos Aires: Seix Barral.
- Neruda, P. (2003). *Para nacer he nacido*. Buenos Aires: Seix Barral.

MOVIMENTOS LITERÁRIOS

Ramón, A. de (2003). *Historia de Chile. Desde la invasión incaica hasta nuestros días (1500-2000)*. Santiago: Catalonia.

Safra, G. (2006). *Hermenêutica na situação clínica – o desvelar da singularidade pelo idioma pessoal*. São Paulo: Sobornost.

Resumos

(O poeta, o filósofo, o médico: estudo do sofrimento)

O presente trabalho realiza uma interlocução entre um poeta, um fenomenólogo e um psicopatólogo, onde o eixo comum é a clínica terapêutica e uma compreensão possível da psicopatologia em diálogo interdisciplinar. Observamos que a literatura, a filosofia e a medicina psiquiátrica contribuem para compreender o sofrimento humano não só como uma manifestação psíquica, mas intimamente relacionado à sensibilidade, a afetividade e a vivência pessoal do tempo e espaço humanos em direção aos fatores ambientais e culturais.

Palavras-chave: Literatura, fenomenologia, psicopatologia, psicologia clínica

(The poet, the philosopher, the physician: a study on suffering)

This paper consists of a dialogue among a poet, a phenomenologist and a psychopathologist. Their common ground is the therapeutic clinic and a possible understanding of psychopathology in an interdisciplinary dialogue. We hold that literature, philosophy and psychiatric medicine help us understand human suffering not only as an intrapsychic event, but closely related to the sensitivity, affectivity and personal experience of human time and space in connection with environmental and cultural factors.

Key words: Literature, phenomenology, psychopathology, clinical psychology

(Le poète, le philosophe, le médecin: étude sur la souffrance)

Cet article établit un dialogue entre un poète, un phénoménologue et un psychopathe, dont l'axe commun est la clinique thérapeutique et une possible compréhension de la psychopathologie à travers le dialogue interdisciplinaire. Nous observons que la littérature, la philosophie, la médecine et les soins psychiatriques contribuent à comprendre la souffrance humaine non seulement comme manifestation psychique, mais comme phénomène étroitement lié à la sensibilité, à l'affectivité et à l'expérience personnelle du temps et de l'espace humains par rapport aux facteurs environnementaux et culturels.

Mots clés: Littérature, phénoménologie, psychopathologie, psychologie clinique

(Der Dichter, der Philosoph, der Arzt: eine Studie des Leidens)

In diesem Beitrag wird ein Gespräch zwischen einem Dichter, einem Phänomenologen und einem Psychopathologen geführt, dessen gemeinsame Achse die therapeutische Klinik und eine mögliche Auffassung der Psychopathologie im interdisziplinären Dialog ist. Es wird beobachtet, dass die Literatur, die Philosophie und die psychiatrische Medizin dazu beitragen, dass das menschliche Leiden nicht nur als eine psychische Äußerung gesehen wird, sondern eng mit der Sensibilität, dem Affekt und dem persönlichen Erleben von menschlicher Zeit und Raum in Bezug auf Umweltfaktoren und kulturellen Faktoren verbunden ist.

Schlüsselwörter: Literatur, Phänomenologie, Psychopathologie, klinische Psychologie

Citação/Citation: Antúnez, A. E. A., & Safra, G. (2014, junho). El poeta, el filósofo, el médico: estudio del sufrimiento. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 17(2), 363-376.

Editor do artigo/Editor: Dr. Ricardo Telles de Deus

Recebido/Received: 14.3.2014/ 3.14.2014 **Aceito/Accepted:** 18.4.2014 / 4.18.2014

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Financiamento/Funding: Os autores declaram não ter sido financiados ou apoiados / The authors have no support or funding to report.

Conflito de interesses/Conflict of interest: Os autores declaram que não há conflito de interesses / The authors declare that has no conflict of interest.

ANDRÉS EDUARDO AGUIRRE ANTÚNEZ

Professor Livre-docente do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP (São Paulo, SP, Br), Departamento de Psicologia Clínica.
Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – Cidade Universitária
05508-030 São Paulo, SP, Br
e-mail: antunez@usp.br

GILBERTO SAFRA

Professor Titular do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP (São Paulo, SP, Br), Departamento de Psicologia Clínica.
Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – Cidade Universitária
05508-030 São Paulo, SP, Br
e-mail: iamsafra@usp.br

Leia também

ÁGORA

ISSN 1516-1498

Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica

Instituto de Psicologia – UFRJ

Av. Pasteur, 250 – Pavilhão Nilton Campos

22290-240 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

agora@psicologia.ufrj.br

www.psicologia.ufrj.br/teoriapsicanalitica

aSEPHallus – Revista de Orientação Lacaniana

ISSN 1809-709X

Revista eletrônica editada pela Associação Núcleo Sephora de pesquisa sobre o moderno e o contemporâneo

Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia – UFRJ

Av. Pasteur, 250 fundos – Urca

22290-902 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

revista.asephallus@gmail.com

www.nucleosephora.com/asephallus

CADERNOS DE PSICANÁLISE – CPRJ

ISSN 1413-6295

Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro – CPRJ

Rua David Campista, 170 – Humaitá

22261-010 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

cprj@cprj.com.br

www.cprj.com.br

DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO

ISSN 0102-762X

Editora da PUC-SP

Rua Monte Alegre, 984 – Perdizes

05014-001 São Paulo, SP, Brasil

revisdic@pucsp.br

www.pucsp.br/revistadisturbios

ESTILOS DA CLÍNICA

ISSN 1415-7128

Revista sobre a Infância com Problemas

Instituto de Psicologia – USP

Av. Prof. Mello Moraes, 1721,

Bl. A, s/164

Cidade Universitária

05508-030 São Paulo, SP, Brasil

revistaestilosclinica@usp.br

www.ip.usp.br/public/revista/estilos/

HISTÓRIA, CIÊNCIAS, SAÚDE – Mangui-nhos

Casa de Oswaldo Cruz, Fundação

Oswaldo Cruz

Av. Brasil, 4365 – Prédio do Relógio

21040-900 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Tel./Fax: (55 21) 3865-2208 3865-2195

3865-2196

hscience@coc.fiocruz.br

HISTORY OF PSYCHIATRY

ISSN 0957-154X

journals@sagepub.com

<http://hpy.sagepub.com/current.dtl>

INTERNATIONAL FORUM OF PSYCHOANALYSIS

ISSN 0803-706X

T&F Informa UK Ltd.

Sheepen Place, Colchester, Essex, CO3,
3LP, UK

subscriptions@tandf.co.uk

PAIDÉIA

ISSN 0103-863X

Cadernos de Psicologia e Educação

Av. Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre
14040-901 Ribeirão Preto, SP, Brasil

paideia@ffclrp.usp.br

PASSAGENS

Laboratório Cidade e Poder – UFF

Instituto de Ciências Humanas e Filosofia –
Área de História

Campus do Gragoatá – Rua Professor Mar-
cos Waldemar de Freitas Reis, Bloco “N”

sala 216-A – São Domingos

24210-201 Niterói, RJ, Brasil

gizlene@superig.com.br / gisalio@superig.
com.br

<http://www.historia.uff.br/revistapassagens/>

PERCURSO

ISSN 01.036.815

Instituto Sedes Sapientiae

Rua Ministro Godoy, 1484

05015-900 São Paulo, SP, Brasil

percurso@uol.com.br

www.uol.com.br/percurso

PSYCHOPATHOLOGY

ISSN 0254-4962

S. Karger AG

Editorial Office Psychopathology

P.O. Box CH-4009 Basel, Switzerland

e.bettiol@karger.ch

<http://www.karger.com/journals>

PSICOANÁLISIS Y EL HOSPITAL

Publicación semestral de practicantes

em Instituciones Hospitalarias

Ediciones del Seminario

Viamonte 1646 7° <<59>>

1055 Buenos Aires, Argentina

Psa-htal@fibertel.com.ar

PSICOLOGIA ARGUMENTO

ISSN 0103-7013

Editora Universitária Champagnat

Rua Imaculada Conceição, 1155 Prédio

da Administração 3º andar – Campus

Curitiba 80215-901 Curitiba, PR, Brasil

editora.champagnat@pucpr.br

www.editorachampagnat.pucpr.br

PSICOLOGIA CLÍNICA

ISSN 0103-5665

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica

do Rio de Janeiro – PUC-Rio

Rua Marquês de São Vicente, 225 – Gávea

22453-9000 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

psidir@psi.puc-rio.br

PSICOLOGIA REVISTA

ISSN 1413-4063

Faculdade de Psicologia – Pontifícia

Universidade Católica de São Paulo –

PUC-SP

LEIA TAMBÉM

R. Monte Alegre, 984 – Perdizes
05014-901 São Paulo, SP, Brazil
rosamariamt@terra.com.br
<http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/>

REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA

ISSN 1516-4446

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)

