

**REVISTA
LATINOAMERICANA
DE PSICOPATOLOGIA
FUNDAMENTAL**

19(1), 1-200, mar. 2016

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
- Diadorim [http://diadorim.ibict.br/Acesso à Revista: http://diadorim.ibict.br/handle/1/906](http://diadorim.ibict.br/Acesso%20a%20Revista)
- DOAJ – Directory of Open Access Journals – www.doaj.org
- EBSCO – www.ebscohost.com
- <http://www.freefullpdf.com>
- Google
- Google Acadêmico (Google Scholar)
- HINARI Access to Research in Health Program <http://www.who.int/hinari/about/en/> Acesso à Revista: http://extranet.who.int/hinari/pt/browse_journal_titles.php?j_init=R&n=25&p=17
- 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
- Oasisbr. oasisbr@ibict.br. Acesso à Revista: <<http://oasisbr.ibict.br/vufind/Contents/Home?section=networks>>.

 Oaspa Scientist/Scholar Publisher

- PsycINFO

- 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>

Impresso na Forma Certa – 7.3.2016

Printed in Forma Certa – 3.7.2016

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental

Rua Tupi, 397 – 10º – 04

01233-001 São Paulo, SP Brasil

Telefax: 00 55 11 3661-6519

psicopatologiafundamental@uol.com.br

Catálogo na Fonte – Biblioteca Central – PUC-SP

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, órgão oficial da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.-- v.1 n.1 (1998)-. -- São Paulo, 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 dois editores responsáveis e por Editores Associados que respondem pelas seções específicas. Possui, também, Conselho Editorial e Conselho Científico atuantes.

“Editorial” é assinado por Editores Responsáveis ou por alguém convidado, podendo também ser submetido por pessoa com explícito conhecimento a respeito do assunto abordado. Deve apresentar conteúdo científico que justifique sua indexação, publicação e seguimento de desempenho, devendo incluir dados de autoria, afiliação institucional, referências bibliográficas e conteúdo que apresente potencial para receber citações.

A seção “Artigos” é de responsabilidade dos Editores Responsáveis 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 contraditórias do campo médico.

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

“História da Psiquiatria” é composta por artigos inéditos e ensaios sobre o tema, baseados em fontes histórias relevantes.

“Observando a Psiquiatria” contém artigos contraditórios sobre esse campo.

“Literatura Psicopatologia” 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.

“Resenhas Bibliográficas”. Somente serão aceitas resenhas de caráter crítico que apótem novos conhecimentos além do simples resumo de uma obra. }

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 two editors 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 editors or by someone invited by him, although texts may also be submitted by persons with explicit knowledge of the topic treated. It is supposed to present scientific matters that justify its indexation and its publication. It must include informations on institutional affiliation, bibliographical references and material that maybe quoted.

The section entitled “Articles” is under the responsibility of the editors 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 18th, 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.

“Literature Psychopathology” publishes articles on the psychopathological aspects in literature.
“First Steps” includes articles written by initial researchers, students who are beginning a research career.

“Book reviews” accepts only critical appraisals of recent books that contain novelties besides a description of the book content.

REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

19(1), mar. 2016

Editores / Editors:

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)

Profa. Dra. Sonia Leite (Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Br.

Editores Associados / Associate Editors

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 Mâris Campos Guerra (Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG), Belo Horizonte, Br.

Observando a Medicina / Observing Medicine: Mônica Teixeira (Universidade Virtual do Estado de São Paulo – Univesp), São Paulo, Br e Prof. Dr. Erney Plessmann de Camargo (Universidade de São Paulo – USP), São Paulo, Br.

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

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

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

Literatura Psicopatologia / Literature Psychopathology: Vários

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

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

Conselho Editorial / Editorial Board: Prof^ª D^ª Marta Gerez Amberlín (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 Rassial (Université Aix-Marseille), Aix, Fr; Prof^ª D^ª María 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 Amberlín (Univ. Nac. de Tucumán), Tucumán, Ar; Prof^ª D^ª Maria Neuma Carvalho de Barros (Espaço Psicanalítico), João Pessoa, PB, Br; Prof^ª D^ª Jaqueline Brito Vidal Batista (Universidade Federal da Paraíba), João Pessoa, PB, Br; 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. Dr. Iraquitan de Oliveira Caminha (Universidade Federal da Paraíba), João Pessoa, PB, Br; Prof^ª D^ª Marta

Rezende Cardoso (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ), Rio de Janeiro, Br; Prof^ª D^ª Terezinha Féres-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; Prof^ª D^ª 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^ª Maria Virginia Filomena Cremasco (Universidade Federal do Paraná – UFPR), Curitiba, Br; Prof^ª D^ª Ma. Antonia Reyes A. Dautrey (Universidad Autónoma de San Luis Potosí), San Luis Potosí, Mx; Prof^ª D^ª Helena Maria Melo Dias (Universidade do Estado do Pará – UFPA), Belém, Br; Prof. Dr. Mauricio Fernandez (Universidad de Antioquia), Medellín, Co; Prof^ª D^ª Ilka Franco Ferrari (Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC-Minas); Prof^ª D^ª Vera Pollo Flores (Universidade Veiga de Almeida – UVA), Rio de Janeiro, Br; Prof^ª D^ª Ana Cristina Costa de Figueiredo (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB-UFRJ), Rio de Janeiro, Br; Prof^ª D^ª Cassandra Pereira França (Universidade Federal de Minas Gerais), Belo Horizonte, Br; Prof. Dr. Sérgio de Gouvêa Franco (Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – UFF), São Paulo, Br; Prof^ª D^ª Joyce M. Gonçalves Freire (Universidade Federal de Uberlândia), Uberlândia, Br; Prof^ª D^ª Betty Bernardo Fuks (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-RJ), Rio de Janeiro, Br; Prof^ª D^ª Maria del Carmen Espinosa Gómez (Universidad de Guadalajara), Guadalajara, Mx; Prof. Dr. Roland Gori (Université Aix-Marseille), Aix, Fr; Prof^ª D^ª Andrea Máris Campos Guerra (Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG), Belo Horizonte, Br.; Prof^ª D^ª Adela Stoppel de Gueller (Instituto Sedes Sapientiae), São Paulo, Br; Prof. Dr. Gabriel Zárate Guerrero (Universidad de Guadalajara), Guadalajara, Mx; Prof^ª D^ª Maria Cristina M. Kupfer (Universidade de São Paulo – USP), São Paulo, Br; Prof^ª D^ª Sonia Leite (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), Rio de Janeiro, Br; Prof^ª D^ª Claudia Henschel de Lima (Universidade Federal Fluminense – UFF), Niterói, Br; Prof^ª D^ª Rosa Guedes Lopes (Universidade Estácio de Sá), Rio de Janeiro, Br; Prof^ª D^ª Ana Cecília Magtaz (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP-USP), São Paulo, Br; Prof^ª D^ª Dayse Stoklos Malucelli (Universidade Tuiuti do Paraná), Curitiba, Br; Prof^ª D^ª Isabel da Silva Kahn Marin (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP), São Paulo, Br; Prof^ª D^ª Eliane Michelini Marraccini (Instituto Sedes Sapientiae), São Paulo, Br; Prof^ª D^ª Maria Cristina Ortega Martinez (Universidad Autónoma de Querétaro), Querétaro, Mx; Prof. Dr. Ronaldo Monte (Espaço Psicanalítico – EPS), João Pessoa, Br; Prof^ª D^ª Ana Cleide Guedes Moreira (Universidade Federal do Pará – UFPA), Belém, Br; Prof^ª D^ª Virginia Moreira (Universidade de Fortaleza – Unifor), Fortaleza, Br; Prof^ª D^ª Maria Livia Tourinho Moretto (Universidade de São Paulo – USP), São Paulo, Br; Prof. Dr. José Otávio Vasconcellos Nunes (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^ª Ana Maria Galdini Raimundo Oda (Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas – Unicamp), Campinas, Br; Prof^ª D^ª 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^ª Edilene Freire de Queiroz (Universidade Católica de Pernambuco – Unicap), Recife, Br; Prof^ª D^ª Silvana Rabello (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP), São Paulo, Br; Prof. Dr. Jean-Jacques Rassial (Université Aix-Marseille), Aix, Fr; Prof. Dr. Manuel Morgado Rezende (Universidade Metodista de São Paulo), São Paulo, Br; Prof^ª D^ª Maria Anita Carneiro Ribeiro (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-RJ), Rio de Janeiro, Br; Prof^ª D^ª Maria Lucrecia Rovalletti (Universidad de Buenos Aires), Buenos Aires, Ar; Prof^ª D^ª Ana Maria Rudge (Université de Veiga de Almeida – UVA), Rio de Janeiro, Br; Prof^ª D^ª Cristina Lindenmeyer-Saint Martin (Université de Paris 7), Paris, Fr; Prof^ª D^ª Tânia Coelho dos Santos (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ), Rio de Janeiro, Br; D^ª 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. Edson Luiz André de Sousa (Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS), Porto Alegre, Br; Prof^ª D^ª 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. Dr. Raudelio Machin Suárez (Universidad Andres Bello), Santiago, Chile; Prof^ª D^ª Delphine Scotto Di Vettimo (Université de Nice), Nice, Fr; Prof^ª D^ª Junia de Vilhena (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-RJ), Rio de Janeiro, Br; Prof. Dr. Amadeu de Oliveira Weinmann (Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS), Porto Alegre, Br; Prof^ª D^ª Sílvia Abu-Jamra Zornig (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-RJ), Rio de Janeiro, Br.

Produção Editorial / Production e/and Assinaturas / Subscriptions
Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
Rua Tupi, 397 – 10^º – 104
01233-001 São Paulo, SP/Br
Telefax: 55 11 3661-6519

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

Sumário

Editorial

Manoel Tosta Berlinck

O futuro das revistas científicas.....11

Conferência

Claudio E. M. Banzato

Concepts of liberty and value pluralism:
Implications for psychiatry.....16

Artigos

Iara Scaranelo Penteadó Benini e Erotildes Maria Leal

A experiência subjetiva do uso de psicotrópicos na perspectiva
de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia30

Flávia Pinhal de Carlos e Marta Regina de Leão D'Agord

O lugar obscuro do suicídio.....43

Nina Gomes Costa e Ana Maria Szapiro

Saúde, sujeito e invenção: o trabalho clínico em
oncologia pediátrica.....57

*Helena Maria Melo Dias, Paulo Roberto Ceccarelli e
Ana Cleide Guedes Moreira*

Situação de crise psíquica e desejo de saber.....70

Marina Pinheiro

A paixão pela imagem: o eu como cenógrafo das
virtualidades do si mesmo.....84

Saúde Mental

Artigo

Flávia Hasky e Ana Paola Frare

A concessão de benefícios e a aposta na singularidade:
um desafio para a Saúde Mental.....99

Clássicos da Psicopatologia

Artigo

German E. Berrios

Introdução à “Paralisia agitante”, de James Parkinson (1817).....114

Ensaio

James Parkinson

Um ensaio sobre a paralisia agitante.....122

História da Psiquiatria

Artigo

Jairo Gutiérrez Avendaño y Lina Marcela Silva Ramirez

Ortopedia del alma. Degeneracionismo e higiene mental en la
Casa de Corrección de Menores y Escuela de Trabajo San José,
Colombia 1914-1947.....150

Observando a Psiquiatria

Artigo

José Eduardo Porcher

The classification, definition, and ontology of delusion167

Resenhas Bibliográficas

Marta Regina de Leão D’Agord e Vitor Hugo Couto Triska

Um sistema para as estruturas clínicas.....182

Bruno Pinto de Albuquerque

A última interpretação freudiana da religião.....186

Instruções aos autores189

8

Contents

Editorial

Manoel Tosta Berlinck

The future of scientific journals.....11

Lecture

Claudio E. M. Banzato

Concepts of liberty and value pluralism:
implications for psychiatry.....16

Articles

Iara Scaranelo Penteadó Benini e Erotildes Maria Leal

The subjective experience of using psychotropic drugs from
the perspective of people diagnosed with schizophrenia.....30

Flávia Pinhal de Carlos e Marta Regina de Leão D'Agord

The obscene place of suicide.....43

Nina Gomes Costa e Ana Maria Szapiro

Health, subject and invention: clinical practice in
pediatric oncology57

Helena Maria Melo Dias; Paulo Roberto Ceccarelli e

Ana Cleide Guedes Moreira

The psychic crisis situation and the wish to know.....70

Marina Pinheiro

The passion for images: The ego as scenographer of the
virtualities of the self.....84

Mental Health

Article

Flávia Hasky e Ana Paola Frare

Conceding benefits and betting on singularity:
a challenge for Mental Health.....99

Classics of Psychopathology

Article

German E. Berrios

Introduction to “Paralisis agitant”, by James Parkinson (1817).....114

Essay

James Parkinson

An essay on the Shaking Palsy.....122

History of Psychiatry

Article

Jairo Gutiérrez Avendaño y Lina Marcela Silva Ramirez

The orthopedics of the Soul. Degeneration and Mental Hygiene in the
San Jose Juvenile Correctional Facility and Work School,
Colombia 1914-1947.....150

Observing Psychiatry

Article

José Eduardo Porcher

10 The classification, definition, and ontology of delusion167

Book reviews

Marta Regina de Leão D'Agord e Vitor Hugo Couto Triska

A system to the clinical structures.....182

Bruno Pinto de Albuquerque

The last Freudian interpretation of religion.....;.....186

Instructions to Authors.....189

Editorial

○ futuro das revistas científicas

Manoel Tosta Berlinck*

Qual o futuro das revistas científicas?

Quando iniciei a carreira de Editor de revistas científicas, nos princípios dos anos 1960, o sucesso da publicação era medido pela tiragem impressa. Supunha-se que quanto maior a tiragem, maior o número de leitores. As assinaturas e a distribuição física dos periódicos era, então, uma grande preocupação. Periódicos com artigos inovadores, de autores famosos e bem distribuídos, principalmente em bibliotecas públicas, eram considerados bem difundidos e lidos por muitos. Porém, nem sempre a distribuição era bem-sucedida e, apesar de autores famosos, exemplares encalhados eram destruídos.

Hoje, a biblioteca pública, com acervo físico, organizada em função da tiragem impressa e sua conseqüente distribuição, é obrigada a se ver com vários novos fenômenos: antes de mais nada, a Internet e, ao mesmo tempo, a escassez de espaço para o acervo e os leitores.

Além disso, mudanças tecnológicas no setor gráfico possibilitaram o crescimento vertiginoso de livros variados através de edições reduzidas. O crescente número de diferentes títulos vem acompanhado com mudanças de funções. As bibliotecas se transformaram em centros de busca e informação de textos existentes na *www*. A Internet aumentou substancialmente o acesso a textos não impressos e estabeleceu uma infinita rede de bibliotecas para o pobre leitor.

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

Com o tempo e as inovações, as revistas científicas também sofrem numerosas modificações. De forma geral, as impressas perdem relevância para as virtuais. Nessas circunstâncias, é possível e até provável que o formato revista deixe de existir. Já há revistas em portais (sites) que publicam artigos de acordo com o fluxo contínuo de chegada. Termina, assim, a periodicidade característica das revistas. Além disso, a nova forma de publicação por fluxo contínuo supera a natureza descontínua do formato revista.

Antigamente, o pesquisador frequentava a biblioteca buscando, nas estantes, as coleções de revistas que lhe interessavam. Quando eram encontradas, o pesquisador folheava número por número, buscando artigos e autores para sua pesquisa. Hoje, ele busca autor e tema, na *www*, sem se importar com o nome da revista. Se o artigo lhe interessar, aí ele buscará o contexto em que o artigo foi publicado. Mas, este é, cada vez mais frequentemente, um portal de pesquisa e conteúdo e não uma revista.

Há uma dinâmica lógica da difusão virtual que precisa ser compreendida pela equipe editorial, pelos autores e pelos próprios leitores. Nessa lógica, o formato revista deixa de ser dominante. As revistas cedem lugar para os portais de conteúdo. O que conta, agora, é o artigo postado, articulado a autor e tema, referências fortes para a busca. O leitor tende a buscar o autor, o título do artigo, o tema. A revista fica num segundo ou terceiro plano.

O fator de impacto, ou seja, a frequência relativa das citações de artigos, adquire crescente relevância. Artigos citados e constantes em bibliografias atraem atenção. O fator de impacto existiu desde sempre. O pesquisador sempre valorizou a bibliografia citada como fonte de informação para sua investigação. Deixou, entretanto, de ser uma referência impressionista e passou a ser medida.

Porém, o fator de impacto deixa de lado leitores anônimos, pois o que vale nessa medida é a leitura especializada, a gerar citações. Forma-se, dessa maneira, uma “sociedade de citações mútuas” a atribuir relevância e prestígio. Isso, também, sempre existiu. “Eu te cito; você me cita” sempre foi prática comum. E ainda é.

Qual o lugar do leitor anônimo, leitor simplesmente, aquele que, de alguma forma, se beneficia da leitura de um artigo, mas não faz parte desse sistema? Ele existe, é claro, e está cada vez mais presente e relevante na Internet. Por exemplo, o portal *www.fundamentalpsychopathology.org*, onde encontra-se, em destaque, a *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, recebeu pouco mais de 1 milhão de consultas em 2015. O pequeno (mas crescente) fator de impacto dessa revista, valorizado pelo sistema de citações (SJR = 0,20), não é proporcional às consultas.

A expansão internacional do conhecimento científico, baseada em fator de impacto, passaria, então, contraditoriamente, pela drástica redução do número de artigos publicados e pelo estímulo à publicação com significativo fator de

EDITORIAL

impacto. Em outras palavras, o fator de impacto geraria fator de impacto e consagraria o autor e o veículo de publicação.

A redução de veículos de publicação — revistas e portais — sem fator de impacto reduziria o número de revistas e o custo de seu financiamento e deixaria de alimentar a perversa política de produtividade apoiada no número de publicações. “Publicar ou perecer” aumentou a demanda indiscriminada por periódicos e até por sites e estimulou a produção de artigos “mais do mesmo”. Retirar da produção o número de publicações irrelevantes provocaria uma diminuição do custo de manutenção de veículos. Isso, por sua vez, colocaria em destaque a preferência por artigos relevantes, originais e bem escritos, afastando a atração pela escrita tipo “mais do mesmo”.

Entretanto, ignorando o número de leitores leigos, ou seja, os que leem por prazer ou por benefício próprio, a política do fator de impacto fortaleceria a já exclusiva elite baseada na citação. Em outras palavras, a política vigente de publicação serve, principalmente, para alimentar um restrito clube do conhecimento citado.

É óbvio que os veículos de publicação deveriam cuidar de seus leitores, tanto os especialistas quanto os leigos. Deveriam, por exemplo, ter muito precisas missões, principalmente relevantes e originais; deveriam ser políglotas, ou seja, publicar artigos em diversas línguas, e deveriam ter um claro projeto de difusão. Deveriam estimular a publicação de textos bem escritos em todas as línguas, pois, atualmente, abundam, por exemplo, artigos escritos em pobre inglês mal redigido. Textos e veículos de publicação com missões pouco definidas, imprecisas e sem originalidade deveriam ser desestimulados, pois atraem artigos banais.

Por outro lado, a exigência de publicar artigos somente em inglês é retrógrada, pois ignora tanto o autor quanto o leitor leigo nessa língua. Assim, por exemplo, a evidente expansão do público leitor em português, no mundo, seria ignorada. Supor que o inglês é a única língua confiável do ponto de vista científico talvez represente uma visão correta para o exclusivo “clube da citação”, mas, ignorando a complexidade linguística do mundo e os avanços tecnológicos da tradução, ela é eminentemente restrita e tacanha. Além disso, não estimula a escrita e a leitura em outras línguas. A Internet, por sua vez, facilita a publicação de artigos em diversas línguas. Assim, por exemplo, este Editorial é publicado concomitantemente em português, inglês, francês e espanhol, no portal da *Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental*.

Artigos, inclusive os científicos, almejam o mais amplo e diverso público leitor. É bom não se esquecer, entretanto, que o número de citações é um mero indicador da difusão. Portais contendo revistas e artigos precisam enfatizar sua natureza internacional contendo textos em diversas línguas. Veículos de livre acesso deveriam ser estimulados, pois os de acesso pago ou restrito não só limitam drasticamente as consultas como estão voltados para o lucro e não para

a difusão do conhecimento. Os veículos de publicação precisam ser permanentemente divulgados na rede social; terem “Newsletters” articuladas a listas de endereços e serem indexados no maior número de diversas bases de dados internacionais, que passariam a indexar portais e não só revistas. Os veículos deveriam publicar artigos de autores escritos em diversas línguas e seus artigos deveriam ser avaliados por revisores internacionais.

Os veículos deveriam, ademais, se ligarem a redes setoriais, como a *World Association of Medical Editors (WAME)*, onde são frequentemente apresentadas ideias úteis para o aperfeiçoamento da difusão científica.

Os veículos precisariam revelar a existência de uma base financeira a partir de fontes idôneas. Periódicos e portais de medicina e de saúde, por exemplo, financiados por laboratórios farmacêuticos, indicam um comprometimento incompatível com o conhecimento desinteressado. Entretanto, essa não é uma regra. Há laboratórios, como o Synthelabo francês, que contribuem, de maneira efetiva, para o avanço do conhecimento científico. Além disso, os veículos de difusão precisam buscar recursos para garantir sua existência, independentemente de financiamento público. Este precisa ser considerado um prêmio e não um dever de Estado.

14 Os recursos do Estado não podem ficar permanente e constantemente comprometidos para manter projetos que atendem uma parte da elite. Deveriam ser empregados visando à melhoria das condições básicas de vida da maior parte da população. Numa sociedade, como a brasileira, onde há evidente escassez de recursos para a educação, a saúde, a segurança pública, o transporte, as condições sanitárias (como a água e o lixo) e os cuidados com o ambiente, os recursos empregados para o desenvolvimento da difusão da ciência e da tecnologia deveriam ser empregados cuidadosamente e com parcimônia. Projetos de veículos de difusão de pesquisa científica e tecnológica voltados para a população em geral deveriam ser buscados, reconhecidos e premiados. Nesse sentido, a redução da publicação de revistas e a migração dos artigos para portais de pesquisa com projetos bem formulados tornariam menos dispendiosa a difusão do saber.

Os veículos deveriam conter, entre outros projetos, a publicação de artigos de autores iniciantes; estimular a publicação de artigos em coautoria entre pesquisadores de Iniciação Científica, mestrados, doutorandos, doutores e pós-doutores. Em outras palavras, eles deveriam cuidar não só de autores famosos, mas de pesquisadores iniciantes e da produção em grupo. Deveriam, também, cuidar do aperfeiçoamento e da renovação da equipe editorial dos veículos.

Finalmente, a administração dessa nova configuração não poderia, principalmente, ser feita de forma autoritária. As instituições públicas e privadas responsáveis por essa nova dinâmica deveriam exercer suas funções e papéis com grande sensibilidade e delicadeza de modo a perceber as fraquezas, os pontos de resistência e as dificuldades que impedem o crescimento da leitura de artigos,

EDITORIAL

estimulando mudanças e aperfeiçoamento e não destruindo os fracos. Mas, principalmente, essa configuração depende, em grande parte, da flexibilidade criativa. Não deveria se transformar, portanto, num conjunto de regras rígidas. Cada veículo de publicação deveria ser tratado como singularidade precisando de atenção, cuidado e estímulo.

Afinal, a política de internacionalização do conhecimento científico é um ideal a ser buscado de forma desigual e combinada e não imposta sem respeito pelos responsáveis por sua difusão.

Citação/Citation: Berlinck, M.T. (2016, março). Editorial. O futuro das revistas científicas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 19(1), 11-15.

Editores do artigo/Editors: Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck e Profa. Dra. Sonia Leite

Recebido/Received: 15.12.2015/ 12.15.2015 **Aceito/Accepted:** 16.01.2016 / 01.16.2016

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.

15

MANOEL TOSTA BERLINCK

Sociólogo; Psicanalista; Ph.D. pela Universidade de Cornell, Ithaca, N.Y., USA; Professor aposentado da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (Campinas, SP, Br); Professor do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP (São Paulo, SP, Br), onde dirige o Laboratório de Psicopatologia Fundamental; presidente (2002-2014) da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, editor de *Pulsional Revista de Psicanálise* e da *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*; Membro da World Association of Medical Editors – WAME (Associação Mundial de Editores de Medicina); Ex-diretor da Livraria Pulsional e da Editora Escuta, autor de diversos livros e numerosos artigos.

Rua Tupi, 397/103

01233-001 São Paulo, SP

e-mail: mtberlin@uol.com.br



This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.

Conferência/Lecture

Concepts of liberty and value pluralism: Implications for psychiatry*¹

Claudio E. M. Banzato*²

16 *Isaiah Berlin's distinction between the ideas of 'positive' and 'negative' liberty is examined within the context of his value pluralism, in which goods, evils and forms of life are ultimately incommensurable (or incomparable through reasoning). Adopting this pluralist stance as to values, I try to answer the following question: does psychiatry need to/is it able to reach an explicit agreement as what is the best way to live? Given the precedence of practical reasoning in psychiatry, I suggest that, when confronted with certain kinds of human suffering (pathos), often associated with a clash between values, the last word (however tentative and always individual) should come from the clinical realm.*

Key words: Isaiah Berlin, values, psychiatry, clinical practice

*¹ Plenary lecture delivered on 7 October 2008 at the INPP Psychiatry & Freedom Conference in Dallas, USA, and published here for the first time.

*² Department of Psychiatry, Medical School, University of Campinas (Unicamp), Campinas, SP, Br.

As far as I know, the works of the British philosopher and historian of ideas Isaiah Berlin (actually born in Russia in 1909; he died in Oxford in 1997) have not been considered as yet in this recent and vigorous reappraisal of the role of values in psychiatry. Though the Berlin philosopher seems to have been to a great extent overshadowed by the masterful historian of ideas he undoubtedly was, to my mind, some of Berlin's core political theses are as subtle as rich and powerful in their consequences. Of course it is way beyond the scope of this lecture to give a full account of his philosophy. For those who want a systematic and articulated presentation of his ideas, I would recommend the book "Isaiah Berlin" by John Gray (published in 1996 by the Princeton University Press), whose arguments I find mostly compelling. Interestingly, as it turns out, the Berlin who emerges from Gray's analysis, due to Berlin's unceasing and unflinching commitment to pluralism, has much of the genuine fox he certainly was, but something of a hedgehog too (to use his own famous analogy, which draws from a line of the Greek poet Archilochus: "The fox knows many things, but the hedgehog knows one big thing").

What I intend to do here is first to point out the key distinction suggested by Berlin between two broad senses of the term 'liberty', a 'positive' and 'negative' one (this distinction was put forward by him in the well-known and controversial article "Two Concepts of Liberty", published in 1958). Second, I aim at clarifying what makes, to my mind, Berlin's value pluralism special and appealing, as well as to connect it somehow to the prominence given by him to the negative sense of liberty. [Though Berlin's main concern in that lecture is political pluralism, I think his basic ideas about values have far-reaching moral consequences as well.] Then, after having attempted to sketch a minimalist and coherent Berlinian framework, I will try to examine some possible implications of adopting such view, and I will do that by addressing (in a rather tentative way, I am afraid) a few related questions, which cannot be bypassed if what is at stake is the very nature of our discipline: what is (are) the implicit 'order(s)' assumed by psychiatric theory and practice, so the talk about 'disorders' may make sense and whether or not psychiatry actually needs and can afford an agreed and spelled out conception of what it is the best way to live. I find these questions pretty germane to the theme of this conference.

A caveat is in order here: during this lecture, especially in the first part, I will inevitably use several disputed philosophical terms and refer to many controversial philosophical topics, without however addressing them in any fine-grained fashion most of the times. I will limit myself to trying to draw the main contours of Berlin's central ideas.

Let us start with the distinction between the 'positive' and the 'negative' political senses of liberty. Berlin fully recognizes the protean character of the word 'liberty' and does not set himself to explore its countless senses throughout history, selecting for his exam just two of them, which he claims are those central ones. He does not perform a semantic analysis either and, for his purposes, both words 'liberty' and 'freedom' are used to mean the same. [Anyway, maybe it is worth mentioning *en passant* the very first entry for each of these words in the Oxford English Dictionary: *liberty*: exemption or release from captivity, bondage, or slavery; *freedom*: exemption or release from slavery or imprisonment; personal liberty.]

Berlin's insightful suggestion is that there are two clearly different questions whose answers (admittedly, overlapping to some extent) are involved with what he henceforth calls the 'negative' and the 'positive' political senses of liberty. The questions are respectively:

What is the area within which the subject — a person or group of persons — is or should be left to do or be what he wants to do or be, without interference by other persons? [and] What, or who, is the source of control or interference, that can determine some one to do, or be, one thing rather than another? (pp. 121-122)

So, interference is a central word in both senses, not any kind of interference though, but deliberate interference by other human beings — that is, some sort of coercion — preventing one from doing whatever he or she wants and determining what should be done instead. The 'negative' sense concerns the existence of a minimum area (with recognizable boundaries) within which the individual is free to act and to pursue his or her goals as he or she wishes. Therefore, liberty in this sense means essentially liberty *from*. In the 'positive' sense, liberty derives from the wish to be one's own master, that is, self-governed, a subject not an object. It is not only matter of having a free area of action, but also of actually being in control; not just freedom *from*, but freedom *to*.

The point here is not to merely stipulate different meanings for the word 'liberty', nor to establish any sharp and artificial separation between two notions obviously connected, but to show that there are different elements logically operative in the grammar of each sense and that they are bound to entail far-reaching consequences. According to Berlin, "the 'positive' and 'negative' notions of freedom developed in divergent directions until, in the end, they came

CONFERÊNCIA/LECTURE

into direct conflict with each other” (p. 132); for him, this very distinction played a decisive role in the clashes of ideologies that dominated the past century. Berlin’s thesis is that the ‘positive’ notion throughout history has revealed itself particularly prone to abuse by providing a specious disguise for brutal tyranny. How that can be, perhaps one may ask? How such a dramatic distortion could have ever taken place?

The gist of the problem is the way certain idealized concepts have been often used both to define the stance responsible for self-mastery and what should count as its actual realization. In Berlin’s own words,

(...) this dominant self is then variously identified with reason, with my ‘higher nature’, with the self which calculates and aims at what will satisfy it in the long run, with my ‘real’, or ‘ideal’, or ‘autonomous’ self, or with my self ‘at its best’; which is then contrasted with irrational impulse, uncontrolled desires, my ‘lower’ nature, the pursuit of immediate pleasures, my ‘empirical’ or ‘heteronomous’ self, swept by every gust of desire and passion, needing to be rigidly disciplined if it is ever to rise to the full height of its ‘real’ nature. (p. 132)

What lies at the core of Berlin’s concern (something that particularly worries him) is the political implications of having this idealized stance assimilated by any sort of collective body. According to him, this talk about the ‘true’ or ‘real’ or ‘ideal’ self provides the vocabulary and prepares the political terrain, so to speak, to an even deeper chasm as

(...) the real self may be conceived as something wider than the individual (as the term is normally understood), as a social ‘whole’ of which the individual is an element or aspect: a tribe, a race, a church, a state, the great society of the living and the dead and the yet unborn. This entity is then identified as being the ‘true’ self which, by imposing its collective, or ‘organic’, single will upon its recalcitrant ‘members’, achieves its own, and, therefore, their, ‘higher’ freedom. (p. 132)

The extreme corollary of such position is that

(...) once I take this view, I am in a position to ignore the actual wishes of men or societies, to bully, oppress, torture them in the name, and on behalf, of their ‘real’ selves, in the secure knowledge that whatever is the true goal of man (happiness, fulfillment of duty, wisdom, a just society, self-fulfillment) must be identical with his freedom — the free choice of his ‘true’, albeit submerged and inarticulate, self. (p. 133)

In short, if I ‘know’ what it is best for the others, it does not take much to see my coercion of others as something I do for their own sake, in their, not my interest.

Like one of his (and mine too) intellectual heroes, the sophisticated libertarian Russian Alexander Herzen of the XIX century, Berlin was deeply suspicious of certain highly regarded abstractions, such as history, progress, and

social equality, bound to produce evil consequences. In particular, both of them have strongly rejected abstractions that embodied general solutions to human problems or universal ends for human life.

It is a truism that freedom is not the only aspiration of human beings (and conceivably it might not be the main driving force for the majority of them). But nothing is to be gained, says Berlin, by conflating other aspirations, for instance, the want of equality and fairness or the desire for status and recognition, with liberty. Furthermore, he strongly opposes the assimilation of liberty either with reason or with virtue, a more likely step if one adopts a rationalist and monist conception of good, precisely the view that Berlin rejects. As a matter of fact, as it will become clear later on, Berlin holds a pluralism of both goods and evils. Berlin does distrust a certain conception of reason as if it were a magic eye that can see universal, non empirical truths, and argues against the idea of rigid boundaries set once and for all by reason, what he calls the metaphysical heart of rationalism: “to want necessary laws to be other than they are is to be prey to an irrational desire (...). To go further, and believe these laws to be other than what they necessarily are, is to be insane” (p. 144).

20

His main target, however, is not this conception of reason in itself, but its coupling with the belief that “all true solutions to all genuine problems must be compatible: more than this, they must fit into a single whole: for this is what is meant by calling them all rational and the universe harmonious” (p. 147). Thus, the idea of a law-like rational necessity of having one and only one true solution to each question (even if we do not or cannot know it) is challenged. When it comes to central values such as ethical, aesthetic, social, and political, Berlin, a liberal rationalist himself, underscores what he thinks are the main contributions from the counter-Enlightenment: the beliefs that science and reason do not have all the answers and that there can be more than one valid answer. So, for him there is no such a thing as a final and harmonious solution similar to the one of a jigsaw-puzzle, which should lead to a perfect life. The formula that embodies such expectation and that is dismissed as fundamentally misleading by Berlin thus reads: if you know what life really is, then you know what to do. It echoes Hume’s adage “no ought from an is”.

For Berlin, there is much more in liberty than the mere freedom to obey a rational will. As Gray (1996) aptly put it, summarizing Berlin’s account, the persons must be free not to make the right choices, but to make the choices they make. The underlying belief is that choice is indeed a radical matter. That is to say, decisions about forms and ends of life cannot be founded on any self-evident truth or knockdown reason. But these choices between ultimate values do not take place in a vacuum either and they are not groundless at all, they actually hinge on moral categories and concepts that are part of the persons own identity, part

CONFERÊNCIA/LECTURE

of what makes them human. In this scenario, radical choices are thus part of the make up of selfhood itself. For this philosopher of liberty, selfhood is a matter of invention rather than of discovery.

This issue brings us closer to the consideration of the type of value pluralism held by Berlin, within which there are noncontingent conflicts between values, either incompatibility or opposition, and incommensurability. From the outset, it should be said that Berlin appears to be a realist about values and this is what makes his position very interesting philosophically (as Thomas Nagel (2001) and Charles Taylor (2001), for instance, have admitted). Though he has a sharp eye for history and diversity, he is not exactly a moral relativist. Of course he acknowledges without any problem the fact that each culture has different ideals, which are final for each of them, that there are certain values and ideals at the very center of gravity of any given culture. But, for him, values, however diverse, are not infinite. They would belong to some sort of common horizon shared by humankind. And that is precisely what renders possible communication between individuals, groups, cultures. So there is this tension about his pluralism: should it be taken as a value or an empirical description of the world? The following passage from the end of his essay on the concepts of liberty is illuminating in that respect:

(...) pluralism, with the measure of 'negative' liberty that it entails, seems to me a truer and more humane ideal than the goals of those who seek in the great, disciplined, authoritarian structures the ideal of 'positive' self mastery by classes, or peoples, or the whole of mankind. It is truer, because it does, at least, recognize the fact that human goals are many, not all of them commensurable, and in perpetual rivalry with one another. (p. 171)

21

Though the main focus of Berlin's analysis is the concept of political liberty, at the bottom of his pluralist stance what is really at stake is not the question about conflict of values between persons or societies, but the conflict that lies within one consciousness. But again, he does not mean just to point out platitudes such as the multiplicity of human interests and the impossibility of pursuing them all in a single lifetime span. His pluralism has far-reaching consequences for the very idea of fulfillment of human life. In his words:

(...) but somewhere, we shall be told; and in some way, it must be possible for all these values to live together, for unless this is so, the universe is not a cosmos, not a harmony; unless this is so, conflicts of values may be an intrinsic, irremovable element in human life. To admit that the fulfillment of some of our ideals may in principle make the fulfillment of others impossible is to say that the notion of total human fulfillment is a formal contradiction, a metaphysical chimaera. (pp. 167-168)

What is rejected by him is the deeply-rooted belief (actually, a metaphysical longing) that an *a priori* guarantee of the proposition that a total harmony of true

values must be found somewhere. For him no conception of good or any ‘abstract order’ should be hypostasized. Instead,

(...) ordinary resources of empirical observation and ordinary human knowledge (...) give us no warrant for supposing (or even understanding what would be meant by saying) that all good things, or all bad things for that matter, are reconcilable with each other. The world that we encounter in ordinary experience is one in which we are faced with choices between ends equally ultimate, and claims equally absolute, the realization of some of which must inevitably involve the sacrifice of others. (p. 168)

John Gray (1996) calls this view an *agonistic* pluralism: the point being not only the trivial impossibility of attaining perfection in life or the inevitability of a certain psychological sense of loss or suffering, which derives from the decisions. For Berlin, “the necessity of choosing between absolute claims is then an inescapable characteristic of the human condition” (p. 169). And emphasis must be put on the expression ‘absolute claims’, which means that different values, however conflicting between each other they might be, are binding on us somehow. The neuralgic center of Berlin’s tragic position is that some degree of wrongness is tied up with choices to the extent that no decision is right.

22 Along with his dismissal of the belief in the conciliating power of any single formula or criterion to resolve ultimate conflict of values, Berlin rejects the very idea of a higher vantage point of evaluation. For him, there is no such a thing as a meta-theory or over-arching principle that determines how conflicts between incommensurable values (not only conflicts between ‘positive’ and ‘negative’ liberties or between different ‘negative’ liberties themselves, but also those ones involving other central values such as liberty and justice etc.) are to be resolved. Instead, he advocates that these conflicts must be dealt with on a piecemeal basis in concret circumstances. So, Berlin seems to appeal to the ancient notion of practical wisdom.

It is true that Berlin gives preeminence to liberty (especially in the ‘negative’ sense), but this does mean that liberty should be thought as a value that necessarily trumps the others. Nor does he claim that it is an ideal with eternal validity. Actually, for him, it is simply off the mark to seek guarantees that our values should transcend history. Within this Berlinian framework, the key value attached to the freedom to choose ends and the defense of such kind of value pluralism are mutually supportive; they seem to reinforce one another. Taken together, these two ideas do not, to my mind, have relativistic implications, not at least in a strong sense of relativism. If life is tragic and our choices are bound to generate some wrongness, this is not a call for extreme measures. Quite on the contrary, for Berlin, once the radical character of the choices is fully acknowledged, what follows is a plea for moderation, that is, close consideration

CONFERÊNCIA/LECTURE

of all things at stake in a given concrete situation and careful judgment without the biases derived from the harmful prejudice that perfect or final solutions must always be possible.

So what I am going to do next is precisely to exam how such conception about values might affect one particular kind of concrete situation, the clinical encounter. Though both psychiatric theory and practice will be addressed somehow, emphasis will be given to the latter, to what actually happens in the clinical realm. I hope the brief sketch of Berlin's ideas just presented will suffice for such a purpose.

Let us move then to the second part of this lecture and seek for some possible implications for psychiatry of adopting such value pluralist stance. But one may ask what do I mean by psychiatry in the first place? I think the broad definition provided by German Berrios (2007) works pretty well: "psychiatry names a set of loosely connected disciplines and doings related to the understanding and management of human afflictions". It must be added that, for him, "such understanding encompasses intellectual, emotional and aesthetic apprehension of their context, history, meaning and biology". Psychiatry would be thus a conceptual 'hybrid', to the extent that its structures and narratives are provided by both natural and human sciences.

As a modificatory discipline, rather than a contemplative one, psychiatry must have a set of assumptions about what should be pursued by its interventions. As my colleague Mario Pereira (personal communication) aptly put it: if we conceptualize certain human predicaments as mental 'disorders' and therapeutically target them, we necessarily must have a good grasp of which is the underlying mental 'order' to be restored. Yet, this issue has typically remained implicit as if there was a tacit agreement about it. I suspect that, most of times, in contemporary psychiatry, it is assumed the existence of a natural order of things (and by 'natural' it is usually meant, at the bottom, biological) that can be disrupted or broken down in some specific ways, which might be objectively described as 'dysfunctions'. But the limitations of narrowing down the analysis of mental disorders in terms of 'function' (the 'doing' word associated with parts) have already been pointed out by Bill Fulford (2001) in his open letter to Christopher Boorse and several other writings. A convincing case is made by him against an account of paradigmatic mental disorders such as schizophrenia strictly based on the notion of 'dysfunction'. Their proper analyses would involve organisms and functioning as well as subjects (or agents) and action. This view seems to do better justice to the inherent complexity of psychiatry. So, if biology alone clearly is not enough for setting the benchmarks for the conceptualization of mental disorders, if a broader framework is required because the 'order' supposed by psychiatry is either a very complex one or manifold, what else should be considered?

23

Berrios (2007) has argued that it is crucial to identify the often hidden concept of man that governs clinical practice and research. According to him, psychiatry does need a philosophical anthropology given the fact that all forms of psychiatry presuppose a concept of ‘man’ and are indeed meaningless and impotent without such a concept, as it provides psychiatry with epistemological, ethical, aesthetic and pragmatic governance. However important it may prove to be, a concept of man isolated is not enough. It must be coupled with an account of what should constitute a fulfilled life (*eudaimonia*). As a matter of fact, I must acknowledge that the one of the main inspirations for this lecture came from a sharp observation made by John Sadler in his book “Values and Psychiatric Diagnosis” (2005): “psychiatrists work toward helping people with all manner of maladies, from problems-in-living to chronic, debilitating diseases; but what the profession, and its practitioners, believe about the best way to live is their best-kept secret” (p. 5).

24

Nevertheless, while unpacking and dealing with all kinds of operative values involved in the psychiatric enterprise is a crucial step if we are to take seriously the profession’s intrinsic complexities and daunting challenges, amid its many practical shapes and intellectual traditions, it does not follow that psychiatry should seek to become some sort of unifying normative stance. This point connects with our earlier examination of Berlin’s value pluralism. It is crystal clear that certain operative conceptions (however tacit they may be) of how to live are always present in any clinical encounter and it may well be that there are as many conceptions in play as the number of the persons involved in a given situation. But for the profession to offer a collective answer to the question of how to live, that is, to hold a single concept of *eudaimonia*, that would require the hypostasis (or substantiation) of a certain rational order. And that is precisely what should be feared within a Berlinian framework. Perhaps another way to put it is found in Bill Fulford’s book chapter “Ten Principles of Value-Based Medicine (VBM)” (published in 2004), another key inspiration for the present lecture. His remark (emphatically repeated throughout his paper) reads: “the point is that human values are not, merely, different but *legitimately* different” (p. 215).

But one may ask what does actually the word ‘legitimate’ stand for in this context? What does it mean to affirm that the values are *legitimately* different? Fulford suggests that such legitimacy follows analytically from the logical separation between fact and value (that is, of description and evaluation) insisted on by ‘non-descriptivism’ in philosophical value theory. He also points out that there are areas of human experience and behavior, such as emotion, desire, volition, belief, in which human values are highly diverse. Needless to say that these areas are the ones psychiatry is mostly concerned with. Berlin’s defense of this space within the subject free of interference of others (liberty in the ‘negative’ sense) might offer yet another rationale for this thesis.

CONFERÊNCIA/LECTURE

What I want to do next is to briefly examine whether or not such use of 'legitimate' for difference of values could be thought to hinge on claims related to the canons of 'rationality', particularly with respect to human action. In a strong sense of rationality, an action is rational only if it is required by reason and if not to perform it should be declared irrational. In a weak sense, there is still some normative command: rational are the options either rendered or at least not rule out or precluded by reason. Thus, a 'legitimate' difference could conceivably be taken to mean a rational difference, in the weak sense.

In this scenario, the boundaries (however imprecise) of what should count as 'legitimate' beliefs, behaviors and actions are to be set out by reason. Rationality would provide with an underlying order, which might be disrupted in the case of mental disorders. Differences of values would then be thought as 'legitimate' as long as a given rationality criterion is met. But one should ask: could rationality possibly be expected to play such normative role in psychiatry? I do not believe so. And that is precisely the core of our problem: mental disorders do not necessarily imply a rational breakdown or must have an irrational element at their core. But they are not simply *bad* choices either, that is, choices contrary to all-things-considered or better judgment. Still, how to tell the difference between them? I would like to suggest that such distinction is based somehow on the presence of an element of 'constraint'. In the case of mental disorders, it is as if the free area within the person had shrunk, and so the individual ends up with an inability to do otherwise if he or she wanted to, to act in accordance with his or her most heartfelt desires; the subject lacks responsiveness to his or her own reasons. It becomes hard for the agent to go beyond a given norm (which may have worked before) in a world that is constantly changing, that is, there would be at least a narrowing of the repertoire of choices or even, in more severe conditions, no choice at all, only compulsion. In other words, reduction or loss of freedom.