Rua Pedro de Toledo, 967 – casa 1

04039-032 São Paulo, SP, Brasil

rbp@abpbrasil.org.br

<http://www.rbpbrasil.org.br/portal>

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA DE CURITIBA

ISSN 1519-8456

Editora Juruá

Av. Munhoz da Rocha, 143

80030-475 Curitiba, PR, Brasil

psicologia@juruu.com.br

<http://www.juruapsicologia.com.br>

REVISTA MAL-ESTAR E SUBJETIVIDADE

ISSN 1518-6148

Fundação Edson Queiroz

Universidade de Fortaleza

Centro de Ciências Humanas, Bl. N,
s/ 13

Avenida Washington Soares 1321 –

Edson Queiroz

60811-905 Fortaleza, CE, Brasil

cmpps@unifor.br

REVISTA SALUD MENTAL

ISSN 0185-3325

Calz. México-Xochimilco 101

Col. San Lorenzo Huipulco

Deleg. Tlalpan

14370 México, D.F.

perezrh@imp.edu.mx

TEMPO PSICANALÍTICO

ISSN 0101-4838

Publicação da Sociedade de Psicanálise

Ircy Doyle

Filiada à International Federation
of Psychoanalytical Societies (IFPS)

Rua Visconde de Pirajá 156/307-310 –

Ipanema

22410-001 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

spid@unisys.com.br

bibli@unisys.com.br

www.spid.com.br

Instruções aos autores

ESCOPO E POLÍTICA

A *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* – RLPF – é órgão oficial da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental – AUPPF, sociedade científica que reúne professores doutores de universidades de todo o mundo.

Dedica-se à publicação de editorial, artigos e resenhas originais de psicopatologia que levam em consideração a subjetividade. Além disso, publica ensaios raros e de difícil acesso, que são documentos históricos relevantes para outras pesquisas. Valoriza artigos e ensaios inéditos resultantes de pesquisas utilizando o método clínico baseado em relato de caso contendo questão obscura e enigmática a ser investigada.

A revista é dirigida por um Editor Responsável e por Editores Associados que respondem pelas seções específicas. Possui, também, Conselho Editorial e Conselho Científico atuantes.

“Editorial” é assinado pelo Editor Responsável ou por alguém por ele convidado, podendo também ser submetido por pessoa com explícito conhecimento a respeito do assunto abordado.

A seção “Artigos” é de responsabilidade do Editor Responsável e publica somente artigos inéditos, em português, inglês, espanhol e francês.

A seção “Saúde Mental” publica artigos inéditos sobre o tema em diversos países.

“Observando a Medicina” inclui artigos inéditos e/ou ensaios que revelam as mais recentes tendências contraditórias do campo médico.

“Clássicos da Psicopatologia” inclui artigos inéditos e ensaios sobre a psicopatologia clínica e descritiva dos séculos XIX e XX.

“Observando a Psiquiatria” contém artigos contraditórios sobre esse campo.

“História da Psiquiatria” é composta por artigos inéditos e ensaios sobre o tema.

“Movimentos Literários” contém artigos que examinam aspectos psicopatológicos de obras literárias.

“Primeiros Passos” publica artigos de autores iniciantes, estudantes de graduação e de aperfeiçoamento.

Visa estimular o espírito científico, a criatividade e a autoria.

Seleção de artigos

Artigos são apresentados voluntariamente ou por convite.

Uma vez recebido, todo artigo passa por um exame dos aspectos formais. Verifica-se, também, sua adequação à missão da revista. Em seguida, ele é enviado para um consultor externo.

Revisão por consultores externos

Todos os artigos publicados são comentados por consultores externos. Os pareceres devem estimular o aperfeiçoamento do artigo, quando este for considerado apto para ser publicado. A decisão sobre a aceitação do artigo para publicação ocorrerá, sempre que possível, no prazo de dois meses a partir da data de seu recebimento. O parecer é enviado aos autores preservando-se o anonimato. A Comissão Editorial se reserva o direito de introduzir modificações necessárias para adaptar os textos às suas possibilidades editoriais. Em caso de eventuais modificações substanciais, elas serão solicitadas aos autores.

Público-alvo

Médicos, psicólogos, psicanalistas, trabalhadores de saúde mental, historiadores, filósofos, psicoterapeutas e interessados em geral.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

1) Objetivos

A *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* – RLPF é órgão oficial trimestral da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental – AUPPF, e tem por finalidade veicular trabalhos científicos que possam contribuir para o avanço do conhecimento sobre o tratamento e a prevenção do sofrimento (*pathos*) psíquico. Valoriza artigos e ensaios resultantes de pesquisas utilizando o método clínico, ou seja, baseados em casos clínicos apresentando aspecto obscuro e enigmático.

2) Seleção de artigos

Na seleção de artigos para publicação, avaliam-se a originalidade, a relevância do tema e a qualidade da metodologia científica utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pelo periódico. Não serão aceitos artigos sobre análise de personagens de livros ou de cinema. Não serão aceitos ensaios baseados em impressões, opiniões genéricas e ideológicas. Artigos teóricos e de revisão da literatura só serão publicados excepcionalmente. O fundamento clínico é requisito para publicação. Estudantes de graduação, mestrado ou doutorado poderão submeter artigos para publicação desde que em coautoria com o orientador. Artigos com mais de dois autores devem conter informações específicas sobre as contribuições de cada autor. Para publicação, dar-se-á preferência aos artigos produzidos pelos assinantes da Revista.

3) Ordem de autoria

O autor responsável pela integridade do artigo como um todo deve ser citado como primeiro autor. Coautores são orientadores, supervisores ou pessoas responsáveis pela escrita de parte do artigo.

4) Reconhecimentos

Todos os contribuintes – leitores de versões preliminares, fontes de informações e técnicos – devem receber reconhecimento explícito em nota no final do artigo.

5) Ineditismo do material

O conteúdo do material enviado para publicação na *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* não pode ter sido publicado anteriormente, nem submetido para publicação em outros locais. Para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam aprovação por escrito do Editor Responsável. Os conceitos e declarações contidos no trabalho são de total responsabilidade dos autores.

7) Como enviar material ao Editor

O trabalho para publicação pode ser escrito em português, espanhol, francês ou inglês. O material deve ser enviado ao Editor Responsável da *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, para: Rua Tupi, 397/104. 01233-001 São Paulo, SP, Brasil.

Enviar ao Editor Responsável: 1) carta solicitando publicação do trabalho na *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*; 2) três cópias do artigo em papel (não se aceita fax); 3) uma cópia do artigo em CD, com um único arquivo PC de formato DOC (MS-Word). Figuras, tabelas, fotos, constarão de um arquivo separado, no formato adequado.

7.1) Carta de apresentação

Todos os autores devem assinar a carta enviada ao Editor Responsável, fornecendo endereço completo (incluir CEP), telefone e correio eletrônico (e-mail) para contato.

7.2) Aspectos éticos

Na carta, os autores devem revelar eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos ou indiretos) que possam influenciar os resultados da pesquisa. De maneira semelhante, os autores devem revelar todas as fontes de financiamento envolvidas no trabalho. Devem garantir também que respeitaram a privacidade e o anonimato das pessoas envolvidas.

Aprovação por um Comitê de Ética da Instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a intervenções (diagnósticas ou terapêuticas) em seres humanos.

Artigos assinados por mais de dois autores devem vir acompanhados de informação sobre a intervenção específica realizada por cada autor no texto.

7.3) Direitos autorais

Solicita-se aos autores enviar, junto com a carta ao Editor Responsável, um termo de transferência de direitos autorais, contendo assinatura de cada um dos autores, conforme o seguinte modelo: “Eu/Nos ... autor(es) do trabalho intitulado ..., o qual submeto(emos) à apreciação da *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, concordo(amos) que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, sendo vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação impressa sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada por escrito e obtida junto à Associação. Data:.... Assinatura:....”

A cessão de direitos autorais possui dupla finalidade: preservar a RLPF de acusação de apropriação indébita e defender os autores de eventuais plágios.

8) Preparação do manuscrito

Artigos

Para a apresentação de artigos científicos, a *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* adota as normas da American Psychological Association (APA), 6ª edição (as normas podem ser consultadas em Regras essenciais de estilo da APA (2012), Porto Alegre: Penso). Os artigos devem ser digitados em Times New Roman, corpo 12, espaço duplo (incluindo tabelas e referências), usando apenas um lado do papel, devendo ser, inclusive a do título, todas as páginas numeradas, com um máximo de 15 laudas de 2.100 toques cada. O artigo não deve ultrapassar 30.000 caracteres com espaços.

Resenhas

Não devem ultrapassar 6.000 caracteres com espaço.

Formato

Devem constar da primeira página: a) Título do artigo conciso e completo, descrevendo o assunto a que se refere (palavras supérfluas devem ser omitidas). O artigo deve ter versão do título para o alemão, inglês, francês, espanhol e português; b) Nome dos autores. Os nomes serão publicados da maneira como forem enviados; c) Titulação acadêmica e indicação da instituição a que cada autor está filiado, com o respectivo endereço completo; d) Nome do grupo de pesquisa e instituição onde o trabalho foi realizado; e) Se foi subvencionado, deve-se indicar a entidade que concedeu o auxílio; f) Se foi baseado em dissertação tese acadêmica, deve-se indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada; g) Se foi apresentado em reunião científica, deve-se indicar o nome do evento, local e data de realização.

8.1) Títulos, subtítulos e notas de rodapé: Deverão corresponder a notas não bibliográficas e reduzidas a um mínimo e colocadas ao pé das páginas, ordenadas por algarismos arábicos que deverão aparecer imediatamente após o segmento de texto ao qual se refere a nota.

8.1.1) As notas bibliográficas deverão obedecer o sistema autor/data, e a página indicada, entre parênteses, logo após a citação.

O texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam essa organização.

Pequenas correções no texto poderão ser feitas pelo Editor ou pelo conselho Editorial da revista. Quando forem necessárias modificações substanciais, o autor será notificado e encarregado de fazê-las, devolvendo o trabalho reformulado no prazo estipulado na correspondência.