If we accept Berlin's idea that conflicts or clashes of values are inevitable and incommensurability is widespread (that is, that values often cannot be either compared or reconciled by reason), we must face radical choices about forms and ends of life that are bound somehow to generate some wrongness, which means that liberty (especially in the 'negative' sense) is a critical political value. On the other hand, if compulsion is a conspicuous feature of mental illness, shrinking the free area within the subject and threatening the very sense of autonomy and self-mastery, reducing the person's liberty to pursue whatever he or she considers being meaningful, the question about the legitimacy of the values of a mentally ill person becomes tremendously pressing. That is why I dare to suggest that what is indeed key in any clinical encounter is that no *a priori* answer should define its course and outcome, that the values of the person who seeks mental health care

should not be dismissed or downplayed in favor of a certain collective ideal (be it the ideal of the profession — psychiatry — or the values of society at large). If such collectively held ideals take over, that is, if they are converted into a sort of evaluative clockwork, then it is just a small step to impose a certain view to the patients, claiming that we know better what is best for them. Needless to say, the presence of a compulsion is not sufficient to justify coercion. Actually, it is necessary always to keep in mind that loss of freedom may result either from mental illness or from psychiatric treatment. Not rarely, from both at the same time. [Unsurprisingly, discriminating grounds and circumstances associated with coercion is a thorny issue addressed by several papers at this conference.]

26 This is psychiatry's paradox and predicament. It is not just about having to choose the lesser of two evils. It goes way beyond that; borrowing from Berlin, it is knowing well that sometimes no decision feels completely right. Thus, the critical importance that the process of decision-making takes place at the clinical forefront (where it actually belongs), so it may allow all those involved in a unique clinical encounter (clinicians and patients alike) have their say, participating somehow of the process of reaching a decision. This is, by the way, one of the principles of the values-based practice put forward by Fulford (2004), and I must add, one of its main strengths.

What I am suggesting is the centrality of the clinic, so that the last word (however tentative and always individual) must be given within the clinical realm. This means accepting the primacy of practical reasoning. Psychiatry is certainly a risky business and clinicians cannot help being, in a way, blade runners. Sticking to the blade metaphor, we can put it differently with the help of the great Portuguese poet Fernando Pessoa, who wrote in his "The Book of Disquiet": "None of us can untie the Gordian knot; either we give up or we cut it". Psychiatrists are confronted with concrete human suffering (and I would like to mention Georges Canguilhem's remark, extracted from his classic book *The Normal and the Pathological*, published in 1943) that "pathology implies *pathos*, the direct and concrete feeling of suffering and impotence, the feeling of life gone wrong" (p. 85). For the French philosopher of medicine and life sciences, *pathos* takes precedence over *logos* and, when it comes to pathology, "the first word, historically speaking, and the last word, logically speaking, must belong to the clinic" (p. 153)

I hope I have offered you a minimally coherent sketch of Berlin's central ideas about liberty and pluralism as well as indicated that they may constitute an interesting framework for us to think about the formidable challenges that we are confronted with in the mental health field. Thank you very much for your attention.

References

- Berlin, I. (1969). Two Concepts of Liberty. In *Isaiah Berlin's Four Essays on Liberty* (pp. 118-172). Oxford: Oxford University Press. (Original work published in 1958).
- Berrios, G. (2007, oct.). Does Psychiatry 'need' a Philosophical Anthropology? *XXV Brazilian Congress of Psychiatry*, Porto Alegre.
- Canguilhem, G. (2007). *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF. (Original work published in 1943).
- Gray, J. (1996). *Isaiah Berlin*. Princeton: Princeton University Press.
- Fulford, K.W.M. (2001). 'What is (mental) disease?': an open letter to Christopher Boorse. *Journal of Medical Ethics*, 27(2), 80-85.
- Fulford, K.W.M. (2004). Facts/Values: Ten Principles of Values-Based Medicine. In J. Radden (Ed.). *The Philosophy of Psychiatry – A Companion* (pp. 205-234). Oxford: Oxford University Press.
- Nagel, T. (2001). Pluralism and Coherence. In R. Dworkin, M. Lilla & R.B. Silvers (Eds.). *The Legacy of Isaiah Berlin* (pp. 105-111). New York: NYRB.
- Sadler, J.Z. (2005). *Values and psychiatric diagnosis*. Oxford: Oxford University Press.
- Taylor, C. (2001). Plurality of Goods. In R. Dworkin, M. Lilla & R.B. Silvers (Eds.). *The Legacy of Isaiah Berlin* (pp. 113-119). New York: NYRB.

27

Summary

(Conceitos de liberdade e pluralismo de valores: implicações para a psiquiatria)

A distinção de Isaiah Berlin entre as noções de liberdade 'positiva' e 'negativa' é examinada no contexto de seu pluralismo de valores, em que bens, males e formas de vida são, em última instância, incomensuráveis (ou incomparáveis pela razão). Adotando esta posição pluralista sobre valores, tento responder às questões: a psiquiatria precisa e/ou consegue chegar a um acordo explícito sobre qual é a melhor maneira de viver? Dada a prioridade da razão prática em psiquiatria, sugiro que, quando confrontados com certos tipos de sofrimento humano (pathos), que não raro envolvem conflitos de valor, a última palavra (por provisória que seja e sempre individual) deve pertencer ao campo da clínica.

Palavras-chave: Isaiah Berlin, Valores, Psiquiatria, Prática Clínica

(Conceptions de la liberté et pluralisme des valeurs: implications pour la psychiatrie)

La distinction d'Isaiah Berlin entre les notions de liberté 'positive' et 'négative' est examinée dans le contexte de son pluralisme de valeurs, où les biens, les maux et les modes de vie sont, en fin de compte, incommensurables (ou incomparables du fait de la raison). En adoptant cette position pluraliste sur les valeurs, j'essaie de répondre aux questions: la psychiatrie a-t-elle besoin et/ou peut-elle parvenir à un accord explicite sur quelle est la meilleure façon de vivre ? Compte tenu de la priorité de la raison pratique en psychiatrie, je suggère que, face à certains types de souffrance humaine (pathos), qui impliquent souvent des conflits de valeur, le dernier mot (si provisoire soit-il et toujours individuel) doit appartenir au domaine de la pratique clinique.

Mots clés: Isaiah Berlin, valeurs, psychiatrie, pratique clinique

(Conceptos de libertad y pluralismo de valores: implicaciones para la psiquiatría)

28

La distinción de Isaiah Berlin entre las nociones de libertad "positiva" y "negativa" es examinada en el contexto de su pluralismo de valores, en el que bienes, males y formas de vida son, en una última instancia, incommensurables (o incomparables por la razón). Adoptando esta posición pluralista relativa a los valores, intento responder a la pregunta: ¿la psiquiatría necesita y/o logra llegar a un acuerdo explícito sobre cuál es la mejor manera de vivir? Dada la prioridad de la razón práctica en psiquiatría, sugiero que, al enfrentarnos con ciertos tipos de sufrimiento humano (pathos), que suelen implicar conflictos de valores, la última palabra (por provisional que sea, es siempre individual) debe pertenecer al campo de la clínica.

Palabras clave: Isaiah Berlin, valores, psiquiatría, práctica clínica

(Konzepte von Freiheit und Wertpluralismus: Implikationen für die Psychiatrie)

Isaiah Berlins Unterscheidung zwischen den Begriffen der „positiven“ und „negativen“ Freiheit wird im Kontext des Wertpluralismus untersucht, wobei Güter, Übel und Lebensformen letztlich inkommensurabel sind (d.h., rational unvergleichbar). Aufgrund dieser pluralistischen Position in Bezug auf Werte, versuchten wir, die folgenden Fragen zu beantworten: muss und/oder kann die Psychiatrie einen ausdrücklichen Konsens darüber erreichen, was die beste Lebensweise ist? Angesichts der hegemonischen Stellung der praktischen Vernunft in der Psychiatrie, schlagen wir vor, dass wenn wir mit bestimmten Arten menschlichen Leidens (Pathos) konfrontiert sind, die oft Wertkonflikte beinhalten, die Klinik das letzte Wort haben sollte (wie vorläufig es sei und immer individuell bestimmt).

Stichwörter: Isaiah Berlin, Werte, Psychiatrie, Klinische Praxis

CONFERÊNCIA/LECTURE

(自由和价值多元主义：对精神分析学的影响)

西方著名的哲学家伊萨亚·柏林 (Isaiah Berlin) 对自由的定义进行了 “正” 与 “负” 的划分，他认为人类的价值观是多元的，有关道德观和生活的方式等议题，是 “好” 还是 “坏”，没有最终的标准（也就说，凭理性是没有办法做评判的）。

本文采用柏林的价值观多元主义，尝试回答下列问题：精神分析学需要达成一个关于什么是最好的生活方式的共识吗？能够达成这个共识吗？从精神分析学所注重的实践理性角度来说，我认为，当某些牵涉到价值观冲突的精神病兆 (pathos) 出现在我们面前时，最后的决定取决于临床实践（不管这种临床的决定是多么的临时性，个人化）。

关键词：伊萨亚·柏林 (Isaiah Berlin)，价值观，精神分析学，临床实践。

Citação/Citation: Banzato, C.E.M. (2016, março). Concepts of liberty and value pluralism: implications for psychiatry. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 19(1), 16-29.

Editores do artigo/Editors: Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck

Recebido/Received: 16.10.2015/ 10.16.2015 **Aceito/Accepted:** 20.10.2015 /10.20.2015

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 have no conflict of interest to declare.

CLAUDIO E.M. BANZATO

Professor of Psychiatry; Medical School, University of Campinas – Unicamp (Campinas, SP, Br).

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Cidade Universitária “Zeferino Vaz” – Barão Geraldo

13083-887 Campinas, SP, Br

e-mail: cbanzato@fcm.unicamp.br



This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.

A experiência subjetiva do uso de psicotrópicos na perspectiva de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia*¹

Iara Scaranelo Penteado Benini*²
Erotildes Maria Leal*³

30

O presente artigo objetiva discutir a experiência subjetiva do uso de psicotrópicos na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Trata-se de um estudo qualitativo de base fenomenológica hermenêutica ou interpretativa que ocorreu a partir da análise de narrativas produzidas em grupos focais. Conclui ser a experiência do usuário de medicamentos diversa e importante, devendo ser incluída no processo de tomada de decisão quanto ao tratamento medicamentoso, onde o sujeito deve ser central.

Palavras-chave: Saúde Mental, psicotrópicos, experiência, esquizofrenia

*¹ Artigo extraído, e reformulado, da dissertação de mestrado: *A experiência subjetiva do uso de psicotrópicos na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia*, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, 2015.

*^{2,3} Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (Campinas, SP, Br).

Introdução

O presente artigo se propõe a discutir a experiência subjetiva do uso de psicotrópicos na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Trata-se de um estudo qualitativo de base fenomenológica hermenêutica ou interpretativa, que teve como matriz a pesquisa *Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário*, que apresentava um conteúdo rico de narrativas acerca da experiência do uso de psicotrópicos, ainda não sistematicamente estudadas, e que ocorreu de forma multicêntrica nas cidades de Campinas, Salvador e Rio de Janeiro.

A pesquisa experiência foi desenvolvida no período de março de 2009 a fevereiro de 2011, a partir da parceria entre o Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (DSC/FCM/UNICAMP), Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e o Laboratório de Estudos e Pesquisas em Psicopatologia e Subjetividade do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Seu financiamento ocorreu pelo CNPq e sua aprovação foi divulgada no edital MCT/CNPQ/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT sob o n. 33/2008.

Apesar da pesquisa experiência não ter tido como objetivo principal conhecer a experiência do uso de psicotrópicos segundo a perspectiva do usuário, essa temática se destacou principalmente no momento em que se discutiu a experiência do tratamento como uma das dimensões da experiência de adoecimento. Sabemos que no contexto de tratamento, mesmo após as mudanças expressivas geradas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), a terapêutica medicamentosa manteve um lugar importante na sociedade e na cultura brasileira, sendo muitas vezes considerada a principal forma de cuidado quando não a única. Em um estudo sobre medicalização, em um serviço de saúde mental público, Ferrazza et al. (2013) constataram que 80% dos 430 sujeitos da amostra que deram entrada em um pronto atendimento

foram encaminhados ao médico psiquiatra, sendo que mais de 99% dos que chegaram à consulta receberam prescrição de medicamentos psiquiátricos, em 78% dos prontuários não constava nenhum diagnóstico. Jenkins (2011), em seu trabalho sobre a existência de um eu farmacêutico (*pharmaceutical self*), cita uma pesquisa realizada no Brasil por João Biehl, onde aponta o contexto brasileiro como detentor de um sistema de saúde que se encontra em transformação pela economia neoliberal, em que a assistência psiquiátrica e a hospitalização têm sofrido uma expressiva redução em seu orçamento, enquanto há um aumento enfático na distribuição de psicotrópicos à população de nível econômico mais baixo. Segundo Jenkins (2011), para os psiquiatras, o grande problema da atualidade é a não adesão de alguns pacientes ao tratamento medicamentoso, mas para a antropologia, apesar da diminuição de hospitalização e sintomatologias, o problema está no fato de que as questões existenciais da vida subjetiva do indivíduo diagnosticado com transtorno mental permanecem sem melhoras com o uso de medicamentos psiquiátricos.

Neste artigo, buscamos compreender e enfatizar o papel do sujeito no uso de medicamentos, conferindo-lhe um lugar ativo, muitas vezes ignorado na prática clínica tão embebida de conhecimentos técnicos e científicos que delegam ao sujeito o lugar de passivo. Para tanto, discutimos o contexto brasileiro em que os medicamentos psiquiátricos se inserem e que interfere no cuidado prestado aos usuários de serviços de saúde mental.

32

Medicamentos psiquiátricos e o contexto brasileiro: da verdade absoluta à contestação

Com o advento da RPB, a internação foi um dispositivo de cuidado bastante contestado, o que notamos não ter acontecido com a prescrição de medicamentos psiquiátricos, uma terapêutica muito presente e pouco discutida no cuidado de pessoas em sofrimento mental. Em uma pesquisa realizada em trinta Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) localizados na região Sul do Brasil, constatou-se que 91,8% dos 1.067 usuários analisados faziam uso de algum psicofármaco (Kantorski et al., 2011). Em outra pesquisa realizada por Ferrazza et al. (2013, p. 263), eles observaram que o modelo psicossocial preconizado por nossas políticas públicas de saúde “ainda não conseguiu deslocar a hegemonia das práticas orientadas pelo modelo médico tradicional” e também manifestaram sua preocupação com a possibilidade de os medicamentos não serem mais apenas o principal ou muitas vezes o único recurso terapêutico do psiquiatra, mas que eles possam se tornar obrigatório mesmo que não necessário.

ARTIGO

Sabemos que o problema de acesso ainda é presente em nosso país, apesar do “acesso universal” ser um dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2004). Vieira (2010, p. 150) observa que no Brasil ainda não resolvemos o problema da indisponibilidade de medicamentos essenciais. Também é sabido haver problemas quanto ao acesso a serviços, se considerarmos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no censo *Saúde Mental em Dados – 8* que nos situa quanto à cobertura desses serviços no Brasil, sendo que em dezembro de 2010 ela era de 66%, o que é considerado pelo Ministério da Saúde uma cobertura “boa”, mas se olharmos para a cobertura dividida em regiões do Brasil, observa-se haver desigualdades entre as regiões; Centro-Oeste e o Norte, por exemplo, têm a pior cobertura considerada como “regular/baixa” (Ministério da Saúde, 2011). Dessa forma, sem ignorar a importância que o acesso a serviços e medicamentos representa, fomos acometidos por algumas questões como: no campo da saúde mental, o uso de medicamentos psiquiátricos proporciona o melhor nível de saúde a todos os usuários? O prescritor de medicamentos, onde é possível acessar esses insumos, tem feito uma clínica centrada no sujeito e não na doença?

Nem todos os usuários de medicamentos os experienciam de forma positiva. Segundo os estudos de Mendes (2008), é “evidente um pensamento dualista, subjectivo e paradoxal em torno da medicação” (Mendes, 2008, p. 92). No entanto, apesar das evidências de que os usuários produzem diversas e distintas respostas quanto a sua experiência do uso de medicamentos (Read, 2009), encontramos que os usuários não se sentem em poder do conhecimento acerca dos psicotrópicos ou não são escutados quanto ao seu conhecimento/experiência do uso, sendo a indagação de tomar ou não os medicamentos, ou quais medicamentos tomar, uma decisão unilateral (Read, 2009). Obviamente não se trata de abolir a medicação ou ignorar sua importância, comprovada nas pesquisas como benéfica para muitos usuários, mas de levantar a questão de que, quando a decisão de tomar esse ou outro medicamento psiquiátrico não passa pela experiência do sujeito que o toma, mesmo com toda boa intenção, podemos sem ao menos notar, colocá-lo no mesmo lugar de opressão e de descrédito que as antigas instituições psiquiátricas os colocaram, ou infelizmente ainda os colocam, podemos deixar de oferecer um tratamento que de fato seja sentido como positivo pelo usuário, podemos perder a oportunidade de desenvolver sujeitos autônomos e responsáveis quanto ao seu tratamento medicamentoso (Kantorski et. al., 2011), o que pode reverberar a outras instâncias da vida, entre tantas outras coisas tão importantes que podemos deixar de compreender e fazer com vistas ao melhor tratamento possível a essas pessoas. Se o sujeito em sofrimento mental não é desprovido de razão, ainda mais considerando que cada um tem a sua razão, seja ela qual for, por que não escutá-los também a respeito da sua experiência do

uso de medicamentos? Se escutarmos, por que não considerar essa experiência com a mesma importância que consideramos o conhecimento científico acerca da psiquiatria e dos medicamentos psiquiátricos como dispositivo de tratamento?

Tenório (2002) aponta que uma das principais características do movimento da reforma psiquiátrica era a inclusão dos usuários e seus familiares nas discussões que cercavam esse processo de transformação dos serviços e do cuidado oferecido. Dessa forma, pensar em incluir o usuário nas decisões quanto a sua medicação é manter o espírito da reforma, mesmo porque o remédio parece ter mantido o seu lugar solitário de saber absoluto, destinado sempre e apenas aos sintomas. Nas palavras de Bissel, Ryan & Morecroft (2006): “(...) estamos conscientes de que farmácia (...) opera a partir de um conjunto muito estreitamente definido de discursos, que são raramente ou quase nunca questionado ou desafiado, seja de dentro ou fora” (p. 57; tradução pessoal).

Considerando a RPB, o lugar de verdade incontestável que o medicamento ocupa e os usuários de serviços e de medicamentos psiquiátricos, buscamos compreender, no contexto da reformulação da assistência psiquiátrica, como os direitos e a proteção do sujeito em sofrimento mental se configuram a respeito do uso de medicamentos psiquiátricos no Brasil. Para tanto analisamos três documentos, o primeiro deles foi a Lei 10.216, que é tomado como um marco legislativo que institui a RPB. Essa lei versa sobre proteção e dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental e reorganização do modelo de assistência. Em seu texto, no Art. 2º, é explanado o direito que o usuário, seu familiar ou responsável têm de receber todas as informações descritas no parágrafo único, em um atendimento de qualquer natureza, em saúde mental.

No número VIII do parágrafo único encontramos: “ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis”, ou no número I do mesmo parágrafo: “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”. O que seria o tratamento menos invasivo para cada usuário do serviço de saúde mental? Ser medicado contra a sua vontade pode ser invasivo? Se o melhor tratamento é aquele que está em sintonia com as necessidades do sujeito, então pressupomos ser preciso escutá-lo, entendendo que sua necessidade talvez incluía não tomar medicamentos?

Embora essas questões possam emergir da leitura da Lei 10.216, ela não faz referência direta ao direito do usuário no que diz respeito aos medicamentos psiquiátricos. Sua formulação e aprovação se dão num contexto histórico particular. Era um momento em que as preocupações se dirigiam especialmente à exclusão, à cronificação, ao asilamento, que era o principal desafio a ser vencido àquela época. Os psicofármacos não foram citados, talvez por terem sido tomados como aliados do tratamento ambulatorial, mais humanizado e territorializado, o

ARTIGO

que não deixa de ser em parte verdade. Segundo Read (2009) os medicamentos psiquiátricos são apenas uma das formas de ajudar as pessoas diagnosticadas com transtorno psiquiátrico, mas é sem dúvida, além do seu potencial lucrativo, a mais conveniente, visto que sua fabricação, assim como a sua distribuição são relativamente fáceis, podendo vislumbrar rapidamente os resultados. Nesse cenário, a desinstitucionalização era um assunto tão emergente que parece não ter havido espaço para pensar sobre a medicação, que é um agente poderoso que se coloca entre o médico e o usuário, outros profissionais de saúde mental e o usuário, a instituição de cuidado e o usuário, podendo estabelecer relações de poder tão verticalizadas quanto as das internações.

Passado mais de vinte anos de um processo de reforma que continua em aberto e em curso, talvez agora, porque já existe uma rede mínima de serviços comunitários, territoriais que lutam para instituir novas práticas de cuidado e que têm como propósito responder pela atenção também a pacientes graves, a desnaturalização do uso do medicamento psiquiátrico possa se dar.

O segundo documento considerado aqui é a Resolução CFM n. 1598/2000 publicada em 18 de agosto de 2000 e modificada pela Resolução CFM n. 1952/2010. Esse documento do Conselho Federal de Medicina, considerando os sujeitos diagnosticados com transtorno mental, normatiza seu atendimento médico. Encontramos em seu Art. 6º a seguinte afirmação:

Nenhum tratamento deve ser administrado a paciente psiquiátrico sem o seu consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem a obtenção desse consentimento, e em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas. (Resolução CFM n. 1598/2000, 2000)

Segue em seu parágrafo único:

Na impossibilidade de obter-se o consentimento esclarecido do paciente, e ressalvadas as condições previstas no caput deste artigo, deve-se buscar o consentimento de um responsável legal. (Resolução CFM n. 1598/2000, 2000)

Dentre os documentos analisados, este é o único que refere o direito do sujeito diagnosticado com transtorno mental consentir ou não com um tratamento médico. Não especifica os medicamentos, mas indiretamente os inclui, já que a indicação desse tratamento é uma prerrogativa do médico. No entanto, além de ser uma resolução destinada aos médicos e não especificamente aos usuários, também se faz importante analisar que aqui se repete o mesmo impasse que se observa em relação à decisão dos usuários sobre a internação. A capacidade de os usuários de serviços de saúde mental tomarem decisões está, em tese, sob questão no caso da existência da doença mental. Isso não só entre profissionais

como entre familiares. Isso para não citar a crença popular de que “lugar de louco é no hospício” (Tenorio, 2002, p. 34), que não raro se associa a uma outra, que pode ser tão prejudicial quanto a primeira, de que todo “louco” sem medicação representa perigo à sociedade. Será que podemos pensar que a mesma redução observada no passado, que igualou tratamento à internação, hoje se dá com a medicação através da substituição da internação pela medicação? A internação foi posta sob questão e a naturalização da sua indicação como recurso único ou preferencial para o tratamento das pessoas diagnosticadas com transtorno mental foi interrogada. Considerando as pesquisas citadas acima, caberia perguntar se a medicação a substituiu neste lugar? Parece que sim.