9) Resumos e descritores

Resumo

O artigo deve conter, na segunda página, cinco resumos de mesmo teor, em alemão, espanhol, francês, inglês e português. O resumo deve identificar objetivos, procedimentos e conclusões do trabalho. Deve ser escrito com muito cuidado, pois é lido para ajudar o leitor a decidir se vai ler o artigo. Trata-se, frequentemente, da única parte do artigo que é lido.

Deve conter, no máximo, sete linhas ou 490 palavras com espaço. Deve ser claro e preciso, revelando o conteúdo geral do artigo e as principais conclusões. O resumo é um texto independente do artigo. Ele deve ser escrito por último, após a redação final do artigo.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Descritores

Os descritores, expressões que representam o assunto tratado no trabalho, devem ser em número de 4 (quatro), também em alemão, espanhol, francês e inglês e português, fornecidos pelo autor.

10) Agradecimentos

Devem ser breves, diretos e dirigidos apenas a pessoas ou instituições que contribuíram substancialmente para a elaboração do trabalho e devem vir no final do trabalho, antes das referências bibliográficas.

11) Estrutura do texto

11.1) Referências bibliográficas

Referências bibliográficas devem aparecer no final do artigo, em ordem alfabética de sobrenome. Os autores devem certificar-se de que as referências citadas no texto constam da lista de referências com datas exatas e nomes de autores corretamente grafados. A exatidão dessas referências é de responsabilidade dos autores. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; apenas citados no texto ou em nota de rodapé. A lista de referências deve seguir o modelo dos exemplos abaixo:

11.2) Artigos de periódicos (um só autor)

Os periódicos incluem publicações regulares, tais como revistas, jornais, boletins informativos e newsletters. Berlinck, M. T. (1999, setembro). A dor. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, II(3), 46-58.

11.3) Artigos de periódicos (dois autores)

Berlinck, M. T. & Férida, P. (1999, junho). A clínica da depressão: questões atuais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, III(2), 9-25.

11.4) Artigos de periódicos (três ou mais autores)

Canongia, A. I. C. et. al. (2001, outubro). A participação da enfermagem e do alunato nos grupos com pacientes psíquicos: um encontro fundamental. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, XIV(150), 27-31.

11.5) Artigos sem nome do autor

Editorial (2001, outubro). *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, XIV(150), 3-4.

11.6) Livros

Berlinck, M. T. (2000). *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta.

11.7) Capítulos de livro

Berlinck, M. T. (1991). A histeria e o psicanalista. In M. T. BERLINCK (Org.), *Histeria* (pp. 29-47). São Paulo: Escuta.

11.8) Dissertações e Teses

Marin, I. S. K. (2001). *Sujeito e violência na contemporaneidade* (Tese de doutorado em Psicologia Clínica, não publicada), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, – PUC-SP, São Paulo.

11.9) Trabalhos apresentados em congressos

Magalhães, M. C. R. (1995). Haverá psicanálise no século XXI ou A psicanálise tem futuro? Congresso *O século da psicanálise*, Salvador, BA, outubro.

11.10) Artigo de periódico em formato eletrônico

Berlinck, M. T. & Gama, C. A. P. (2002, janeiro). Agorafobia, espaço e subjetividade. *Psychiatry On-Line Brazil*, n. 7. Recuperado de <<http://polbr.med.br/editorial.htm>>.

Outros tipos de referência deverão seguir as Normas da APA, disponível na Internet no site <http://www.apa.org>. Se a lista de referências não seguir a norma adotada, os trabalhos poderão ser rejeitados, sem revisão de conteúdo.

11.11) Abreviações

As abreviações devem ser indicadas no texto em sua primeira aparição. Em seguida, não se deve repetir o nome por extenso.

ENVIO DE MANUSCRITOS

Descrição dos procedimentos de tramitação dos manuscritos

Tão logo recebidos, os manuscritos são enviados para consultores externos, para comentário, acompanhados da carta e do roteiro abaixo. O comentário é encaminhado ao autor para realizar as alterações sugeridas.

A *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* utiliza sistema de avaliação de artigos através de consultores externos anônimos, seguindo política adotada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – Fapesp. Os consultores têm acesso aos nomes dos autores. Os nomes dos consultores externos dos artigos submetidos à publicação são sigilosos. Uma vez por ano, a RLPF publica a lista completa de consultores externos que emitiram comentários sobre os trabalhos publicados no volume.

CARTA PARA CONSULTOR EXTERNO

São Paulo,
Ilmo(a). Sr(a).
Prof(a). Dr(a).

Prezado(a) Professor(a),

Estou encaminhando-lhe, para análise e parecer circunstanciado, o artigo “xxxxx”, recebido para publicação na *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*.