O terceiro e último documento analisado foi a cartilha *Direito à Saúde Mental* do Ministério Público Federal/Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Esta cartilha teve a colaboração de diversos conselhos federais que regulamentam a profissão da maioria dos profissionais que compõe a equipe multidisciplinar dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e dos demais dispositivos que compõem a rede de atenção à saúde mental, a saber: psicologia, medicina, serviço social e enfermagem.

A cartilha é dividida em temas que abarcam perguntas organizadas em itens. No tema *Saúde Integral* encontramos a seguinte pergunta no item 7: “Os remédios causam dependência?”. Segue sua resposta:

Não, apenas um grupo específico de medicamentos é capaz de provocar alguma dependência, e o médico está sempre alerta para essa possibilidade. Os remédios, quando bem utilizados, podem ajudar não apenas no controle de crises agudas, como são ainda fundamentais na efetividade do tratamento de longo prazo de casos mais severos. (Cartilha: Direito à Saúde Mental, p. 15)

Ao afirmar a existência de um grupo de medicamentos com potencial em gerar dependência, a cartilha não se preocupa em especificá-los. Não sabemos a que grupo se refere, mas é possível supor que sejam aos tranquilizantes, ou ansiolíticos. Sabe-se, entretanto, que os problemas que podem decorrer do uso regular dos medicamentos psiquiátricos não são apenas a síndrome de dependência, em seu sentido médico. O estudo *All you need to know?* (SAMH, 2004), citado por Read (2009), refere os antidepressivos do grupo dos SSRIs (inibidores seletivos da receptação de serotonina) como medicamentos com alta probabilidade de provocar efeitos adversos quando se tenta parar de tomá-los. Alguns deles têm risco significativo de provocar síndrome de abstinência. Além disso, ele afirma serem muitos os efeitos adversos dos medicamentos psiquiátricos em geral, e que pode haver dificuldade entre os usuários de medicamentos em distinguir o que são sentimentos ligados a sua própria condição e o que são sentimentos ligados a esses efeitos.

ARTIGO

Na resposta dada pela cartilha, também não são citados os efeitos colaterais já conhecidos, tampouco se fala sobre a possibilidade de cada sujeito experimentar os medicamentos de maneiras distintas e que essas experiências são importantes para negociar com seu médico os medicamentos ou o tratamento que lhe faça se sentir melhor. Além disso, a cartilha afirma estar o médico sempre atento ao risco da produção de dependência. Toda a responsabilidade e todo o conhecimento sobre o tratamento medicamentoso ficam assim concentrados na pessoa do médico. Aqui se vê, entre médico e usuário, uma relação verticalizada, em que cabe pouco a negociação, já que para isso é preciso que haja, no mínimo, a suposição de que o usuário também possui algum conhecimento sobre o uso dos seus medicamentos ou a eles relacionado, que é tão importante quanto o conhecimento técnico/científico do médico, e que deve ser considerado.

No tema *Exames e Prontuários/Atendimento* encontramos a seguinte pergunta no item 52: “A pessoa com transtorno mental tem direito a recusar o tratamento?”. Ela é seguida da resposta:

Poderá consentir ou recusar, de forma livre, voluntária ou esclarecida, com adequada informação, sobre procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos e cirúrgicos a que será submetido, para os quais deverá conceder autorização por escrito, por meio do termo de consentimento esclarecido. A única exceção é se estiver em surto agudo e, nestes episódios, algum familiar deverá assumir sua autonomia. (Cartilha: Direito à Saúde Mental, p. 31)

A aceitação ou a recusa por meio de um consentimento esclarecido quando se trata de terapêuticas medicamentosas ainda é, a meu ver, um ponto intocado. Aqui observamos uma questão importante que é a afirmação do direito de ser informado adequadamente quanto à terapêutica que lhe será aplicada. Para tanto, as relações horizontalizadas, que supõem que estão em questão dois sujeitos que portam saberes, embora diferenciados, são de extrema importância.

A partir dessa simples análise, podemos afirmar o quanto o uso e a eficácia dos medicamentos permanecem naturalizados como verdades absolutas e incontestáveis. Nenhum dos três documentos analisados se abriu à experiência dos usuários, tampouco os inclui no processo de tomada de decisão quanto ao tratamento medicamentoso, e quando os incluem sempre mantêm a ressalva do quanto pode ser necessária a tomada de decisão por outros. Não há uma preocupação em orientá-los quanto aos seus direitos em relação ao uso de psicotrópicos ou o quão importante pode ser aquilo que sentem e constroem a partir do uso de medicamentos. O conhecimento acerca dos medicamentos, produzido na e pela indústria farmacêutica, e supostamente com base na ciência e na tecnologia, parece ainda dominar todo o processo da terapêutica medicamentosa.

Resultados e Conclusão

A partir da análise das narrativas nos três campos de pesquisa (Rio de Janeiro, Campinas e Salvador), podemos afirmar que os usuários de psicotrópicos muito têm a dizer sobre suas experiências acerca do tratamento medicamentoso, e essa experiência se apresenta diversa e não descolada do contexto em que ela se insere. A forma como cada sujeito experiencia a medicação está vinculada à maneira como cada sujeito compreende aquilo que está associado ao uso de psicotrópicos, por exemplo, o diagnóstico e a medicação, que apareceram nas narrativas entendidos como interdependentes e, por isso, a forma que o sujeito experiencia o diagnóstico interferindo na experiência do uso de medicação. Também observamos ser a minoria que vivencia o uso de medicamentos como uma escolha feita diante de seu diagnóstico; a maioria vivencia esse uso como uma imposição familiar, social e da própria equipe de cuidado, tendo aqueles que acatam mesmo se sentindo “cobaia” de uma ciência que ainda não descobriu o remédio correto e outros que passam a administrar os medicamentos a partir de uma lógica própria. O contexto do hospital psiquiátrico parece ser o que mais abarca experiências negativas acerca da medicação, principalmente quando se trata da medicação injetável, mas a relação entre médico e usuário também exerce fortes influências na maneira pela qual o sujeito passa a vivenciar o uso de seus medicamentos.

Há narrativas que evidenciam o medicamento como capaz de remitir os sintomas, diminuir sua intensidade ou até mesmo mantê-los sem nenhuma alteração, e podemos observar o mesmo quanto à crise. A experiência dos efeitos indesejáveis também são diversas, e essa vivência é um dos motivos que levam os sujeitos a parar com o uso de medicação, mas há narrativas que evidenciam a experiência do remédio como quem assume o controle da sua vida se colocando como coadjuvante nesse processo, sendo o contrário também verdadeiro, e outras que apontam o remédio como impeditivo de algumas atividades cotidianas, do trabalho, e de relação sexual. Também observamos narrativas que vivenciam os medicamentos como produtores de preconceito; mesmo quando geram bons resultados quanto aos sintomas, não resolvem problemas sociais gerados pelo simples fato de se estar tomando remédios psiquiátricos.

Como podemos observar, o uso de medicamentos abarca experiências diversas e de forte influência na maneira pela qual o sujeito compreende e executa seu tratamento. Os documentos destinados à RPB, aos médicos e aos usuários não se ocuparam dessas questões, e o que vemos na prática ainda é um impasse pouco discutido quanto ao tratamento medicamentoso. Essa discussão se faz necessária e importante para que possamos oferecer tratamentos mais adequados e eficazes em saúde mental, preocupados em inserir os sujeitos que deles usufruem nos debates quanto ao processo de tomada de decisão, ocupando-se de uma clínica centrada

ARTIGO

no sujeito e não na doença, já que fica evidente o quanto o acesso a serviços e medicamentos em saúde mental não garante uma experiência positiva de seus usuários com o uso desses agentes, nem tampouco garante uma continuidade desse tratamento conforme prescrito pelos médicos.

Referências

- Bissel, P.; Ryan, K. & Morecroft C. (2006). Narratives about illness and medication: a neglected theme/new methodology within pharmacy practice research. Part I: Conceptual Framework. *Pharm World SCI*. 28, 54-60.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 8, ano VI, n. 8. Informativo eletrônico. Brasília: janeiro de 2011. Recuperado em 1º ago 2014, de: <http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf>.
- Congresso Nacional. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Recuperado em 9 maio 2014, de: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil-03/leis/leis-2001/102016.htm>>.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1598/200. Recuperado em 9 maio 2014, de: <<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598-2000.htm>>.
- Ferrazza, D.A.; Rocha, L.C. & Luzio, C.A. (2013, jul-dez). Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. *Revista Internacional de Psicologia*, 6(2), 255-265.
- Jenkins, J.H. (2011). Psychopharmaceutical self and imaginary in the social field of psychiatric treatment. In Jenkins, J.H. (Org.). *Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an age of Psychopharmacology* (pp. 17-40). Santa Fe, New Mexico: Sarpres.
- Kantorski, L.P.; Jardim, V.M.R.; Porto, A.R.; Schek, G.; Cortes, J.M. & Oliveira, M.M. (2011). Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial na região Sul brasileira. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1481-1487.
- Mendes, C.S.A. (2008). *Recovery e medicação: perspectivas e percepções de indivíduos com experiência de doença mental*. Dissertação. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada – ISPA.
- Ministério Público Federal/Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Cartilha: Direito à Saúde Mental. Recuperado em 9 maio 2014, de: <<http://www.pfdc.pgr.mpf.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito-saude-mental-2012/>>.
- Read, J. (2009). *Psychiatric Drugs: Key Issues and Service User Perspectives*. Mind – National Association for Mental Health. Londres: Palgrave Macmillan.
- Serpa Junior, O.D. (2011, fev.). Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário. Relatório Técnico Final. Número do processo: 575257/2008-3. Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT n. 33/2008. Rio de Janeiro.

- Tenório, F.A. (2002.jan./abr.). Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciência, Saúde– Manguinhos, RJ*, 9(1), 25-59.
- Vieira, F.S. (2010). Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Revista Panam Salud Publica*, 27(2), 149-56.

Resumos

(The subjective experience of using psychotropic drugs from the perspective of people diagnosed with schizophrenia)

This paper aims to discuss the subjective experience of using psychotropic drugs from the perspective of people diagnosed with schizophrenia. This is a qualitative study, with a hermeneutic or interpretative phenomenological base, that resulted from analyzing narratives produced in focus groups. It concludes that the experience of drug users is diverse and important, and should be included in the decision-making process as to their drug treatment, in which the subject must be central.

Key words: Mental Health, psychotropic drugs, experience, schizophrenia

40 (L'expérience subjective de l'usage de substances psychotropes du point de vue de personnes diagnostiquées schizophrènes)

Cet article vise à discuter de l'expérience subjective de l'usage de substances psychotropes du point de vue de personnes diagnostiquées schizophrènes. Il s'agit d'une étude qualitative fondée sur une base phénoménologique herméneutique ou interprétative qui a été réalisée à partir de l'analyse de récits produits dans des groupes de discussion. J'en ai conclu que l'expérience de l'utilisateur de médicaments est variée et importante, et devrait être incluse dans le processus décisionnel concernant le traitement médicamenteux, où le sujet doit être central.

Mots-clés: Santé mentale, psychotropes, expérience, schizophrénie

(La experiencia subjetiva del uso de drogas psicotrópicas en la perspectiva de personas con el diagnóstico de esquizofrenia)

Este artículo tiene como objetivo discutir la experiencia subjetiva del uso de psicotrópicos en la perspectiva de las personas con un diagnóstico de esquizofrenia. Se trata de un estudio cualitativo con base fenomenológica hermenéutica o interpretativa que se dio desde el análisis de narrativas producidas en grupos focales. Concluye que la experiencia del usuario de drogas es diversa e importante, y debe ser incluida en el proceso de toma de decisiones en cuanto al tratamiento medicamentoso, en el que el sujeto debe ser central.

Palabras clave: Salud mental, drogas psicotrópicas, experimento, esquizofrenia

ARTIGO

(Die subjektive Erfahrung der Benutzung von Psychopharmaka von mit Schizophrenie diagnostizierten Personen)

Dieser Artikel untersucht die subjektiven Erfahrungen, die bei der Benutzung von Psychopharmaka entstehen, von Personen, die mit Schizophrenie diagnostiziert wurden. Diese qualitative Studie basiert auf der phänomenologischen oder interpretativen Hermeneutik und wurde mittels einer Analyse von Erzählungen aus Fokusgruppen durchgeführt. Die Resultate zeigen, dass die Erfahrungen der Medikamentenbenutzer vielfältig und relevant sind, weshalb sie im Entscheidungsprozess der medikamentösen Therapie einbezogen werden sollten, um somit dem Patienten eine zentrale Rolle zu erteilen.

Stichwörter: Geistige Gesundheit, Psychopharmaka, Erfahrungen, Schizophrenie

(精神分裂症病人服用神经控制药物的主观感受)

本论文讨论了精神分裂症病人在使用脑神经控制药物时的主观感受，分析了病人单独或者在小组里谈论并且经由研究人员记录下来的有关他们服用脑神经控制药品之后的经历。本论文目的是分析病人服药之后的感受。作者的结论是，每个病人服用之后的感受都不同，医生在给病人配药时应该考虑到病人的感受，因为病人是主体。

关键词：精神健康，脑控制药物，感受，精神分裂症。

41

Citação/Citation: Benini, I.S.P., Leal, E.M. (2016, março). A experiência subjetiva do uso de psicotrópicos na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 19(1), 30-42.

Editores do artigo/Editors: Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck e Profa. Dra. Sonia Leite

Recebido/Received: 25.11.2015/ 11.25.2015 **Aceito/Accepted:** 14.12.2015 / 12.14.2015

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 have no conflict of interest to declare.

IARA SCARANELO PENTEADO BENINI

Psicóloga; Especialista em Saúde Mental em Saúde Coletiva. Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política, Planejamento e Gestão, pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (Campinas, SP, Br).

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Cidade Universitária “Zeferino Vaz”

Grupo de pesquisa Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces

13083-887 Campinas, SP, Br.

e-mail: iarascaranelobenini@gmail.com

EROTILDES MARIA LEAL

Médica; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (Rio de Janeiro, RJ, Br) e Doutora em Psiquiatria e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Br); pós-doutorado “International Research Capacity-Building Program for Health Related Professional to Study the Drug Phenomenon in Latin America” – Universidade de Toronto/CICAD; Professora adjunta do curso de Medicina da UFRJ, campus de Macaé (RJ) e professora associada da pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (Campinas, SP, Br), linha de pesquisa “Gestão e subjetividade: estudos das práticas e políticas de saúde”.

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Cidade Universitária “Zeferino Vaz”

Grupo de pesquisa Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces

13083-887 Campinas, SP, Br.

e-mail: eroleal@gmail.com



This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.

○ lugar obsceno do suicídio*¹

Flávia Pinhal de Carlos*²
Marta Regina de Leão D'Agord*³

Este artigo busca interrogar a relação entre o obsceno e o suicídio. Para isso, inicia-se abordando o conceito de obsceno, que é entendido como o que não pode ser colocado em cena. Relaciona-se o obsceno com a morte, que é mostrada em sua vertente repugnante, que está relacionada com o impensável de nossa desapareição. Em seguida, a leitura de Durkheim sobre o suicídio é abordada, assim como diferentes abordagens psicanalíticas sobre o tema. Por fim, aborda-se a relação entre o obsceno e o suicídio, sustentando-se a ideia de que o suicídio pode ter um lugar obsceno.

Palavras-chave: Suicídio, obsceno, psicanálise, ato

43

*¹ Este artigo é baseado na dissertação de mestrado *O lugar obsceno do suicídio*, defendida em 2014 na Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (Porto Alegre, RS, Br).

*^{2,3} Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (Porto Alegre, RS, Br).

Segundo Henry Miller (1971 como citado em Maier, 2005), “discutir a natureza e o sentido da obscenidade é quase tão difícil quanto falar de Deus. Para começar, aqueles que trataram de encontrar com seriedade o sentido da palavra viram-se obrigados a confessar que não haviam podido chegar a parte alguma”. E o que seria o obsceno? A palavra latina *obscena* remete ao que não pode ser mostrado em cena. E o que não pode ser posto em cena? A origem, por exemplo, é algo oculto, uma vez que não estávamos ali. Pensando-se na origem do universo, o Big Bang, segundo Maier (2005), nada mais é do que um artifício cômodo. Não se pode dizer que não há respostas concretas à pergunta sobre a origem, contudo há também moléstia. O coito que nos deu origem, por exemplo, é algo com o qual não podemos nos familiarizar, não podemos representar. Isso ocorre porque viemos de uma cena na qual não estávamos presentes. Logo, trata-se de um momento mítico, onde uma narrativa é criada para dar conta desse real inapreensível.

O obsceno, por conseguinte, é entendido como o que tem relação com o que não pode ser mostrado, com o que não pode ser falado. A cena fantasmática, por exemplo, protege-nos da angústia por delimitar um espaço virtual. Lacan (1962-1963/2008) distingue os registros do mundo e da cena. Ele afirma que, no primeiro tempo, está o mundo; no segundo, a cena em que fazemos a montagem desse mundo. Logo, a cena é a dimensão da história. Há, portanto, o mundo, no qual o real se precipita e é de onde o sujeito cai. A cena do mundo é onde se habita, onde o sujeito se sustenta com o fantasma, é o registro onde se pode enganar.

Nossa vida transcorre na cena montada pelo significante. Essa cena é delimitada por um marco que nos protege do mundo. A montagem da cena nada mais é do que uma proteção sob a forma de um tamponamento do Real com a finalidade de não nos

deixar sucumbir neste e a este. Esse modo de estar dentro de um marco não é algo patológico, visto que o fantasma funciona como uma forma de anteparo para não se deixar cair no mundo, para não atravessar a cena em direção ao mundo. Portanto, o mundo, o que está para além do registro da cena, é obsceno.

O que caracteriza o obsceno é uma perda de distância, um excesso de proximidade onde algo está fora de jogo. O obsceno é duplo, se encontra entre dois. Ele é, ao mesmo tempo, o mais visível e também o que aparece com intermitências. Maier (2005) fala de um fantasma *unheimlich*, uma vez que toma o obsceno como algo que não se deixa encadear com a morada familiar. O obsceno, por mais que se tente definir, dar residência, nos escapa, escorrega e pede asilo em outra parte, mais longe. A autora fala que o obsceno é aquilo ao qual se dá uma olhada e depois se rechaça. Ela coloca que certas obras de arte fazem uso de um dispositivo semelhante, já que elas exibem o que o espectador não conseguiria ver, o que se nega a ver, porém, ao mesmo tempo, o que dá prazer de ver. Lacan (2003) coloca que “aquilo a que nos dá acesso o artista é o lugar do que não pode ser visto” (p. 192), o que pode ser observado, por exemplo, no quadro *L'origine du monde* de Gustave Courbet, quadro este que Lacan mantinha velado em sua casa de campo e só o mostrava em circunstâncias particulares.

Conclui-se, assim, que a arte e o obsceno podem se unir, contudo desde que o obsceno não se apossa do belo. Vale ressaltar que há diferenças entre a arte e o obsceno. Enquanto o obsceno mostra, força o olhar, exhibe, a arte evoca, sugere, designa um além de si mesma. A arte é um véu, que consiste em deixar desejar, já que apresenta algo além do que o espectador reclama ver. A beleza, por outro lado, pode estar relacionada com a presentificação do desejo, desejo esse que se torna visível, que fascina e intimida ao mesmo tempo. O belo evoca a relação com o objeto perdido e proibido ao mesmo tempo. Dessa forma, tangencia-se esse objeto sem nunca alcançá-lo, já que se acercar dele também é se consumir. Trata-se, portanto, de um encontro impossível, insustentável, pois é um lugar de gozo devido a sua ausência. Conforme Maier (2005), “o obsceno é para a arte o que o sr. Hyde é para o sr. Jekyll: seu avesso, seu duplo oculto” (p. 91).

Por conseguinte, o obsceno captura-nos através da dialética do mostrar-ocultar, colocando em jogo a pulsão escópica. O olhar para a psicanálise é um olhar que incide sobre o sujeito, e não um olhar do sujeito, pois é um olhar inapreensível, invisível, pulsional. O olhar não está no campo da percepção, portanto ele está excluído do campo do visível. “No campo visual, o real e o imaginário se declinam respectivamente em escópico e especular: o olhar é a modalidade objetual do real da pulsão escópica e o espelho é a base do imaginário, mundo de Narciso” (Quinet, 2004, p. 127).

O olhar é uma das vertentes do objeto *a*. À lista dos objetos da teoria freudiana, a saber, oral, anal e fálico, Lacan (2008) considera que devem ser

acrescentados o olhar e a voz. Esses últimos, diferentemente dos anteriores, não têm relação com alguma função fisiológica, com algo da ordem da necessidade. Já que não temos necessidade de ver e sim desejo de olhar, o olhar comparece ou não, não se pede por ele. Como não há significantes específicos para a pulsão escópica, ela toma emprestados os significantes ligados à demanda do Outro ou à demanda ao Outro, por exemplo, “comer com os olhos”.

Essa ausência de significantes evidencia a inapreensibilidade do objeto *a*. O olhar está barrado tanto para o Outro quanto para o sujeito, ninguém detém o olhar. O objeto *a* não possui imagem especular, logo o espelho esconde o olhar, contendo-o. Contudo, no quadro, no sonho ou na psicose o olhar pode ser apreendido em sua modalidade de objeto *a*.

46 Se, por um lado, o objeto *a* é um objeto perdido do Outro e, podendo ser reencontrado como *agalma*, ele causa o desejo por se tratar de um a-mais dos objetos que com seu brilho de maravilhamento faz do sujeito um puro efeito de desejo; por outro, o objeto *a* traz o gozo em sua face mortífera, gozo que conota a angústia de castração (Quinet, 2004). Pode-se, então, entender o olhar como uma vertente do gozo escópico que é mortífera, angustiante, uma vez que o olhar, assim como o sol e a morte, não podem ser olhados de frente. O objeto, ao ser desvelado, traz consigo o horror, uma vez que ver o olhar implica o desaparecimento do sujeito, na cegueira. Um puro gozo está implicado diante da visão do que não se pode ver. Isso ocorre quando o véu, o anteparo cai, como se o que deveria ficar fora da cena estivesse então presentificado. Logo, o olhar que desvela o objeto é obsceno por colocar em cena o que ali não poderia estar, como ocorreu com Édipo ao ver seus próprios olhos no chão.