O parecer deverá ser apresentado no formulário anexo para ser devolvido no prazo máximo de *4 semanas*. Não sendo possível a observância deste prazo, solicito a imediata devolução dos documentos.

Mesmo que V.Sa. decida não utilizar o formulário específico, cada um dos quesitos ali constantes deverá ser explicitamente contemplado em seu parecer.

Levando-se em conta o grande número de artigos recebidos pela *Revista* e a constante busca por um padrão de excelência, solicito que o parecer seja o mais rigoroso possível. Solicito, também, sua especial atenção para a pertinência do artigo, já que este é periódico de psicopatologia fundamental e não de psicanálise, de psicologia, de psiquiatria etc. A questão do *pathos* psíquico em caso clínico deve, então, estar presente, bem como se valoriza a questão das interfaces entre as disciplinas ou saberes dedicados ao *pathos*. A *Revista* atribui especial importância para artigos baseados no método clínico e que prezem pela originalidade de suas ideias. Trabalhos repetitivos, de revisão bibliográfica e de divulgação não interessam, a não ser excepcionalmente. A suspeita de plágio deve ser acusada, para ser investigada pela editoria.

Se, por alguma razão, V.Sa. não puder emitir um parecer, agradeceria a sugestão de nome e endereço de outro consultor *ad hoc* possível para este trabalho.

A *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* mantém sob rigoroso sigilo a identidade de seus consultores.

Contando com sua valiosa colaboração, envio-lhe os meus protestos da mais elevada estima e distinta consideração.

Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck
Editor Responsável

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ROTEIRO DE PARECER

Título do trabalho: _____

Por favor, marque sua opção nas questões abaixo, além dos comentários por escrito.

1. Linha editorial: o trabalho é de psicopatologia que leva em consideração a subjetividade?

sim não

Se não, por favor, sugira reformulações em seu comentário de revisão.

2. Título: o título reflete clara, precisa e suficientemente o conteúdo do artigo?

sim não

3. Resumo:

3.1. o resumo fornece clara, precisa e suficientemente o conteúdo do artigo?

sim não

3.2. o resumo contém os caracteres indicados nas instruções?

sim não

4. Palavras-chave: as palavras-chave são adequadas ao texto e estão na quantidade exigida (4)?

sim não

5. Relevância: o assunto tratado é relevante para ser veiculado pela *Revista*?

sim não

6. Método:

6.1. O caminho percorrido no texto é predominantemente:

a) clínico (baseado em caso ou fragmento de caso)? sim não

b) de medicina baseada em evidência ou prova? sim não

c) epidemiológico? sim não

d) histórico? sim não

e) sociopolítico? sim não

f) teórico? sim não

g) filosófico? sim não

h) artístico? sim não

i) ideológico (baseado em juízos de valores sem fundamentação empírica)? sim não

j) outro? (especificar)

6.2. Há, no texto, indicações claras, precisas e sucintas do caminho percorrido em direção às conclusões?

sim não

6.3. O caminho percorrido é predominantemente indutivo, isto é, parte do observado para o geral e abstrato ou é predominantemente dedutivo, isto é, parte de sentenças gerais e abstratas em direção às conclusões?

indutivo dedutivo

6.4. Quais as relações com o tempo que regem o texto?

6.4.1. O caminho percorrido é apressado? sim não

6.4.2. O caminho percorrido é regido principalmente por frases de efeito mecanicamente aplicadas? sim não

6.4.3. O caminho percorrido parte de uma situação problemática, em que se evidencia uma discrepância entre aquilo que é e aquilo que deveria ser (ou era esperado)? sim não

6.4.4. Há, no texto, uma clara e precisa distinção entre juízos de realidade e juízos de valor?
() sim () não

6.5. Se o texto for clínico, há claras e precisas referências à singularidade do caso na forma de receber e tratar cada paciente segundo um conjunto de particularidades e contingências únicas que regem uma vida? () sim () não

6.5.1. Se o texto for clínico, o relato do fragmento de caso é utilizado como fundamento dos argumentos metapsicológicos? () sim () não

6.5.2. Se o texto for clínico, o relato do fragmento de caso é utilizado para ilustrar ou exemplificar a teoria? () sim () não

6.6. A psicopatologia empregada segue predominantemente o seguinte sistema classificatório:

6.6.1. da medicina da alma? () sim () não

6.6.2. da psiquiatria descritiva? () sim () não

6.6.3. da Associação Americana de Psiquiatria (transtornos do DSM)? () sim () não

6.6.4. da Organização Mundial da Saúde (CID)? () sim () não

6.6.5. da psicanálise? () sim () não

6.6.6. outro (especificar)

6.7. Se o texto for clínico, a relação é baseada predominantemente:

6.7.1. na semiologia médica? () sim () não

6.7.2. na observação antropológica? () sim () não

6.7.3. na semiologia multidisciplinar da saúde mental? () sim () não

6.7.4. na transferência/contratransferência? () sim () não

6.7.5. outro (especificar)