O olhar, então, é um objeto com valor duplo, de júbilo e de angústia, uma vez que traz consigo as duas valências do gozo: prazer e desprazer. A pulsão escópica confere ao objeto desejado o caráter de beleza, o “toque com os olhos”. Porém, o gozo relacionado ao olhar é o gozo dos espetáculos que desvela o objeto e, com isso, o horror. A jubilação ocorre porque há um encobrimento da falta, que, por sua vez, não tem imagem. Não há uma imagem daquilo que falta, logo a imagem é sempre completa, velando o furo, o vazio. O encobrimento que a imagem proporciona vela também o objeto que se apresenta como causa da jubilação, a saber, o olhar (Quinet, 2004). Esse objeto velado também é causa da *Schaulust*, gozo do espetacular. Trata-se de um gozo mortífero que pode ser entendido como o olhar da morte. Uma vez que o obsceno é entendido como aquilo ao qual nos acercamos e depois rechaçamos, como o que mostra o que não pode ser visto, ele está relacionado com o desvelamento da falta e, conseqüentemente, com a presentificação desse gozo mortífero.

O espelho vela a falta, a falta fâlica, porque não há imagem do que falta. Portanto, a imagem no espelho aparece como completa, pensando-se no esquema

ótico, a imagem real produzida mostra tanto o vaso quanto as flores. Já no quadro, por outro lado, a falta pode ser evocada. O quadro “Eros e Psiquê” de Zuchi é um exemplo disso. As flores, ao se situarem no lugar do falo, o encobrem, contudo também presentificam o que não se pode ver.

Essa falta evocada pelo quadro pode captar o sujeito numa experiência silenciosa. Isso ocorre porque, uma vez que o olhar, assim como a voz, não está articulado com a demanda, ele é silencioso, quase não há palavras. O silêncio não está vinculado com a ausência da linguagem, ou seja, a experiência é “silenciosa porque não há demanda, não há pedido formulado” (Nasio, 1995, p. 71). O fato do olhar estar mais perto do desejo do que da demanda, todavia, não implica a inexistência da palavra. O quadro fascina, contudo, quando o momento da fascinação termina, é necessário falar. O que ocorre é uma vontade de falar sobre o quadro, falar com a pessoa ao lado. Consequentemente, “o momento da fascinação chama imediatamente a palavra, é um produtor de palavras, um gerador de palavras” (p. 71).

E o que é esse momento de fascinação? Segundo Nasio (1995), “a experiência da fascinação é a experiência de estar confrontado com a imagem fálica” (p. 35). Logo, o que fascina é o brilho da imagem fálica diretamente exposta, sem intermediações. Trata-se, portanto, de uma experiência-limite, já que faltam as imagens nas quais o eu se reconhecia e, ao mesmo tempo, mostra-se a essência radical do eu, que é essa imagem sexual, a saber, o falo imaginário. A fascinação estaria, então, no limite entre o imaginário e o real. Trata-se da confrontação com uma imagem que evoca o gozo de maneira pura despertando, assim, o gozo em cada um. Esse gozo que ela suscita nada mais é do que o gozo que ela mesma recobre. Dessa forma, a imagem fálica fascina porque mostra o gozo ao mesmo tempo que o oculta.

O obsceno tem relação com o que não se pode mostrar, falar. Assim, é algo que ataca o pudor, como aquilo que é oferecido ao olhar mostrando o que não pode ser visto. Vale ressaltar que para que a obscenidade exista é necessário uma voluntariedade, seja artística, seja comercial, de mostrá-la. Maier (2005) afirma que alguém que está passeando no bosque e descobre um cadáver em decomposição não se defronta com um espetáculo obsceno, mas sim com o real em estado bruto, o que experimenta é o horror diante de uma cena que não lhe diz respeito, que não se dirige a ele. O obsceno, por outro lado, só o é quando cai na rede de um fabricante de imagens ou de um exibidor de espetáculos. O obsceno, então, seria o que permite jogar com a morte mediante imagens, assim seria um intermediário entre o real inacessível e a representação; segundo Maier (2005), “constitui um verdadeiro *no man’s land* entre o real e o imaginário” (p. 30). Assim, o obsceno só existe enquanto mostrado, ele se coloca diante de um indivíduo, e tudo é mostrado, sublinhado, exposto em sua univocidade. O que organiza o

obsceno é uma perda de distância, um excesso de proximidade onde algo está fora de jogo, ele ocorre na irrupção de algo inesperado.

O obsceno, por conseguinte, está relacionado com a sexualidade e com a morte. Segundo Maier (2005), hoje o obsceno já não está mais tão vinculado com a apresentação sem adornos do corpo, mas com a morte. Logo, a dimensão do obsceno foi deslocada do sexo para o cadáver. A autora coloca que a morte, mostrada pelo obsceno, aparece em sua vertente repugnante, real, que se relaciona com o impen-sável de nossa desapareição. “O obsceno veio habitar o lugar com o qual nada queríamos ter a ver; pois, se a desnudez se exhibe nas paredes de nossas cidades, a morte se vê rechaçada fora do campo da visibilidade pública, refugiada no segredo do espaço privado da casa ou no anonimato do hospital” (p. 25).

48

Entende-se, então, que a morte é mantida voluntariamente afastada, já que ela “não se encontra integrada num ritual que permita familiarizar-se com ela” (Maier, 2005). Com isso, aceitam-se os horrores que ela veicula. A morte é mostrada com turbação ou na contramão, a imagem fixa de uma morte próxima é deslocada para uma morte distante, sendo muitas vezes transmitida ao vivo, através das imagens de guerras, crimes, catástrofes. Por outro lado, Maier (2005) aponta que poucas fotos das vítimas dos atentados de 11 de setembro foram publicadas e que emissoras de televisão e revistas evitam mostrar imagens mórbidas (aponta inclusive que uma revista francesa foi condenada por publicar fotos de um político em seu leito de morte). A autora entende, então, que há vacilações ante uma representação simbólica da morte, que é traduzida pela sensação de que “a morte é nada e que o nada não se representa nem se imagina” (p. 27). Logo, a morte que é de alguma forma afastada retorna sob o signo de uma representação brutal, crua, obscena.

Essa representação obscena da morte, segundo Maier (2005), está mais ligada à putrefação da carne do que ao aniquilamento do ser, o que é ilustrada em “O caso do sr. Valdemar” de Edgar Allan Poe (1981). O obsceno estaria, então, nesse abjeto intrínseco ao espetáculo de um corpo que apodrece, algo que precisa ser ocultado. O sr. Valdemar passa a ser um espetáculo obsceno, uma vez que expõe a morte em sua vertente repugnante, que nos captura através da irrupção de algo inesperado, a saber, um corpo em decomposição que segue de alguma forma vivo.

E a própria morte? Freud, no texto “O estranho” (1919/1996a), considera que “nenhum ser humano realmente a compreende [a morte], e o nosso inconsciente tem tão pouco uso hoje, como sempre teve, para a ideia da sua própria mortalidade” (p. 259). Além disso, em seu texto “Reflexões para os tempos de guerra e morte” (1915/1996b), Freud expõe que é impossível imaginar a própria morte, e que quando se tenta fazê-lo, fica-se na posição de espectador. Como pensar, então, o encontro voluntário com a própria morte?

ARTIGO

O suicídio é um tema estudado por diversas disciplinas. Durkheim (2011), por exemplo, em seu livro intitulado *O suicídio*, investiga o tema através do método sociológico, no qual o suicídio é entendido como um fato social, logo como uma coisa exterior ao indivíduo. O autor define o suicídio como “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado” (p. 14).

Uma vez que Durkheim (2011) não pensa o suicídio como um acontecimento particular, ele busca investigar fatores que influenciariam na taxa social de suicídios. Ele, então, define três tipos de suicídio, a saber, o suicídio egoísta, o altruísta e o anômico. O suicídio egoísta resulta de uma individualidade descom medida que ocorre porque os grupos sociais se enfraquecem, fazendo com que o indivíduo dependa apenas de si mesmo. Já uma integração demasiada caracteriza o suicídio altruísta. A morte, nesse tipo de suicídio, se dá por um dever. Assim, a sociedade pesa para que o indivíduo se destrua, ela prescreve as condições e circunstâncias para o abandono da vida. Entende-se, por conseguinte, que nesse tipo de suicídio há uma valorização ao não apego à existência, à renúncia e abnegação irrestrita.

O que o autor destaca é que a sociedade regula os indivíduos, que há uma relação entre a taxa social de suicídios e a maneira pela qual a sociedade exerce sua ação reguladora. Durkheim (2011) aponta que as crises industriais ou financeiras aumentam as taxas de suicídios. Isso ocorre porque se trata de crises que perturbam a ordem coletiva, assim como as crises de prosperidade. O que impele à morte voluntária, então, é a ruptura de equilíbrio. O suicídio anômico, portanto, não está relacionado com a maneira pela qual o indivíduo está ligado à sociedade, mas sim com a forma pela qual a sociedade regulamenta o indivíduo. Uma vez que a atividade se desregra, o indivíduo sofre com isso e se vê impelido a se matar.

O estudo do suicídio feito por Durkheim (2011), então, procura analisar a taxa social de suicídio e a maneira pela qual a sociedade influencia essa taxa. Portanto, não há uma investigação da causa individual do suicídio, mas sim das causas sociais. Ademais, Durkheim define o suicídio como uma ação consciente do indivíduo que o leva à morte. A psicanálise, por outro lado, trabalha com o caso a caso, diferentemente da sociologia. Além disso, Freud (1901/1996c) aponta que “os ferimentos autoinfligidos ocasionalmente aparecem como sintomas patológicos e que, nesses casos, nunca se pode excluir o suicídio como um possível desfecho do conflito psíquico” (p. 181), ou seja, o pai da psicanálise não descarta que algo do inconsciente influencie no suicídio. Enquanto a leitura sociológica leva em conta a influência da sociedade sobre o indivíduo, a psicanálise, por outro lado, escuta o inconsciente e considera o ato realizado por um sujeito.

Na psicanálise, contudo, não há uma leitura unívoca acerca do tema do suicídio. Jinkis (1994, p. 76) afirma que não há uma teoria psicanalítica do

suicídio, uma vez que “o analista não constrói um saber sobre o outro, senão que está implicado em uma prática que procura dialetizar as relações do sujeito com os significantes de sua história”. Poder-se-ia, por conseguinte, pensar em interpretações para o ato do suicídio, e “das múltiplas significações que a análise encontra, não pode fazer de nenhuma delas a significação *privativa* do suicídio” (Jinkis, 1994, p. 75).

Já que a psicanálise pensa o suicídio como um ato singular, caberia apenas a interpretação. Não há uma estrutura que singularize o suicídio em sua universalidade, embora ele deva ser pensado além das distintas estruturas clínicas, a saber, neurose, psicose e perversão (Pipkin, 2009). Jinkis (1994), por outro lado, aponta que alguma estrutura pode intervir na determinação de cada suicídio. Tais estruturas podem ser nomeadas como ato falho, passagem ao ato, *acting out* e ato. Pipkin (2009) coloca que o que vai permitir as diferentes leituras são as vicissitudes do objeto do fantasma. Vale ressaltar que essas modalidades de ação (ato falho, passagem ao ato, *acting out* e ato) não são exclusivas do suicídio.

50

Ferreira (2012) pontua que não é qualquer um que pode se suicidar e que aquele que pode necessita que haja certa contingência para fazê-lo. Ademais, o autor coloca que “é por um fracasso em relação ao gozo que se produz um suicídio” (p. 9). No suicídio há uma confusão do signo de amor com o signo do gozo do Outro. É necessário o reconhecimento de um desejo para que alguém exista, só assim é possível fazer do desejo do Outro seu desejo. O amor se articula com a demanda, enquanto o desejo precisa de outro desejo para se articular. Ao se conjugar o signo do gozo e o signo de amor se faz do signo de amor algo que é signo de gozo, o que é necessário para que o sujeito encontre a missão de seu desejo. Portanto, o neurótico confunde o signo do gozo do Outro com um signo do amor. Segundo Ferreira (2012), “quando algo falha, que o desejo não pode ser o desejo do Outro, quando alguém não pode fazer seu desejo com o desejo do Outro, quando isto falha, isso é fatal com respeito ao suicídio, e se passa bastante mal na vida” (p. 22).

Além disso, é importante ressaltar que não é o sujeito que se suicida, visto que este é uma suposição. Quem se suicida é o ser falante, o indivíduo no qual se supõe um sujeito. Quem se suicida não toma conhecimento de seu ato, já que é impossível que tome conhecimento, visto que está morto, contudo não morto em relação ao significante. O sujeito não tem representação total, já que ele se encontra entre dois significantes. Assim, segundo Ferreira (2012), no suicídio há uma representação em jogo. Essa representação acabada faz com que o sujeito se torne objeto, com que o sujeito deixe de ser sujeito, faz com que se “realize” a representação. “Em todo suicídio se pode localizar *um significante, o qual um sujeito, no ato de suicidar-se, ‘é’*. ‘É’ quer dizer que não se representa mais, que é, e que não há esta relação de ‘ser’ representado de um significante a outro e a

falta” (p. 12; grifos no original). Logo, não há mais relação entre S_1 e S_2 . O que fica é o sujeito como um significante, como um signo. Esse signo, contudo, não é para quem comete o ato, mas sim para os que ficam. Trata-se do signo da existência de alguém, como um testemunho que houve ali uma existência. Esse significante transformado em signo não dá lugar à representação, à suposição, todavia há lugar para a realização do sujeito, porém como objeto. Isso ocorre porque há uma dupla negação e com isso a “afirmação de que o sujeito é um significante” (Ferreira, 2012, p. 21).

Da própria morte não se pode falar, uma vez que ela está relacionada com o silêncio mais absoluto. No entanto, e da morte dos outros? Dos outros que buscam esse encontro com o silêncio absoluto? Glasman (2007) aponta que o ato do suicídio seria o encontro paradoxalmente feliz com a origem. A autora diz que a consistência do suicídio poderia equivaler à pulsão que se encontra no começo que iguala ao ser com a morte. Porém, como é possível o encontro com a origem? Segundo Gusmán (2007), “o suicida com seu ato deu um passo a mais, franqueou um limite no umbral humano e que ao sofrimento por seu ato se agrega a condenação por ter atravessado esse umbral” (p. 30). Assim, esse passo a mais implica uma ruptura absoluta, uma não mediação do Outro, no silêncio.

Como alguém pode atravessar esse umbral? A sociedade muitas vezes condena o suicídio. Para o catolicismo, por exemplo, trata-se de um pecado mortal, sem possibilidade de perdão. Somente Deus poderia escolher a hora de tirar uma vida, já que foi Ele quem a deu. Então, o suicida iria direto para o inferno. De acordo com Gusmán (2007), “a condenação moral do sobrevivente consiste em sancionar àquele que se atreveu a dar um passo em direção ao Além, para aquilo que não se pode atravessar: o acesso a um horror fundamental” (p. 37). É como se o suicídio fosse uma forma diferente da morte. Logo, o suicida acaba não tendo direito aos rituais fúnebres adequados, o que é ilustrado em *Hamlet* de Shakespeare. A morte de Ofélia é tida como duvidosa, ou seja, não houve confirmação de um suicídio. Portanto, é apenas por permissão de uma autoridade superior que ela recebe os rituais de virgem.

Ao suicida, por conseguinte, não era permitido ser enterrado em solo consagrado, isto é, ele não poderia ser enterrado no cemitério. Logo, enterrava-se o suicida fora do terreno do cemitério, o que marca, de alguma forma, um lugar de destaque que acabava sendo dado ao suicida. A imagem da sepultura fora da delimitação do cemitério evoca esse encontro voluntário com a morte.

O suicídio faz uma marca, porém, que marca seria essa? Ele marca uma impossibilidade. Pipkin (2009) coloca que o suicídio é “um ato no qual por mais que se pretenda decifrar os motivos que levam a um sujeito a realizá-lo, este não está ali para ser interpelado” (p. 10). Já Jinkis (1994) fala o seguinte: “e se o discurso está menos codificado, os vapores hipócritas da culpa e da vergonha

rodeiam o suicídio de uma aura que envolve aos íntimos em um segredo que não sabe o que guarda, o que eleva a dignidade de um mistério que é uma das mistificações públicas da morte” (p. 75). O suicídio causa inquietação porque coloca em jogo um impossível, a saber, a impossibilidade de o sujeito lidar com as consequências de sua ação. O lidar com as consequências fica a cargo dos sobreviventes, e são eles que vão tentar significar tal ação, já que “o suicida se eterniza na memória dos outros pelos rastros inapagáveis de seu ato” (Gusmán, 2007).

As múltiplas interpretações e versões para um suicídio ocorrem quando o saber torna-se impotente, o que faz com que o enigma aumente. O enigma com relação ao suicídio sempre permanece porque ele está relacionado com o irreduzível do real, uma vez que há algo aí que escapa da palavra.

É por isso que o suicídio é tomado como um tabu, algo que é proibido, interdito por ser considerado impuro. Todavia, fala-se sobre o suicídio, já que se tenta dar conta do horror que ele evoca e, ao mesmo tempo, do desejo, desejo de saber que é sustentado pela impossibilidade. Assim, como um quadro, o suicídio também pode fascinar e provocar a irrupção do olhar. Segundo Maier (2005), “o público busca ser chocado, pela imersão em experiências impossíveis de embelezar, o encontro com tabus. Proceder assim, confundir o obsceno com o belo, talvez seja tomar a parte pelo todo” (pp. 44-45).

52 O suicídio, portanto, pode ter um lugar obsceno, contudo, para que isso ocorra deve haver a voluntariedade de um exibidor de espetáculos, exibidor este que não necessariamente é o suicida. Pensa-se em lugar e não em posição obscena, visto que a posição remete à subjetividade, ao singular. A posição está relacionada ao Outro que nos situamos, já o lugar remete ao social. O suicídio, enquanto obsceno, é algo que molesta, que não se deixa encadear com a morada familiar. Molesta pela impossibilidade de se dar conta desse ato. O suicídio convoca o olhar, contudo o rechaça em seguida, pois, como sustentar o olhar diante da exibição de algo que não se conseguiria ver? O suicídio presentifica o que não se pode representar, que é a própria morte. Logo, o espectador olha esforçando-se para não ver, para não ver o nada que é velado. O obsceno é o que permite jogar com a morte mediante imagens. Essa imagem obscena do suicídio remete ao que não está aí, ao que não tem imagem, logo ele evoca a falta. Diante do suicídio, há uma necessidade de ver, de saber, de buscar a palavra. “Por quê?”, “Como?”. O que resta é, diante da ruptura absoluta, da ausência da cena, cobrir esse horror com uma tela. Tela essa que encobre o vazio, vela o encontro com a origem. O suicídio, por conseguinte, evoca o que não pode ser colocado em cena, a saber, esse encontro com a origem, essa suposta imagem de completude, portanto pensado como obsceno.

A morte, assim como o falo, é representada por significantes que funcionam como véus, uma vez que eles encobrem o vazio. A representação, portanto, se dá

pela via do significante. No caso do suicídio, retomando Ferreyra (2012), o significante toma o valor de signo, ou seja, o sujeito que se suicida, no momento do ato, não se encontra entre dois significantes, ele “é”. Se não há mais relação entre S_1 e S_2 , não há mais representação, não há lugar para a suposição. Essa ausência do significante que vela faz com que a dimensão do equívoco desapareça. Vale ressaltar que o valor de signo do suicídio é para quem fica e não para o suicida.² Por isso é possível ler o suicídio como obsceno, já que ele revela o desaparecimento do véu e com isso um único sentido possível, que revela não um sujeito, porém apenas gozo.

Referências

- Durkheim, É. (2011). *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Trabalho publicado originalmente em 1897).
- Ferreyra, N. (2012). El suicidio ¿cuándo?. In N. Ferreyra; H. González; C. Piñeiro & J.B. Ritvo, *El enigma del suicidio: Psicoanálisis en Lectura*. Buenos Aires: Letra Viva. p. 9-37.
- Freud, S. (1996a). O estranho. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho publicado originalmente em 1919).
- Freud, S. (1996b). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. VI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho publicado originalmente em 1915).
- Freud, S. (1996c). Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. VI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho publicado originalmente em 1901).
- Glasman, S. (2007, maio). Enigma del suicidio en el discurso freudiano. *Conjectural, Revista Psicoanalítica*, Buenos Aires, 46, 19-26.
- Gusmán, L. (2007, maio). Más allá del suicidio. *Conjectural, Revista Psicoanalítica*, Buenos Aires, 46, 27-37.
- Jinkis, J. (1994). Interpretación psicoanalítica del suicidio. In J. Jinkis, *La acción analítica*. Rosario: Homo Sapiens. p. 75-94.

² Tanto a vida como a obra de um autor, por exemplo, ficam tomadas pelo signo do suicídio, o que faz com que indícios de um suicídio futuro sejam buscados. Há como entrar em contato com a obras de Sylvia Plath, Virginia Woolf ou Kurt Cobain sem que seus suicídios estejam como pano de fundo?

- Lacan, J. (2003). Maurice Merleau-Ponty. In J. Lacan, *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar. p. 183-192.
- Lacan, J. (2008). *El seminario. Libro 10. La angustia*. Buenos Aires: Paidós. (Trabalho original publicado em 1962-1963).
- Maier, C. (2005). *Lo obsceno: La muerte en acción*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Nasio, J.-D. (1995). *O olhar em psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Pipkin, M. (2009). *La muerte como cifra del deseo: una lectura psicoanalítica del suicidio*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Poe, E.A. (1981). O caso do sr. Valdemar. In E.A. Poe, *Contos de terror, de mistério e de morte* (pp. 223-232). Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Trabalho publicado originalmente em 1845).
- Quinet, A. (2004). *Um olhar a mais: ver e ser visto na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Resumos

54

(The obscene place of suicide)

This paper seeks to investigate the relationship between suicide and the obscene. To this end, it begins by approaching the concept of obscene, which is understood as that which cannot be put on stage. It relates this obscenity to death – which, in turn, is revealed in its most disgusting aspect, related to the unthinkable of our disappearance. Next, reading of Durkheim’s theory about suicide is discussed, as well as different psychoanalytic approaches to the topic. Finally, it approaches the relationship between the obscene and suicide, supporting the idea that suicide may harbor an obscene place.

Key words: Suicide, obscene, psychoanalysis, act

(La place obscène du suicide)

Cet article cherche à remettre en question la relation entre l’obscène et le suicide. Pour ce faire, il commence en abordant le concept de l’obscène, qui est compris comme ce qui ne doit pas être montré sur scène. Il fait le lien entre l’obscène et la mort, qui est montrée sous son aspect répugnant, qui est liée à l’impensable de notre disparition. Ensuite, la lecture de Durkheim sur le suicide est abordée, ainsi que différentes approches psychanalytiques sur le sujet. Enfin, il aborde la relation entre l’obscène et le suicide, soutenant l’idée que le suicide peut avoir une place obscène.