6.8. Se o texto for clínico, há intervenção? () sim () não

6.8.1. Se sim, o método de intervenção é predominantemente:

6.8.1.1. medicamentoso? () sim () não

6.8.1.2. ambulatorial (PS; Capes; Hospital-dia)? () sim () não

6.8.1.3. internação hospitalar? () sim () não

6.8.1.4. comportamental? () sim () não

6.8.1.5. experimental? () sim () não

6.8.1.6. pedagógico? () sim () não

6.8.1.7. educacional? () sim () não

6.8.1.8. interpretativo? () sim () não

6.8.1.9. outro (especifique)

7. Linguagem: o trabalho obedece exigências de 1) objetividade, 2) estilo, 3) concisão e 4) correção da linguagem que representam condignamente o pensamento do autor?

1) objetividade: () sim () não

2) estilo: () sim () não

3) concisão: () sim () não

4) correção: () sim () não

Se não, por favor, sugira modificações.

8. Sequência lógica: o trabalho possui uma sequência lógica – 1) identificação, 2) descrição, 3) argumentação, e 4) conclusão – que representa condignamente o pensamento do autor?

1) identificação: () sim () não

2) descrição: () sim () não

3) argumentação: () sim () não

4) conclusão: () sim () não

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

9. Literatura: o trabalho menciona referências bibliográficas relevantes que contribuem efetivamente para a melhor compreensão e especificação para o assunto tratado?

sim não

Se não, por favor, indique as omissões em seus comentários

10. Plágio: as referências bibliográficas são explicitamente acusadas?

sim não

11. Há suspeita de plágio? sim não

12. Conteúdo: 1) há caráter inovador do conjunto das ideias principais apresentadas no trabalho?

sim não

13. Há correção das afirmações sobre fatos, provas ou evidências e informações pertinentes?

1) caráter inovador: sim não

2) correção das afirmações: não

Se não, por favor, comente as limitações encontradas no trabalho.

14. Fundamentação: o trabalho apresenta argumentação fundamentada relativa ao tema?

sim não

Se não, por favor, indique as faltas observadas.

15. Conclusão: 1) as conclusões são relevantes para o avanço dos conhecimentos no campo da psicopatologia? 2) Há indicações de possíveis linhas de pesquisa a partir daí?

1) conclusões relevantes: sim não

2) possíveis linhas de pesquisa: sim não

Se não, por favor, faça recomendações para modificação das conclusões.

16. Aspectos éticos:

16.1. na carta de apresentação os autores revelam eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos e indiretos) que possam influenciar os resultados da pesquisa?

sim não

16.2. os autores revelam fontes de financiamento envolvidas no trabalho?

sim não

16.3. os autores declaram respeitar a privacidade e o anonimato das pessoas envolvidas?

sim não

17. Enquadramento formal: o texto está de acordo com as “Instruções aos autores” da *Revista*?

sim não

18. Originalidade: o texto possui alguma contribuição original ou é uma repetição do já escrito?

possui contribuição original é repetição do já escrito e sabido

19. Julgamento final:

Deveria ser publicado, com prioridade. Não é necessário rever.

Deveria ser publicado. Não é necessário rever.

Deveria ser publicado, mas precisa ser revisto.

Não deveria ser publicado.

Comentários de revisão

Por favor, escreva em letra legível. **Não assine.**

Você faz objeção a que uma cópia seja enviada para o autor?

sim não

Se você acha que o trabalho não deve ser publicado como está, por favor, aponte as modificações que poderiam ser feitas para torná-lo publicável. Por favor, leve em consideração, especialmente, a contribuição do texto para o avanço do conhecimento.

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental
Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
Rua Tupi, 397/10º /cj.104
01233-001 São Paulo, SP/BR
Telefax: 55 11 3661-6519
e-mail: psicopatologiafundamental@uol.com.br
home page: www.fundamentalpsychopathology.org / www.psicopatologiafundamental.org

Instrucciones a los autores

Instructions for authors

Instructions aux auteurs

www.fundamentalpsychopathology.org

www.psicopatologiafundamental.org

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ROTEIRO AUXILIAR AO AUTOR PARA VERIFICAR SE TODAS AS NORMAS FORAM ATENDIDAS

Verifique se o seu trabalho contém, nesta ordem, o seguinte:

- Folha de rosto personalizada** (cf. item 6)
 - Título do artigo em português e inglês
 - Nome do(s) autor(es)
 - Palavras-chave
 - Titulação acadêmica e dados institucionais do(s) autor(es)
 - Endereço completo (rua, cep, cidade, estado, telefone, e-mail)
- Resumo** (cf. item 7)
 - Resumos em português, espanhol, francês, inglês e alemão, acompanhados de 4 palavras-chave também nesses idiomas. É de suma importância atender ao número máximo de 7 linhas ou 490 caracteres com espaços para o resumo.
- Direito autoral**
 - Carta-termo de transferência de direitos autorais (cf. item 5.3).
- Referências**
 - Verificar se todos os autores citados no texto constam das referências, com data, local, editora e número de página quando for o caso (por exemplo, quando se tratar de revistas).
- Ao preparar arquivos para editoração eletrônica**
 - Passe o texto por um programa de revisão ortográfica; confira a numeração das páginas.
 - Grave os artigos de texto em formatos padrão do processador usado, dando preferência para os formatos mais comuns. Mesmo que você esteja usando a versão mais recente dos programas, evite gravar no formato mais sofisticado.
 - Figuras não produzidas eletronicamente devem ser encaminhadas em qualidade de fotografia sem exceder as dimensões 10x13cm. Figuras com imagens devem ser gravadas em Adobe PhotoShop 6.0 ou superior. Não gravar em formato .BMP nem em formatos compactados. Dar preferência para formato .TIF não compactado.
 - Ao usar scanner para reproduzir figuras, dar preferência a resoluções de, no mínimo, 300 DPI, nos modos Desenho (desenho) ou Gray Scale (fotos).
- Ao remeter a versão reformulada para a revista**
 - Encaminhe carta ao editor, reiterando o interesse na publicação e informando quais as alterações foram efetuadas. Se houver discordância quanto a recomendações do consultor externo, apresente os argumentos que justifiquem sua posição.
 - Encaminhe dois exemplares completos da versão reformulada, em papel, de acordo com as Instruções aos Autores.
 - Encaminhe um exemplar em disquete 3,5 ou CD-R, indicando no rótulo: nome do artigo, nome(s) do(s) autor(es), nome do(s) arquivo(s) e programas utilizados.

389

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
Rua Tupi, 397 – 10^a – cj. 104
01233-001 São Paulo, SP – Brasil
Telefax: 55 11 3661-6519
E-mail: psicopatologiafundamental@uol.com.br
Portal: <http://www.fundamentalpsychopathology.org>

A Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental é uma sociedade científica internacional, reunindo professores doutores de instituições de ensino superior e visando a realização do ensino e da pesquisa em Psicopatologia Fundamental e a divulgação de seus resultados.

The University Association for Research in Fundamental Psychopathology is an international scientific society that gathers professors from universities. It aims learning and research in Fundamental Psychopathology and the publication of the results.

Diretoria (Board) (2012-2014)

Presidente/President

Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil (PUC-SP)

Diretor Administrativo/Administrative Director

Profa. Dra. Ana Cecília Magtaz – Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil (USP)

Primeiro Tesoureiro/First Treasurer

Profa. Dra. Silvana Rabello – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil (PUC-SP)

Segundo Tesoureiro/Second Treasurer

Profa. Dra. Maria Virginia F. Cremasco – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil (UFPR)

Primeiro Secretário/First Secretary

Prof. Dr. Nelson da Silva Junior – Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil (USP)

Segundo Secretário/Second Secretary

Profa. Dra. Vera Lopes Besset – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil (UFRJ)

Comissão de Seleção/Admission Committee

Prof. Dr. Henrique Figueiredo Carneiro – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil (UNIFOR)

Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira – Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil (UFPA)

Profa. Dra. Tânia Coelho dos Santos – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil (UFRJ)

Comissão de Ética/Ethics Committee

Profa. Dra. Maria Lucrecia Roaletti – Facultad de Psicología y Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina (UBA)

Profa. Dra. Rosa Guedes Lopes – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Brasil

Profa. Dra. Claudia Henschel de Lima – Universidade Federal Fluminense, Volta Redonda, RJ, Brasil (UFF)

Conselho Fiscal (2010-2014)/Fiscal Committee

Prof. Dr. Paulo Roberto Ceccarelli – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, G, Brasil (PUC-MG)

Prof. Dr. Sérgio de Gouvêa Franco – Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado, São Paulo, Brasil (FECAP)

Profa. Dra. Ana Maria Rudge – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, (PUC-RJ)

Título Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental
17(2), jun 2014

Capa Teresa Berlinck

Imagem da Capa Teresa Berlinck. *Pai dos Burros – Aboré/Adivinhação*, 2012-14. Páginas de livro e tinta sumi. 27,5 cm x 37,5 cm.

Projeto Gráfico Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental

Diagramação Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental

Revisão Kátia Mércia da Silva

Formato 16 x 22 cm

Tipologia Times New Roman (10,5/13,5)
Futura Lt Bt

Papel Cartão Supremo 250g (capa)
Off set 90g (miolo)

Número de páginas 234

Tiragem 250

Impressão Pigma Fast