Mots clés: Suicide, obscène, psychanalyse, acte

ARTIGO

(El obsceno lugar del suicidio)

Este artículo busca cuestionar la relación entre lo obsceno y el suicidio. Para ello, comienza abordando el concepto de obsceno, que se entiende como aquello que no puede ser mostrado en escena. Se relaciona lo obsceno a la muerte, que se muestra en su aspecto repugnante, que está relacionado con lo impensable de nuestra desaparición. A continuación se analiza la lectura del suicidio de Durkheim, así como diferentes enfoques psicoanalíticos acerca del tema. Por último, se aborda la relación entre lo obsceno y el suicidio, sustentando la idea de que el suicidio puede tener un lugar obsceno.

Palabras claves: Suicidio, obsceno, psicoanálisis, acto

(Der obszöne Ort des Selbstmordes)

Diese Artikel untersucht die Beziehung zwischen dem Obszönen und dem Selbstmord. Der Begriff 'Obszön' wird dabei analysiert und als das verstanden, was nicht ins Spiel gebracht werden kann. Das Obszöne steht mit dem Tod in Beziehung, welcher in seinem widerlichen Aspekt dargestellt wird und mit der Unvorstellbarkeit unseres Verschwindens im Zusammenhang steht. Anschließend wird Durkheims Selbstmordtheorie diskutiert, sowie andere diverse psychoanalytische Ansätze zum Thema. Zum Abschluss wird das Verhältnis zwischen dem Obszönen und dem Selbstmord analysiert, wobei wir die Hypothese vertreten, dass dem Selbstmord ein obszöner Ort zugeordnet werden kann.

Stichwörter: Selbstmord, Obszön, Psychoanalyse, Akt

(自杀的下流性)

本论文讨论自杀和下流的关系。首先我们给下流做个定义，下流是指拿不上台面的东西。把自杀和下流联系起来，展示自杀这个最令人讨厌的，最不可思议的结束生命的方式。然后我们重读杜克海姆的关于自杀的论述，联系精神分析学对自杀的不同的论述。最后，讨论自杀和下流的关系，提出一个命题，也就是说，自杀是一个下流的行为。

关键词：自杀，下流，精神分析，行为。

Citação/Citation: Carlos, F.P. de, D'Agord, M.R.de L. (2016, março). O lugar obsceno do suicídio. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 19(1), 43-56.

Editores do artigo/Editors: Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck e Profa. Dra. Sonia Leite

Recebido/Received: 6.12.2014/ 12.6.2014 **Aceito/Accepted:** 19.9.2014 / 9.19.2014

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 authors and sources are credited.

Financiamento/Funding: Esta pesquisa foi financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES / The research was funded by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES

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

56

FLÁVIA PINHAL DE CARLOS

Mestre em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (Porto Alegre, RS, Br).
Rua Santa Teresinha, 253/501
90040-180 Porto Alegre, RS, Br
e-mail: flaviadecarlos@yahoo.com.br

MARTA REGINA DE LEÃO D'AGORD

Doutora em Psicologia; Professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (Porto Alegre, RS, Br); Membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental – AUPPF (São Paulo, SP, Br).
Rua Riveira, 600
90670-160 Porto Alegre, RS, Br
e-mail: mdagord@terra.com.br



This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.

Saúde, sujeito e invenção: o trabalho clínico em oncologia pediátrica*¹

Nina Gomes Costa*²
Ana Maria Szapiro*³

Este artigo, tendo como referência a Psicanálise e a abordagem de Canguilhem quanto à sua concepção de saúde, apresenta um fragmento clínico em oncologia pediátrica, e propõe uma discussão sobre a concepção de saúde no contexto de intervenções técnicas complexas. Este trabalho volta-se para o resgate da dimensão de sujeito revelando que a saúde, nesses pacientes, diz respeito sobretudo à possibilidade presente em cada um de criar formas possíveis de viver.

Palavras-chave: Saúde, sujeito, psicanálise, oncologia pediátrica

57

*¹ Este artigo é um desdobramento do trabalho com mesmo título apresentado no VI Congresso de Psicopatologia Fundamental e XII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental – Pathos & Saúde (2014).

*² Fundação do Câncer (Rio de Janeiro, RJ, Br).

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

Introdução

58

O presente artigo levanta questões ligadas à clínica no âmbito de uma instituição de saúde num cenário onde os enormes avanços das tecnociências adquiriram grande relevância. Propõe-se uma discussão sobre o trabalho clínico desenvolvido com crianças e adolescentes em uma instituição de tratamento para o câncer. O caso em questão se refere a uma doença crônica degenerativa, o câncer infantojuvenil, a partir do qual realizamos uma leitura que nos leva a interrogar o que se compreende, neste contexto, como saúde e como doença, compreensão que determinará a perspectiva do trabalho clínico com esses pacientes. Partimos da concepção de sujeito na Psicanálise e, ao mesmo tempo, tomamos a visão de Canguilhem (1945) sobre o normal e o patológico para, através de fragmentos clínicos, ilustrarmos este debate.

O discurso corrente sobre saúde derivado do paradigma biomédico sustenta-se na objetividade científica, onde o espaço para a emergência do sujeito é restrito. Tal discurso, como assinala Clavreul (1983), toma a doença como objeto de interesse e o paciente como objeto de intervenção, transformando a relação “médico-paciente” em uma relação “instituição médica-doença” (p. 49). Na atualidade nos deparamos com algumas transformações nas práticas em saúde, onde ganha expressão um discurso que ao apostar principalmente na eficácia da técnica tende a limitar o espaço da clínica. Gori & Del Volgo (2003) observam que os avanços tecnológicos resultaram em uma mudança de espaços, transportando a medicina do hospital para o laboratório de pesquisa. Nesse contexto, a saúde parece situar-se no intervalo das medicações e prescrições médicas medida pela ausência ou remissão da doença, almejando um retorno a uma “normalidade” perdida.

Em oncologia, particularmente, o paciente é entendido como saudável quando considerado “sem evidência de doença”, isto é, quando se constata a ausência de tumores malignos através dos exames de imagem (tomografias, ressonâncias magnéticas). Mesmo nesses casos os pacientes vivenciam um processo que traz sempre marcas duradouras decorrentes do tratamento,

ARTIGO

como amputações, cirurgia de retirada dos olhos acometidos pela doença, sequelas neurológicas, efeitos tardios dos quimioterápicos e radioterapia (lesões cardíacas, renais, hepáticas, auditivas, entre outros), além dos efeitos psíquicos para o paciente e sua família. Restam ainda aqueles que não conseguirão alcançar o estatuto de “sem evidência de doença”. Como compreender o que deve sustentar-se como “saúde” neste contexto?

Clavreul (1983) assinala a oposição entre o discurso médico e o discurso da Psicanálise em relação ao lugar que se oferece a dimensão subjetiva. Segundo o autor, o discurso da ciência não reserva lugar senão para aquilo que é objetivo e mensurável, já a Psicanálise busca justamente resgatar a dimensão do sujeito, o que pode operar uma subversão ao introduzir uma questão para o discurso médico. Subverter significa sustentar uma posição diferente, que acolhe a demanda do discurso médico sem, no entanto, ter que a ele responder, apontando assim um “furo no saber como possibilitador do aparecimento do sujeito do inconsciente” (Lambert, 2003). Dessa maneira, na contramão do discurso hegemônico sobre a saúde, a Psicanálise procura resgatar aquilo que tende a ficar de fora da relação “médico-paciente” e/ou “cura-doença”, a saber: o sujeito desejante, sua história e seu lugar na cena enunciativa. Aposta-se então que ao considerar a dimensão desejante no contexto das doenças busca-se o sujeito no contexto do doente. É por esse caminho que pretendemos interrogar o que é saúde.

Os fragmentos clínicos derivados da prática cotidiana com crianças e adolescentes mostram que esses pacientes têm suas vidas abaladas pelo surgimento inesperado de uma doença potencialmente letal, o que provoca efeitos traumáticos importantes. Trata-se, como assinala Costa (2014), do encontro com algo que sequer pode ser enunciado, deixando esses sujeitos sem possibilidades de simbolizar, isto é, de dar algum sentido à experiência traumática. Todavia, temos observado que o esforço psíquico desses pacientes, mesmo aqueles que têm a vida perto do fim, se mostra através da capacidade de construção, por diferentes maneiras, de algum sentido em torno desse “buraco” deixado pelo aparecimento do câncer e todas as perdas decorrentes deste. A capacidade de invenção dessas crianças e adolescentes aparece na medida em que nos colocando em posição de escutá-los reconhecemos seus recursos singulares de enfrentamento.

Com os questionamentos presentes neste artigo não pretendemos, evidentemente, ignorar ou questionar a episteme do saber médico-científico nem os recursos técnicos de que lança mão para o cuidado do paciente e para sua possível cura. No entanto, pensamos que, embora a radicalidade da tecnologia e dos protocolos seja indispensável, a complexidade dos eventos físicos e psíquicos que envolvem o adoecer humano demanda uma compreensão dos processos simbólicos aí envolvidos.

Apostamos em um trabalho em que crianças e adolescentes sejam convidados a inventar saídas singulares diante das dificuldades impostas pela doença, pois ainda que o funcionamento orgânico não responda como o esperado nos protocolos terapêuticos, esses pacientes manifestam que são capazes de criar novas formas de estar na vida. Impõe-se, assim, alargar o conceito de saúde, entendendo que essas invenções têm papel fundamental no tratamento. De certo modo, apontando para além da técnica e do funcionamento orgânico, encontramos elementos preciosos para pensar o que pode ser saúde neste contexto.

A clínica contemporânea no contexto das sociedades tecnocientíficas

Partimos de questões suscitadas pela prática clínica em uma instituição de tratamento para o câncer infantojuvenil. Cabe-nos discutir o que pode ser a clínica em um contexto como este, com suas problemáticas específicas.

60 A clínica nos leva a um olhar para o outro (Szapiro, 2013). Em Hipócrates, lembra a autora, as *tekhné kliniké*, as habilidades práticas, “correspondiam à atividade — técnica — de inclinar-se em direção àquele que sofre” (p. 8). Encontramos então nos primórdios da prática médica a compreensão da técnica, ou *tékhnai*, designando uma ação, “um saber adquirido pela aprendizagem”. A técnica ali não se referia a uma aplicação da ciência tal como a entendemos hoje nas sociedades tecnocientíficas onde os homens nela depositam toda a sorte de expectativas, até mesmo a “superação de seus limites, inclusive da sua própria condição de finitude” (p. 13).

A primazia que o conhecimento tecnocientífico adquiriu hoje vem produzindo um declínio da clínica. Castel (1987) chama atenção sobre o declínio de uma clínica no sentido das *tekhné kliniké* hipocrática em favor do objetivismo crescente onde, ele diz, “os indivíduos concretos são decompostos segundo tal ou qual quadro objetivo” (p. 63). A primazia do objetivismo na prática clínica médica dos nossos dias pode ser igualmente identificada na proliferação de práticas psicológicas objetivistas que apresentam uma concepção naturalista do humano e que compreendem a saúde como alcance de performance e eficácia.

É aí, a nosso ver, que reside a diferença, que se faz como resistência da clínica psicanalítica quanto à direção do trabalho. Através da Psicanálise, buscamos resgatar a dimensão de sujeito que ali está, em meio aos procedimentos e protocolos de tratamento. A esse respeito, Batistela (2007) destaca a crítica de Canguilhem sobre o reducionismo da concepção biomédica:

é compreensível que a medicina necessite de uma patologia objetiva, mas uma pesquisa que faz desaparecer seu objeto não é objetiva. (...) A clínica coloca o

ARTIGO

médico em contato com indivíduos completos e concretos, e não com seus órgãos ou funções. (Canguilhem, 2006, apud Batistela, 2007, pp. 53-55)

Assistimos hoje a uma espécie de “contra-clínica” que, diante dos recursos cada vez mais eficazes e disponíveis de supressão da dor, recusa o sofrimento como parte da condição humana (Szapiro, 2013). Nesse contexto o paciente é objetivado na negatividade da doença, isto é, ele passa a só existir como doente. O que se sabe dele é o que se sabe de seu estado mórbido. Assim, sobressai a pergunta: em meio a tanto sofrimento, que lugar o sofrimento ocupa?

O esforço de escutar algo para além da doença e da cena ensurdecadora provocada pelos quadros mórbidos, sobre os quais a técnica é aplicada, é o espaço que uma clínica orientada pela Psicanálise procura “encontrar”, embora em meio a um contexto onde prepondera uma clínica tecnicista que desconsidera a dimensão simbólica do humano.

Nesse sentido, pensar o que podemos compreender como saúde requer considerar que a história singular de cada sujeito deve ocupar um lugar relevante no tratamento. Encontramo-nos, então, com o pensamento de Georges Canguilhem no seu debate acerca do conceito de saúde.

O que é saúde para Canguilhem?

O conceito sobre o que seria um funcionamento orgânico normal nos indivíduos foi discutido por Canguilhem (1978) em sua clássica obra *O normal e o patológico*. Examinando profundamente esse conceito, o autor nos oferece argumentos que nos auxiliam a pensar sobre a ideia de saúde, bem como o que esta ideia implica na clínica.

Canguilhem (1945) assinala que o funcionamento orgânico normal não existe como uma lei generalizada, mas que só pode ser mensurado individualmente, tomando como referência o indivíduo em relação a si próprio em situações diversas. Portanto, algo do singular, do particular de cada história se impõe. A saúde, segue o autor, não deve ser compreendida como um retorno ao funcionamento orgânico anterior, mas como a capacidade de tolerar variações das normas habituais, de modo que “o homem só é verdadeiramente sã quando é capaz de muitas normas, quando é mais que normal” (p. 183). Saúde seria, portanto, “a capacidade de superar crises orgânicas para instaurar uma nova ordem fisiológica diferente da antiga” (p. 183), trata-se daquilo que Canguilhem chamou de “capacidade normativa”.

O funcionamento orgânico, ressalta Canguilhem, não retorna a uma norma adequada e sim cria uma norma diferente, no sentido de restabelecer o equilíbrio

do organismo. Isso é ser normativo. É precisamente neste ponto que tomamos o conceito de saúde canguilhemiano como sendo a possibilidade de criação e invenção de “formas possíveis” (Canguilhem, 1945, p. 45) e singulares de estar na vida.

Nos termos de Canguilhem (1978), “estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar” (p. 160). Trata-se, portanto, de “um luxo biológico” (p. 160), que no contexto do tratamento oncológico e dos efeitos psíquicos traumáticos que este produz, trata-se também de um luxo psíquico. Pois o sujeito, mesmo diante de alterações drásticas em suas normas habituais, pode instituir novas formas de estar na vida, transformando os obstáculos em meios de ação, de forma a retomar, aos poucos, uma participação ativa em sua própria vida. A saúde aparece nesse contexto como uma possibilidade de criação do sujeito de novas ficções e novas normas para si, que “fazem com que a vida valha a pena” (Gori, 2003, p. 85) mesmo em um contexto de dor e sofrimento. Mas o exercício da capacidade criativa não emerge por meio de um trabalho ortopédico na clínica, como advertia Lacan (1957-1958/1999), e sim por meio de um trabalho que tenha como perspectiva o resgate do estatuto de sujeito.

62 Diante de quadros crônicos e potencialmente mortais, talvez precisemos procurar a saúde não através da perspectiva da cura e de um retorno ao ‘normal’, mas na saúde como capacidade de inventar, de criar novas possibilidades para si, mesmo diante de situações graves de perda de normas anteriores. Coelho e Almeida Filho (1999) assinalam que “uma terapêutica deve respeitar o novo modo de vida instaurado pela doença, não agindo intempestivamente no sentido do retorno ao normal” (p. 45).

Desse modo, encontramos no oferecimento de um espaço de palavra o lugar mais fecundo para as invenções de nossos pacientes. O que denominamos como espaço de palavra pode ser entendido como a oferta de uma escuta vazia de saber prévio, isto é, de uma escuta que não se antecipa ao sujeito, mas que o deixa falar. É na medida em que o sujeito fala — seja através da palavra, seja na brincadeira — que ele poderá tecer sua história singular nesse tratamento e sustentar seu desejo, que é o que o impele à vida. Barros (2013) assinala que “o que pode se contrapor à morte não é a vida, mas sim o desejo”. Isso é o que possibilita a criação de novas formas de estar na vida. O desejo é a matéria-prima dos recursos simbólicos que os pacientes inventam para fazer frente à radicalidade da doença.

Novas formas de vida – o que inventam crianças e adolescentes?

As alterações impostas na vida dos pacientes infantojuvenis e de seus familiares surgem quase sempre de maneira inesperada e abrupta, acarretando um

ARTIGO

efeito traumático. No adoecimento por câncer, algo escapa à simbolização do aparato psíquico e permanece como um excesso que é “inassimilável” (Lacan, 1964/2008, p. 60) para o sujeito, pois, por mais que se tente, não é possível encontrar palavras que deem conta de representá-lo por completo. Para Costa e Cohen (2012), a doença oncológica na infância e na juventude é um acontecimento que dificulta a simbolização que se caracteriza pelo “encontro com o real (*tyché*), já que o sujeito está sem palavras” (p. 60).

Nesse cenário, acreditamos que as invenções realizadas pelos pacientes ocorrem como uma tentativa e um esforço de construção de algum sentido diante do abalo de suas referências e de sua própria imagem. Trata-se, nos parece, de uma tentativa de bordejar esse excesso através da construção de saídas criativas que instituem novas formas de estar na vida. A todo esse processo chamamos também de saúde, nesse sentido sublinhando que mesmo em meio à doença e em alguns casos, mesmo com a vida perto do fim, os pacientes, uma vez investidos como sujeitos, podem criar maneiras de seguir vivendo. A psicanálise constrói sua escuta a partir dessa possibilidade, por isso procura oferecer um espaço de palavra, para que alguma construção de sentido da experiência desprazerosa aconteça. Almeida Barros (2000) considera que diante de uma experiência traumática o que a psicanálise pode oferecer é “uma escuta que possibilite à criança/ sujeito simbolizar pela palavra, nomeando esta ruptura (...) e significando sua perda, de modo a integrá-la na sua história, no seu discurso” (p. 91).

No campo da saúde diante do que se acentua com o declínio da clínica em favor do predomínio da técnica, é urgente o trabalho de resgate do sujeito. Como Gori & Del Volgo (2003) assinala, embora as ciências médicas tenham progredido quanto ao estudo das doenças, suas práticas jamais devem se reduzir “a uma pura e simples aplicação desse saber tecnocientífico (...) elas devem levar em conta os sofrimentos humanos, irredutíveis às doenças” (p. 73).

A saúde, como possibilidade de criação de novas normas, se revela para além do saber tecnocientífico e sua intervenção no funcionamento orgânico. Quando o sujeito advém, a saúde pode se revelar de maneiras diversas, mesmo quando as normas da vida encontram-se em falência. Ao tomar a palavra e a brincadeira das crianças e dos adolescentes em tratamento, testemunhamos o trabalho do sujeito de apontar para fora da cena de horror e de inventar novos modos de continuar vivendo.

No contexto da prática clínica junto à oncologia pediátrica, vemos que a invenção de novas formas de estar na vida pode se manifestar através de brincadeiras, da fantasia e de um saber que os pacientes constroem acerca da doença. São modos de lidar com a angústia através do trabalho simbólico, através da palavra. A saúde, então, reside também nos menores detalhes das invenções dos pacientes.

O fragmento que apresentamos abaixo¹ ilustra o trabalho clínico desenvolvido com crianças e adolescentes que, tomando-os como sujeitos, procura situar a saúde na perspectiva que necessariamente deve compreender o que é particular ao humano na singularidade do seu adoecer.

Do câncer às novas descobertas

64 No cenário de um tratamento que se estende no tempo e que acarreta perdas importantes na vida, entendemos com Canguilhem (1945) que o retorno a uma norma de vida anterior à doença nunca ocorre, ainda que se sobreviva. Os adolescentes em tratamento para osteossarcoma² na instituição em questão nos fornecem alguns dados importantes para compreendermos a saúde como a invenção de novas formas de vida. O efeito desnorteador desse diagnóstico é vivenciado por todos os adolescentes que chegam aos nossos cuidados, em maior ou menor intensidade. Algo da experiência do trauma é vivido pelo sujeito e seus familiares. A situação traumática, como Freud (1926[1925]/1976) descreveu, é causada por uma quantidade de tensão que se impõe à economia psíquica do sujeito como um excesso rompendo com e que ele chamou de “escudo protetor” do aparelho psíquico. Diante de um acontecimento inesperado, Lacan diria, diante do real do acontecimento, que não tem mediação simbólica possível, como o surgimento de um câncer, o trauma se instala e a angústia passa a ser vivida pelo Eu.

Lavinia, 16 anos, viveu com muita dificuldade a indicação de desarticulação coxo-femural, uma cirurgia radical que faz a retirada de toda a extensão da perna. Durante meses a paciente e sua família resistiram à realização do procedimento, que é parte fundamental da tentativa de cura do osteossarcoma. Lavinia comparecia aos atendimentos e contava sua história, falava do medo do câncer desde a infância e da radicalidade do que é pensar em perder um pedaço de si. Como instituir novas formas de viver diante desse horror? Parecia difícil demais, quase impossível. Por vezes consentia com a cirurgia, no entanto, quando estava prestes a entrar no centro cirúrgico, tanto ela, quanto seus familiares demonstravam de forma contundente que não seria possível, suspendendo a cirurgia. A equipe médica perdia a paciência

¹ O fragmento clínico pertence à pesquisa “Da sobrevida à vida: considerações sobre crianças e adolescentes com câncer a partir da Psicanálise”, pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do INCA (CEP/INCA).

² Tumor sólido mais comum em adolescentes, que tem como tratamento a realização de quimioterapia pré-operatória, cirurgia conservadora ou radical e quimioterapia adjuvante.

ARTIGO

e se angustiava ao ver as possibilidades de cura diminuírem de maneira drástica. Perguntavam-se se valeria a pena continuar tratando Lavínia.

Passamos então a escutar de maneira mais frequente também essa família, que enfrentava um abalo narcísico importante, tal como sublinhou Freud (1914/2010) ao descrever o narcisismo primário. O narcisismo dos pais está sempre encarnado em seus filhos, de modo que são levados a atribuir a estes todas as perfeições. Assim, assinala Freud (1914/2010), “as coisas devem ser melhores para a criança do que foram para seus pais, ela não deve estar sujeita à doença, morte, renúncia à fruição da vontade...” (p. 37). O abalo narcísico se coloca na medida em que Lavínia não só não realizará os sonhos não vividos dos pais, como ela de fato se depara com o pior, pelo qual eles próprios nunca passaram. Eis que sua filha, que representava seu ideal e quem nada deveria sofrer, estava prestes a perder a perna. Os pais dessa paciente também precisavam inventar outras maneiras de estar com e de reconhecer Lavínia.

A paciente, ao longo de seus atendimentos, falava sobre sua vida, sobre seus encontros e desencontros amorosos, sobre questões familiares e, através de algumas piadas, podia conjugar a vida com a perda da perna. Lavínia ria ao pensar como seria comprar um par de sapatos e usar apenas um. Foi dessa maneira que a paciente começou a se aproximar dessa perda de outra forma, pois percebia que mais valia viver e seguir tentando lidar com tais questões do que desistir da cirurgia e, por conseguinte, da própria vida. Lavínia passou a falar de seu interesse em computação, vislumbrando cursos e trabalhos nesse sentido. Pensou como poderia dirigir sem a perna. E em meio a doença, passou a enxergar alguma brecha para inventar algo diferente.

Realizou a cirurgia semanas depois; apresentou algumas complicações no pós-operatório, mas pôde continuar falando, simbolizando e confidenciou que, diante do grande impacto causado pela doença até aquele momento, a realização da cirurgia havia sido a opção mais difícil, mas ao mesmo tempo a mais “libertadora”. Lavínia havia se deparado com uma realidade que lhe impunha um severo limite, ou uma “escolha forçada” como diria Lacan (1964/2008): a perna ou a vida. Diante de tal circunstância, o trabalho possível foi o de falar até que se tornasse possível a construção de saídas antes inviáveis. A paciente, já sem a perna, pôde retornar para falar sobre a sua maneira de estar na vida apesar da falta de uma parte de si. Sua preocupação passou a ser o tão esperado fim do tratamento quimioterápico para se dedicar aos estudos e a sua profissionalização. Lavínia queria, finalmente, poder viver fora do hospital.

As invenções dos pacientes, em última instância, parecem ser a maneira singular que apresentam para seguir adiante. São construções muitas delas precárias, transitórias, que serão retomadas e, possivelmente, reconstruídas em algum outro momento. A orientação desse trabalho não se dá no sentido de

perseguir saídas bem-sucedidas e vitoriosas como uma determinação *a priori*. O principal esforço realizado nesta clínica é o de reservar um espaço de palavra para que o sujeito possa advir em meio ao real que atravessa sua experiência. Dito de outro modo, através das palavras de uma paciente de nove anos, “é como estar diante de um buraco que não dá para tampar, mas que para não cair dentro e acabar ficando por lá, dá para construir coisas em volta dele: árvores, plantas, uma casa...”. A aposta do trabalho é no que ainda é possível construir e desejar diante do limite radicalmente imposto pela doença.

Trata-se de oferecer um cuidado que busca não negar a dimensão de singularidade do sofrimento que precisa ser escutada. Somente assim compreendemos que algo do desejo possa se manter e sustentar a vida. É nessa brecha que vislumbramos a possibilidade de, tomando de outro modo o conceito de saúde, poder acompanhar o paciente no acontecimento da sua doença buscando ajudá-lo a restituir a si mesmo a sua humanidade.

Referências

- 66 Almeida Barros, M. L. G. (2000). Considerações sobre um caso clínico. In M. D. Moura (Org.), *Psicanálise e hospital*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Barros, R. R. (2013). Laços e redes: impasses na clínica cotidiana. *IX Jornada de Psicologia Oncológica e III Encontro INCA/Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (SBPO) – Desafios no cuidado integral em oncologia*, Rio de Janeiro.
- Bastistela, C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In A. F. Fonseca (Org.), *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Canguilhem, G. (1945) *O conhecimento da vida*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Canguilhem, G. (1978). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense.
- Castel, R. (1987). *A gestão dos riscos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense.
- Coelho, M. T. A. D. & Almeida Filho, N. (1999). Normal-patológico, saúde-doença: Revisitando Canguilhem. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 9, 13-36.
- Costa, M. R. L. & Cohen, R. H. P. (2013). O sujeito-criança e suas surpresas. *Trivium*, Rio de Janeiro, 4(1), jun. 2012. Recuperado em 26 out.

ARTIGO

2013, de: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912012000100007&lng=pt&nrm=iso>.

- Costa, N. *Da sobrevida à vida: considerações sobre crianças e adolescentes com câncer a partir da psicanálise*. Trabalho de Conclusão de Curso. Rio de Janeiro: Inca, 2014.
- Freud, S. (1976). Inibição, sintoma e ansiedade. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. X, pp. 23-117). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926[1925]).
- Freud, S. (2010). Introdução ao narcisismo. In *Introdução ao narcisismo: ensaios metapsicológicos e outros textos*. São Paulo: Companhia das Letras (pp. 13-50). (Trabalho original publicado em 1914).
- Gori, R. & Del Volgo, J-M. (2003, março). A ética: uma renovação da clínica nas práticas em saúde? *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VI(2), 69-88.
- Lacan, J. (1999). *O seminário. Livro 5. As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1957-1958).
- Lacan, J. (2008). *O seminário. Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1964).
- Lambert, A. (2003). Psicanálise no hospital. *Opção Lacaniana*, Rio de Janeiro, 37, 48-51.
- Moura, M. D. (2000). Psicanálise e urgência subjetiva. In M. D. Moura (Org.), *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Szapiro, A. (2013). Do humano e da técnica: por uma clínica da pós-modernidade. *Rev. Polis e Psique*, 3(2), 4-18.

Resumos

(Health, subject and invention: clinical practice in pediatric oncology)

This paper, having Psychoanalysis and Canguilhem's approach to health as references, presents a clinical fragment of pediatric oncology and proposes a discussion concerning the concept of health in a context of complex technical interventions. This practice is focused on redeeming the subjective dimension – revealing that health, in these patients, concerns mainly the possibility each one of them has of creating possible ways of living.

Keywords: Health, subject, psychoanalysis, pediatric oncology

(Santé, sujet et invention: le travail clinique en oncologie pédiatrique)

Cet article, ayant comme référence la psychanalyse et l'approche de Canguilhem quant à sa conception de la santé, présente un fragment clinique en oncologie pédiatrique et propose une discussion sur la conception de la santé dans le contexte d'interventions techniques complexes. Ce travail est axé sur le rétablissement de la dimension de sujet révélant que, la santé, chez ces patients, concerne surtout la possibilité présente en chacun de créer des façons possibles de vivre.

Mots clés: Santé, sujet, psychanalyse, oncologie pédiatrique

(Salud, sujeto e invención: el trabajo clínico en oncología pediátrica)

Este artículo, que tiene como referencia de estudio al Psicoanálisis y a la influencia teórica de Canguilhem en lo relacionado con su concepción de salud, presenta un fragmento clínico realizado en oncología pediátrica y propone una discusión sobre la concepción de salud en el contexto de las intervenciones técnicas complejas. La experiencia relatada en este artículo hace referencia a un trabajo clínico llevado a cabo en oncología pediátrica. Este trabajo se propone a rescatar la dimensión de sujeto, revelando que la salud en estos pacientes se refiere sobre todo a la posibilidad, presente en cada uno de ellos, de generar formas posibles de vivir.

Palabras clave: Salud, sujeto, psicoanálisis, oncología pediátrica

(Gesundheit, Subjekt und Intervention: die klinische Arbeit der pädiatrischen Onkologie)

Dieser Artikel gründet sich auf die Psychoanalyse und Canguilhems Gesundheitsbegriff. Ein klinisches Fragment der pädiatrischen Onkologie wird hier benutzt, um den Begriff der Gesundheit im Kontext komplexer technischer Interventionen zu diskutieren. Wir versuchen damit, die Dimension des Subjekts ins Licht zu rücken und zeigen auf, dass die Gesundheit der Patienten von ihrer individuellen Kapazität abhängt, mögliche Lebensweisen zu entwickeln.

Stichwörter: Gesundheit, Subjekt, Psychoanalyse, Pädiatrische Onkologie

(健康, 主体, 发明: 儿科癌症的临床学)

本论文参照精神分析学的有关著作和法国哲学家乔治·康桂廉(Georges Canguilhem)关于健康的概念, 介绍儿科癌症学临床的部分问题, 在复杂的临床干预技术之外, 探讨健康的概念。本论文认为, 从哲学层面讲, 对儿科癌症病人来说, 所谓健康, 就是个人能够按照自己想要的生活方式来生活, 反之, 就是不健康。

关键词: 健康, 主体, 心理分析, 儿科癌症学

ARTIGO

Citação/Citation: Costa, N.G., Szapiro, A.M. (2016, março). Saúde, sujeito e invenção: o trabalho clínico em oncologia pediátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 19(1), 57-69.

Editores do artigo/Editors: Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck e Profa. Dra. Sonia Leite

Recebido/Received: 30.11.2014/ 11.30.2014 **Aceito/Accepted:** 19.1.2015 / 1.19.2015

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 terem 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 have no conflict of interest to declare.

NINA GOMES COSTA

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Br); Especialista em Psicologia Oncológica pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA (Rio de Janeiro, RJ, Br); Pesquisadora A pela Fundação do Câncer no serviço de Oncologia Pediátrica do INCA.

R. Prof. Antônio Maria Teixeira, 120/1304

22430-050 Rio de Janeiro, RJ, Br

e-mail: gc.nina@yahoo.com.br

ANA MARIA SZAPIRO

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Br); Psicanalista; Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio (Rio de Janeiro, RJ, Br); Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio; Pós-doutora pela Université Paris VIII (Paris, Fr); Professora associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ no Instituto de Psicologia e professora do Programa de pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, EICOS–UFRJ.

Rua Gustavo Sampaio 710/202

22010-010 Rio de Janeiro, RJ, Br

e-mail: anaszapiro@uol.com.br



This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.

Situação de crise psíquica e desejo de saber*¹

Helena Maria Melo Dias*²
Paulo Roberto Ceccarelli*³
Ana Cleide Guedes Moreira*⁴

Este artigo, resultado de uma pesquisa de pós-doutorado, aborda a noção de crise psíquica em Pierre Fédida. Articula-se ao caso de uma paciente com HIV-AIDS, hospitalizada, cujos efeitos contratransferenciais da psicoterapia fazem pensar nos processos críticos da situação de crise psíquica e no desejo de “saber de si”. A escuta analítica possibilitou o saber de si. Considera-se que a noção de crise psíquica contribui com a investigação sobre a psicoterapia psicanalítica no hospital.

Palavras-chave: Crise psíquica, contratransferência, desejo de saber, psicoterapia psicanalítica no hospital

*¹ Trabalho inserido no Projeto de Pesquisa “Relações de gênero, feminismos, sexualidade, vulnerabilidade: feminização da epidemia do HIV/aids”, coordenado pela Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira (CNPq, processos n. 404921/2012-4).

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

*³ Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC-Minas (Belo Horizonte, MG, Br)

*⁴ Universidade Federal do Pará – UFPA (Belém, PA, Br).

Introdução

Este trabalho, resultado da pesquisa realizada no pós-doutorado em psicologia, pela primeira autora, aborda pontos já desenvolvidos anteriormente na sua tese que sustenta a relevância da contratransferência no dispositivo clínico psicanalítico (Dias, 2007). Nessa tese, Dias (2007) considera que a elaboração da contratransferência em Fédida amplia a concepção metapsicológica da técnica, ao considerar esta como correlativa da metapsicologia dos processos psíquicos do analista, e não a pessoa do analista. A manifestação contratransferencial como algo do erótico do analista, que, segundo Freud (1910), deve ser controlado, dominado, equivale, em Fédida (1988), a um “dispositivo inerente à situação analítica e adequado ao enquadre do tratamento” (p. 71).

Retoma-se esta tese (Dias, 2007) para refletir sobre a noção de crise psíquica, tal como entendida por Fédida (1992), ressaltando sua relevância na clínica psicanalítica em hospital. Para isso, parte-se da concepção freudiana da técnica psicanalítica.

Técnica psicanalítica

Em 1900, Freud escreve sua tese máxima *A interpretação dos sonhos*, obra que, juntamente com os “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (Freud, 1905/1980b), figuram, sem dúvida, como as contribuições mais significativas e originais de Freud para o conhecimento humano. O *Livro dos Sonhos* tornou-se, para ele, a peça central de sua obra. Na verdade, a mola mestra de todas as descobertas freudianas na construção da psicanálise, na sua compreensão das diferentes psicopatologias e na especificidade de sua técnica psicoterápica. No dizer de Freud, esse livro contém “a mais valiosa de todas as descobertas que tive a felicidade de fazer. Um discernimento claro como esse só acontece uma vez na vida” (Freud, 1900/1980a, p. 38).

Freud parte do exame minucioso da exigência psíquica para associar, transferir, deslocar, condensar, sobredeterminar, regredir, e analisa a dinâmica dos processos que envolvem a elaboração onírica, do ponto de vista dinâmico, econômico e tópico do funcionamento do aparelho psíquico. Ele observou que, no quadro clínico da neurose, esses processos se intensificam devido ao conflito entre os diferentes sistemas psíquicos. Essa dinâmica produz um alto dispêndio de energia que leva o aparelho psíquico a estabelecer uma formação de compromisso entre os diferentes sistemas, dando origem ao sintoma.

A especificidade da técnica psicanalítica está fundamentada nos seguintes teoremas freudianos: o primeiro, de acordo com o qual “quando se abandonam as representações-meta conscientes, as representações-meta ocultas (inconscientes) assumem o controle do fluxo de representações” (Freud, 1900/1980a, p. 487); e o segundo, o qual afirma que “as associações superficiais são apenas substitutos, por deslocamento, de associações mais profundas e suprimidas” da consciência (p. 487). Para Freud, “a rigor esses teoremas transformaram-se em pilares básicos da técnica psicanalítica” (p. 487).

72

Esses pilares permitem-lhe estabelecer a regra fundamental do processo terapêutico, na qual o analista deve manter uma escuta com atenção flutuante à fala associativa do paciente, ou seja, o paciente deve falar tudo que lhe vier à cabeça, sustentado no processo transferencial. Essa regra fundamenta a máxima liberdade de expressão do paciente, que pode, e deve, falar sem nenhuma censura tudo o que lhe vem ao pensamento durante o processo analítico. Ao paciente é dado dizer o que sabe, mas especialmente o que não sabe sobre si, ou seja, seus pensamentos inconscientes tendem a se manifestar, revelando, nos tropeços da linguagem, as falhas do saber.

O modo como o analista escuta não é ingênuo, baseia-se na escuta flutuante que oscila entre o processo primário e o secundário da dinâmica do funcionamento psíquico e é formado por uma longa experiência prévia — que envolve sua análise pessoal, os estudos teóricos, o atendimento clínico e a supervisão. Segundo Mezan (1993),

(...) praticar a escuta psicanalítica — pressupõe um modo de conceber o homem, a alma e a linguagem que não é dado intuitivamente a ninguém (...) é possibilitado por certas hipóteses sobre o funcionamento psíquico — metapsicologia — e sobre a natureza do processo terapêutico — as noções de transferência e resistência. (p. 92)

O fenômeno da transferência é observado desde as primeiras experiências de Freud no campo da clínica psicopatológica. Na sensibilidade clínica, aguçada, de Freud, ele atenta inicialmente uma falsa ligação e a acolhe, para que, junto com a paciente, possa encontrar a verdadeira ligação da representação afetiva que foi recalçada.

ARTIGO

Todavia, a transferência, até formalizar-se como conceito, passa por uma longa elaboração, na qual o conteúdo da noção vai se diversificando e se tornando mais complexo. Assim, a conceituação de transferência integra-se ao processo de criação da psicanálise exatamente na articulação entre a prática e a teoria. Sua definição evolui em função da prática clínica, sendo, na verdade, o que determina o processo analítico, e é o mais precioso aliado da terapia, bem como seu maior obstáculo.

A identificação da transferência como operador da análise só foi possível com o estabelecimento da regra fundamental. Dessa perspectiva, Fédida (1991) argumenta que a condição de instauração da situação analítica está referida à condição de linguagem e disso resulta que na técnica analítica “o analista deve, portanto, permanecer impenetrável (*undurchsichtig*) e, ‘como superfície de espelho, não mostrar nada além do que lhe foi mostrado’” (p. 207). Compartilha-se com Fédida (1988) que a referência a esse axioma freudiano torna possível a especificação de que “o que nos faz terapeutas é a existência da regra fundamental em nosso pensamento, assim como de tudo o que se passa entre nós e o paciente como desvios em relação a essa regra ideal” (p. 31).

Em relação a esses desvios à regra fundamental, Freud (1912) é enfático na sua observação dos limites da análise que, naquela época, tinha como paradigma a neurose. Assim, tanto as condições institucionais quanto a aceitação de casos difíceis impuseram o emprego de certos recursos que se afastam do procedimento técnico da regra fundamental. Aliás, tanto isso é verdade que certos casos-limites, na incapacidade em que se encontram de aceitar ou admitir um enquadre estável, obrigam de certa forma o analista a desenvolver com eles maneiras de troca de tipo comunicacional (Fédida, 1992).

Na prática com os ‘casos difíceis’, o que se observa é que esses pacientes geralmente estão em busca de todos os meios para aliviar um sofrimento intolerável e se recusam com muita frequência a recorrer ao tratamento medicamentoso. Fédida (1992) admite que esses tratamentos não poderiam ser regradados (tanto do ponto de vista técnico quanto teórico) pelo *paradigma freudiano da neurose*. Dessa perspectiva, a criação teórico-clínica foi bastante estimulada pelas dificuldades técnicas levantadas nos tratamentos de pacientes difíceis. O autor afirma que *a invenção de novos paradigmas* na psicanálise é o resultado de uma “revolução terapêutica”. Ele reconhece que

Os inovadores nesse domínio permanecem, em seu conjunto, fiéis à tradição freudiana, mas exploram, baseando-se em seus “fracassos” técnicos, as possibilidades de deslocamento dos pontos de apoio teóricos, de diversificação de suas modalidades de atenção, de se levar em conta funções afastadas da técnica clássica. (p. 206)

Dessa perspectiva, a técnica psicoterapêutica com pacientes em situação de crise afasta-se da técnica clássica, pois exige intervenções mais diretivas, especialmente com casos em que está presente um processo grave de desorganização do eu, de perdas de referenciais, considerados casos difíceis.

Crise psíquica

O termo crise, em grego *Krisis*, designa ‘ação ou faculdade de distinguir, decisão, momento decisivo’; em Latin *Crisis*, ‘momento de decisão, de mudança súbita. Na medicina, ‘momento que define a evolução de uma doença para a cura ou para a morte’. (Dicionário Houaiss online)

Gondim (2007) especifica em sua tese que a crise psíquica grave ou surto psíquico caracteriza-se pela experiência de desrealização, despersonalização e perda de alteridade: o eu, o outro se confundem, assim como mundo interno e mundo externo; há uma ruptura na experiência do tempo consensual misturando-se passado, presente e futuro, e uma fragmentação do mundo interno, que passa a ser invadido por intensos afetos.

74 Essa dimensão de uma intensidade afetiva presente na vivência da crise é reconhecida por diversos psicanalistas, dentre os quais, McDougall (1996) que, ao tratar sobre a função integrativa psique-soma proveniente das relações iniciais entre mãe e filho, dá ênfase às primeiras trocas desse par no surgimento do que chama de soluções psicossomáticas. Observa que a mãe pode não ser capaz de atender às necessidades do filho por entraves internos ou questões ambientais. Esse fato criaria no bebê um sentimento permanente de frustração e fúria impotente. Esse tipo de experiência poderia impeli-lo a “construir com os recursos de que dispõe maneiras radicais de se proteger de crises afetivas e do esgotamento que disso pode resultar” (p. 39). Para a autora, esse modo de proteção estaria mais ligado ao uso de defesas primitivas contra a emoção, mas muito mais direcionadas ao fenômeno psicossomático que psicótico, em alguns casos.

Fédida (1992), em seu complexo artigo “Crise e metáfora”, reconhece o fato de a noção de *crise* remeter-se teoricamente bem pouco à psicanálise, mas, a partir da importância atribuída em psicoterapia a situações de crise, deseja chamar a atenção para o interesse que, na psicanálise, poderá tomar esta noção — a de *crise* — bastante alheia a seu campo. Entende-se esse alheamento advindo da rigorosa e sistemática formulação teórica freudiana do aparelho psíquico, a qual tem como paradigma o sonho e a elaboração técnica da regra fundamental de investigação do inconsciente no tratamento. No entanto, essa técnica não é apropriada na intervenção da crise.

ARTIGO

Fédida (1992) observa o quanto é notável que, de alguns anos para cá, as referências diferenciadas ao “modelo psicanalítico da crise” vêm multiplicando-se. Para o autor:

Esses trabalhos explicitam — com frequência em função das psicoterapias dos estados-limites — um modelo psicanalítico amplamente inspirado pela ideia de reativação das vivências traumáticas infantis pelos acontecimentos atuais, pela teoria dos conflitos intrapsíquicos, pelo modelo da experiência do *desamparo primitivo* quando faltam do interior ou do exterior respostas adequadas próprias a resolver intoleráveis tensões (ação específica). (p. 216; grifo do autor)

A palavra “crise” recobre o fenômeno da angústia em relação ao eu, o excesso de excitações insuportáveis para o aparelho psíquico, as constantes rupturas provocando bruscos remanejamentos econômicos, colocando em risco a vida do indivíduo; essa palavra teria então um amplo alcance de apelação, sem verdadeiro poder de denominação conceitual. Fédida (1992) entende a noção de crise como um *processo crítico*. Para ele, trata-se então de se servir deste como um conceito clínico-técnico descritivo do dispositivo pré-consciente da contra-transferência. A riqueza desse recurso depende da receptividade do analista ao detalhe e da ressonância dessa observação na construção metafórica da interpretação. Tal sensibilidade permite não somente discernir as variações da vida psíquica do paciente, mas também as modificações das disposições internas do analista de instaurar e reinstaurar a *situação analítica*. Por conseguinte, evidencia-se uma definição de contratransferência em termos de regulação econômica das trocas intrapsíquicas e de paraexcitação que o aparelho comporta idealmente.

Fédida (1992) observa: “de fato, poderíamos acrescentar que, do ponto de vista teórico, esse conceito de *processo crítico* serve sem dúvida muito melhor à atividade de modelização no projeto de uma *psicopatologia fundamental* que à teorização psicanalítica *stricto sensu*” (p. 218; grifos do autor). Entende-se com o autor que o campo da psicopatologia fundamental congrega diferentes saberes sobre o *pathos* psíquico que não pode ser limitado a uma única leitura. Nas palavras de Paulo Roberto Ceccarelli (2005),

A preocupação central da Psicopatologia Fundamental é de contribuir para a redefinição do campo do psicopatológico. Ela propõe uma reflexão crítica dos modelos existentes e uma discussão dos paradigmas que afetam nossos objetos de pesquisa, nossas teorias e nossas práticas. A Psicopatologia Fundamental reconhece e dialoga com outras leituras presentes na polis psicopatológica. (pp. 373-374)

Quanto a situações de crise, Fédida (1992) adverte para o fato de que elas exigem previamente do analista uma avaliação adequada de sua viabilidade psíquica com o caso, necessidades eventuais de colaboração terapêutica (apoios

medicamentosos, eventualidade de hospitalizações, envolvimento dos próximos), enfim, tempo pessoal que lhe deverá ser dedicado por longos períodos.

Na dinâmica contratransferencial, o analista deve tomar em consideração suas próprias reações íntimas àquilo que o paciente lhe comunica, como inerente à situação analítica e adequada ao enquadre do tratamento (Dias e Berlinck, 2011).

Por isso, entende-se que esse dispositivo clínico se mantém independente do espaço em que ocorra a análise, se no consultório particular ou num espaço social. Todavia, é impossível não reconhecer que no ambiente hospitalar as condições de tratamento psicanalítico são inteiramente diferentes da clínica privada. Levy e Moreira (2008) argumentam que “nos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, a dinâmica transferencial se especifica, demandando do analista, formas de atuação diferentes, ampliando a clínica tradicional” (p. 46).

Portanto, na clínica hospitalar trabalha-se com a psicanálise e a psicopatologia fundamental. Nessa leitura teórico-clínica, constrói-se o caso Clara, o qual norteia nossas reflexões sobre os processos críticos da situação de crise psíquica e no desejo de “saber de si”, num momento de grande desorganização psíquica.

76

A escuta do desejo de saber de Clara

Clara constatou sua infecção pelo HIV-AIDS durante o exame pré-natal. Após o impacto traumático do diagnóstico, estabeleceu para si um rígido sistema de vigilância e de autocontrole a fim de evitar a transmissão do vírus para seu filho, bem como no intuito de evitar que seus familiares e conhecidos tomassem conhecimento de sua infecção. Mudou-se com o marido para uma nova residência bem distante dos familiares e com poucos vizinhos ao redor, mantendo-se num isolamento social. Falava demarcando uma vivência cindida entre sua vida antes do diagnóstico de HIV-AIDS positivo e depois, que demarcava o efeito traumático do diagnóstico.

A noção de trauma psíquico remete à concepção econômica no sentido de dispêndio excessivo de energia psíquica, pois, conforme Laplanche e Pontalis (1991), é:

(...) uma vivência que, no espaço de pouco tempo, traz um aumento de excitação à vida psíquica, que a sua liquidação ou sua elaboração pelo meios normais e habituais fracassa, o que não pode deixar de acarretar perturbações duradouras no funcionamento energético. (p. 523)

No sistema defensivo, Clara cumpriu firme o tratamento medicamentoso, comparecendo mensalmente à unidade de saúde para controle da infecção e seu

filho não foi contaminado pelo HIV. Após a vivência traumática, ela manteve o rígido autocontrole durante aproximadamente cinco anos, quando então um novo dado da realidade — o falecimento do seu genitor — invadiu-a violentamente, e sua rigidez disciplinar foi quebrada. Considerou-se aquele como um momento de crise, que operou uma profunda desorganização psíquica em decorrência dessa perda. Clara deixou de tomar os antirretrovirais e ficou exposta a doenças oportunistas. Bastante enfraquecida e debilitada, foi internada no hospital.

A evolução médica do quadro clínico era instável, ora melhorava, ora piorava. Esse real da dor, essa instabilidade na evolução do tratamento a atormentava. Sabe-se com Freud (1914/1980d) que uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, e “retira o interesse *libidinal* de seus objetos amorosos: enquanto sofre deixa de amar” (p. 98).

Entretanto, o fato de os pacientes deixarem de amar no momento da doença não exclui a necessidade de ser amado, pois este é o sentimento que faz o enfermo sentir-se protegido e que pode *acalentá-lo* diante da situação de desamparo instalado pela doença. Por isso, precisa do amor, do apoio do outro, como uma forma de compensação por aquilo que a doença lhe tirou. O amor do outro é o amparo diante da situação de desamparo instalada pela doença (Cedaro, 2005).

A evolução psicoterapêutica de Clara surpreendeu-me pela urgência dos processos psíquicos ativados. Falava ininterruptamente, revelando uma dissociação interna muito desorganizadora e angustiante. Uma angústia como um sinal de alarme! Nesse quadro clínico, as intervenções foram direcionadas no sentido do desvendamento dessa sinalização para restituir-lhe certa organização interna, como também seu vínculo com o ambiente. Nesse estado, Clara expressou de modo veemente seu desejo de falar. Às vezes não conseguia falar devido ao estado de intensa dor, mas, à medida que se sentia um pouco aliviada, desabrochava a falar de modo quase ininterrupto, trazendo suas dores psíquicas, com sentido de apelo.

Na contratransferência, observei sua dinâmica psíquica num movimento oscilatório de uma linguagem enquanto descarga afetiva e uma fala reflexiva, com *insight*. Em um dado momento próximo à sua alta hospitalar, Clara me interrogou: “Doutora, quando eu tiver alta, eu posso continuar sendo atendida aqui? Tenho tanta coisa para falar!”. Surpreendi-me com seu discernimento desse lugar, um lugar que promove um maior conhecimento de si. E parecia tratar-se disso, desse desejo de saber de si, pois vivenciava uma crise que lhe exigia fala e um destinatário que acolhesse esse apelo.

Freud identificava o desejo de saber como o desejo de ir em busca de um saber sexual. Em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905/1980b), ele diz:

a vida sexual da criança chega a sua primeira florescência, entre os três e os cinco anos, também se inicia nela a atividade que se inscreve na pulsão de saber ou de

investigar. Essa pulsão não pode ser computada entre os componentes pulsionais elementares, nem exclusivamente subordinada à sexualidade. (p. 182)

Apesar disso, reconhece que as primeiras inquietações do pensamento advêm da curiosidade sexual infantil. São questões que permeiam o intelecto infantil que dizem respeito às origens: de onde vêm os bebês? Por que a diferença sexual? O que eu represento no desejo de meus pais? Dentre outras. Para Freud (1900/1980a), desde 1900, “nada senão o desejo pode colocar nosso aparelho anímico em ação” (p. 517).

Na última sessão, Clara havia tomado banho e estava sentada na cama escovando os cabelos e escutando música. Nessa sessão, ela falou especialmente dos efeitos do diagnóstico de HIV-AIDS positivo. O tema sobre os efeitos do diagnóstico foi constante durante a psicoterapia, todavia, nessa sessão ela revive, com toda intensidade afetiva, seu medo de morrer, de ser abandonada, a cisão interna provocada pelo trauma. Clara, à medida que rememorou afetivamente sua vivência traumática, pôde realizar seu desejo de saber de si — uma reconstituição de um eu, de existência própria, originária da infância. Esse reinvestimento narcísico deu suporte a um cuidar de si.

78 O trabalho clínico com Clara trouxe importantes ensinamentos, dentre esses, a possibilidade de pensar um desfecho positivo da experiência da crise. Dessa perspectiva, compartilha-se com o argumento de Ávila e Berlinck (2014), que diz:

Mediante uma crise o indivíduo será convocado a mobilizar seus recursos psíquicos, o que lhe dará a oportunidade de poder se exercitar no reconhecimento do seu potencial. Neste aspecto, a crise não representa um fator negativo, já que pode propiciar o desenrolar de um processo criativo, de autonomia, mediante novas perspectivas e até um reposicionamento subjetivo. No entanto, é comum a ocorrência de uma sensação de desordem desencadeada por este processo. (p. 272)

A psicanálise freudiana valorizou o amor de transferência como sustentáculo do processo analítico que, no caso Clara, permitiu-lhe ativar sua autoerótica e seu narcisismo, com a desinibição ao prazer autoerótico e aloerótico.

Considerações finais

O trabalho clínico com Clara operou um rearranjo subjetivo ao tratar sua questão de saber de si, em face da crise psíquica desorganizadora e angustiante. Aprendemos com a psicanálise que o desejo se presentifica no sintoma, uma vez que foi desalojado pelo recalque e que a força do desejo repousa justamente na pulsão sexual. O sujeito deve encontrar seu próprio modo de lidar com o apelo desse desejo para libertar-se rumo à satisfação.

Essa clínica corrobora com as investigações que acentuam o valor da psicanálise como prática da escuta, num espaço distinto da análise clássica, embora o discurso cientificista que opera na atualidade tente anular a subjetividade, isto é, a singularidade do sujeito.

Referências

- Ávila, C.S. & Berlinck, M.T. (2014, dezembro). Reflexões sobre crise e estabilização em psicopatologia Fundamental. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, 46(2), 270-286.
- Cedaro, J.J. (2005). *A ferida na alma: os doentes de AIDS sob o ponto de vista psicanalítico*. (Tese de Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, – USP, São Paulo.
- Ceccarelli, P.R. (2005, set./out). Sofrimento psíquico na perspectiva da Psicopatologia Fundamental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 10(3), 471-477.
- Dias, H.M.M. (2007). *Contratransferência: um dispositivo clínico psicanalítico*. (Tese Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/PUC-SP, São Paulo.
- Dias, H.M.M. & Berlinck, M.T. (2011, dezembro). Contratransferência e enquadre analítico em Pierre Fédida. *Revista Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, 23(2), 221-231.
- Fédida, P. (1988). *Clínica psicanalítica: estudos*. Trad. Cláudia Berliner. São Paulo: Escuta.
- Fédida, P. (1991). *Nome, figura e linguagem*. São Paulo: Escuta, 1991.
- Fédida, P. (1992). Crise e Metáfora. In: *Crise et Contre-transfert*. Tradução Martha Gambini. Presses Universitaires de France (inédito em português).
- Freud, S. (1970). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho publicado originalmente em 1910).
- Freud, S. (1980a). *A interpretação de sonhos*. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho publicado originalmente em 1900).
- Freud, S. (1980b). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho publicado originalmente em 1905).
- Freud, S. (1980c). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho publicado originalmente em 1912).
- Freud, S. (1980d). Introdução ao narcisismo. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho publicado originalmente em 1914).

- Gondim, M.F.N. (2007). Os sentidos dos vínculos na crise psíquica grave. (Tese de Doutorado) Universidade Nacional de Brasília – UNB, Brasília.
- Laplanche, J. & Pontalis, J-B. (1991). *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Levy, E.S. & Moreira, A.C.G. (2008). Desamparo, transferência e hospitalização: um estudo sobre o paciente internado em centro de terapia intensiva. In A. Pimentel; A.C.G. Moreira (Orgs.), *Psicologia, Instituição, cultura*. Belém: Amazônia.
- McDougall, J. (1996). *Teatros do Corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mezan, R. (1993). O que significa pesquisa em Psicanálise. In M.E.L. da Silva (Org.), *Investigações em psicanálise*. Campinas: Papirus.

Resumos

(The psychic crisis situation and the wish do know)

This paper is the result of a post-doctoral research. It debates the notion of psychic crisis according to Pierre Fédida. The authors discuss the case of a hospitalized HIV/AIDS patient, in which the countertransference effects of psychotherapy suggest the critical processes of the psychic crisis situation and the desire to “know about oneself”. The analytical process enabled the patient to do so. The paper considers that the notion of psychic crisis contributes to research concerning psychoanalytic psychotherapy in the hospital.

Keywords: Psychic crisis, countertransference, desire to know, psychoanalytic psychotherapy in the hospital

(Situation de crise psychique et désir de savoir)

Cet article, résultat d'une recherche postdoctorale, aborde la notion de crise psychique selon Pierre Fédida. Il s'agit du cas d'une patiente atteinte du VIH/SIDA, hospitalisée, dont les effets contre-transférentiels de la psychothérapie font penser aux processus critiques de la situation de crise psychique et au désir de «savoir de soi». L'écoute analytique a permis le savoir de soi. On considère que la notion de crise psychique contribue à la recherche sur la psychothérapie psychanalytique à l'hôpital.

Mots-clés: Crise psychique, contre-transfert, désir de savoir, psychothérapie psychanalytique à l'hôpital

(Situación de crisis psíquica y deseo de saber)

Este artículo, resultado de una investigación post-doctoral, aborda la noción

ARTIGO

de la crisis psíquica según Pierre Fédida. Se relaciona al caso de una paciente con VIH-SIDA, hospitalizada, en la que los efectos contratransferenciales de la psicoterapia sugieren procesos críticos de la situación de crisis psíquica y el deseo de “saber de sí misma”. El proceso de escucha analítica le permitió saber de sí misma. Se considera que la noción de crisis psíquica contribuye a la investigación sobre la psicoterapia psicoanalítica en el hospital.

Palabras clave: Crisis psíquica, contratransferencia, deseo de saber, psicoterapia psicoanalítica en el hospital

(Psychische Krisensituation und der Wunsch, sich selbst zu verstehen)

Dieser Beitrag ist das Ergebnis eines Postdoc Forschungsprojektes, der Pierre Fédidas Begriff der psychischen Krise erörtert, am Beispiel einer mit HIV-Aids infizierten Patientin, die in einem Krankenhaus interniert ist. Die gegenübertragenden Wirkungen der Psychotherapie führten zur Reflexion über die kritischen Prozesse der psychischen Krisensituation und des Wunsches, sich selbst zu verstehen. Das analytische Zuhören ermöglichte es der Patientin, sich selbst zu verstehen. Wir kamen zum Schluss, dass die Definition der psychischen Krise zur Untersuchung der psychoanalytischen Psychotherapie im Krankenhaus beiträgt.

Stichwörter: Psychische Krise, Gegenübertragung, Wissenswunsch, psychoanalytische Psychotherapie im Krankenhaus

81

心理危机状态和认识自我的欲望。

本论文是作者的博士后研究课题的部分结果。目的是探讨法国心理分析学家皮埃尔·费迪达(Pierre Fédida)有关心理危机的概念。作者考察了一个特殊病例。病人感染了艾滋病毒HIV-AIDS, 住院治疗。在心理分析疗程中, 在反移情作用(contratransferências)下, 心理分析师见证了一整个心理危机的过程和病人“认识自己”的欲望。分析师通过聆听病人的叙述, 使得病人实现了解自我的欲望。作者认为, 研究心理危机的概念有助于心理分析疗法在医院的临床应用。

关键词: 心理危机, 移情作用, 认知欲望, 心理分析疗法在医院的临床。

Citação/Citation: Dias, H.M.M., Ceccarelli, P.R., Moreira, A.C.G. (2016, março). Situação de crise psíquica e desejo de saber. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 19(1), 70-83.

Editores do artigo/Editors: Prof. Dr. Manoel Tosta Belinck e Profa. Sonia Leite

Recebido/Received: 13.1.2015/ 1.13.2015 **Aceito/Accepted:** 20.3.2015 / 3.20.2015

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: Esta pesquisa foi financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES / This research was funded by Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

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

HELENA MARIA MELO DIAS

82 Psicóloga; Psicanalista; Professora Adjunto IV da Universidade do Estado do Pará – UEPA (Belém, PA, Br); Mestrado (2001) e Doutorado (2007), pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP (São Paulo, SP, Br); Pós-Doutorado na Universidade Federal do Pará – UFPA (Belém, PA, Br); Líder do Grupo do Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia Fundamental – LPPF/UFPA (Belém, PA, Br); Líder do Grupo: Subjetividade, afetividade e cuidado em saúde (UEPA/CNPQ) (Belém, PA, Br/ Brasília, DF, Br); Membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental – AUPPF (São Paulo, SP, Br); Pós-Doutorado com auxílio CAPES. Integra Projeto de pesquisa (CNPq: Número do Processo 404921/2012-4), coordenado pela Prof^a. Dr^a. Ana Cleide Guedes Moreira.

Travessa 14 de abril, 1186/909

66060-460 Belém, PA, Br

e-mail: hmelodias@uol.com.br

PAULO ROBERTO CECCARELLI

Psicólogo; Psicanalista; Doutor pela Université de Paris 7 – Diderot (1995) (Paris, Fr), e pós-doutor (Paris VII – 2009); Professor Adjunto IV no Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC-Minas (Belo Horizonte, MG, Br); Orientador de Pesquisa e Professor na pós-graduação do Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia Fundamental da Universidade Federal do Pará – UFPA (Belém, PA, Br); Orientador de Pesquisa e Professor do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG (Belo Horizonte, MG, Br); Membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental (São Paulo, SP, Br); *Chercheur associé* à l'Université Paris 7 Denis-Diderot; Membro fundador do *Réseaux International de*

ARTIGO

Psychopathologie Transculturelle; Pesquisador do CNPq (Bolsa de Produtividade em Pesquisa) (Processo N°: 312687/2013-3).

Rua Rio Grande do Norte, 355/501

30130-131 Belo Horizonte, MG, Br

e-mail: paulocbh@terra.com.br

ANA CLEIDE GUEDES MOREIRA

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Pará – UFPA (1982) (Belém, PA, Br); Mestrado (1992) e Doutorado (2000) em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP (São Paulo, SP, Br); Pós-Doutorado em Psicologia Clínica na Universidade Paris 7 (Paris, Fr.); Professora Associada da UFPA; Graduação, Pós-Graduação em Psicologia, (Mestrado); Diretora do Laboratório de Picanálise e Psicopatologia Fundamental (Belém, PA, Br); Fundadora da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental (São Paulo, SP, Br); Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas Eneida de Moraes sobre Mulher e Relações de Gênero – UFPA (Belém, PA, Br); Pesquisadora visitante Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social PUC-Rio (Rio de Janeiro, RJ, Br); *Chercheur associé* à l' Université Paris 7 Denis-Diderot (Paris, Fr), Fundadora da Réseau International de Psychopathologie Transculturelle.

Projeto de pesquisa (CNPq: Processo n. 404921/2012-4), coordenado pela Prof^a. Dr^a. Ana Cleide Guedes Moreira.

Av. Augusto Corrêa, 01

66075-900 Belém, PA, Br

e-mail: acleide@uol.com.br

83



This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.

A paixão pela imagem: o eu como cenógrafo das virtualidades do si mesmo

Marina Pinheiro*¹

84 *É propósito do presente trabalho perscrutar, através das expressões culturais da virtualização do si mesmo, a equivocidade pendular entre o fetichismo comum e as formas de estetização do desejo na atualidade tecnológica. Desde a primeira formação egoica, “projeção de superfície” do olhar materno, ao ego virtualizado nas marcações corporais extremas, ou mesmo avatarizado nos games e redes sociais; torna-se necessário à psicanálise a discussão sobre a dialética entre objetificação e possibilidades de autoração simbólica da existência na contemporaneidade.*

Palavras-chave: Fetichismo, virtualidade, imago corporal, cultura

*¹ Universidade Federal de Pernambuco – UFPE (Recife, PE, Br).

Introdução

No universo das humanidades que se debruçam sobre as mutações culturais, a discussão acerca da virtualidade digital tende, cada vez mais, a sair de qualquer compreensão que a antagonize em relação à “realidade”, ou, melhor dizendo, à vida *off-line* dos sujeitos. A irreduzibilidade da dimensão virtual a quaisquer tentativas de polarização conceitual ganhou expressiva força a partir do incremento dos *smartphones*, artefato propulsor de uma convergência de mídias inédita. Num único aparelho, sem fios, compatível com o tamanho do bolso, é possível deslocar-se/transportar-se às determinações de nossa contingência presencial e viajar numa janela infinita de paisagens interativas. Como um verdadeiro álibi ante a possibilidade de experimentação da solidão, do tédio, do “nada a fazer”, torna-se possível uma conexão aparentemente escamoteadora do sentimento de nossa inadequação fundamental.

Num exercício de aproximação histórica, ao final do século XIX, época do nascimento das viagens de trem, o livro de bolso emergia como uma “ferramenta para tolerar a inconveniência” da transformação da condição de viajante para a de passageiro. Nessa grande inovação da mobilidade vitoriana, o confinamento ao vagão, o tremor das carruagens nas *railways*, e, especialmente, o olhar intrusivo de outros passageiros, poderia ser neutralizado pelo mergulho numa novela literária, já que a paisagem tornara-se um cenário de aparente estaticidade panorâmica, e, ao mesmo tempo, fugidia, sempre a desaparecer. Como uma mídia dentro de outra mídia, a leitura se firmava como um hábito viabilizador de um deslocamento outro, que não o do trajeto ferroviário. Assim, se as estradas de ferro destituíram a tradicional experiência do viajante, que de condutor passara a ser conduzido — sentindo-se como um elemento de entrega à destinação final —, a leitura o aproximava da possibilidade de alguma fruição do sujeito na relação espaço-tempo, através das narrativas da mídia impressa da época (Parikka e Suominen, 2006).

Na atualidade, a leitura é substituída pelas telas responsivas ao toque, janelas imagéticas, cuja narrativa pode ser aventurada numa participação ainda mais imersiva, vez que o leitor se avatariza no hipertexto, redesenhando sua identidade ontológica por via da transicionalidade virtual. Freud, em “O mal-estar na civilização”, comenta a propósito do lugar da tecnologia na cultura: “Essas coisas não apenas soam como um conto de fadas, mas também constituem uma realização efetiva de todos – ou quase todos – os desejos de contos de fadas” (Freud, 1930/1974, p. 111). No texto freudiano, as invenções técnicas, como ampliadoras das capacidades dos órgãos sensoriais e motores, atualizariam, assim, aquilo que seria próprio ao campo da fantasia. Numa releitura da proposição freudiana no campo da experiência mediada por computadores, Diana Corso (2011) comenta:

Frente ao sexo nos sentimos da mesma forma do que em relação aos computadores: neles sempre há muito mais funções e possibilidades que não sabemos explorar. Mesmo aos mais ousados resta a ideia de estar subutilizando sua ‘máquina’ e hoje não perdoamos a vida que não entregue a todo o gozo que nos devia.

86

O *avatar*, termo de origem hindu que significa *encarnação*, popularizou-se no vocabulário das mídias digitais devido ao recurso de criação, pelos usuários, de figuras à imagem e semelhança de suas preferências estéticas, transcendendo, assim, as limitações de seu corpo biológico. Pela via do simulacro digital, tudo se torna possível, como no campo das artes e da criação lúdica. O corpo avatarizado é um corpo para ser usado, um corpo-extensão do sujeito, imune às fragilidades da normativismo vital. Enfatizo que, diferentemente de uma *second life*,¹ os limites do que ocorre na virtualidade e no mundo *off-line* são bastante porosos, difusos, como é o caso da estudante e programadora que pagou seu curso universitário, prostituindo seu avatar numa plataforma digital *multiplayer*;² ou ainda, como tem se tornado comum em diversas funerárias, é possível a despedida de um ente falecido sem participar presencialmente do funeral, pois o velório *on-line* não só passa em tempo real as imagens da sala fúnebre, como também é possível enviar mensagens, flores, fotografias de momentos felizes vividos com o finado. É conhecida também a situação de usuários de redes sociais em que, mesmo após sua morte, a página de seu avatar virtual continua efetivando, colaborativamente, diálogos e postagens,

¹ O termo *second life* popularizou-se através de um ambiente virtual, em 3D que simula os mais diversos aspectos da vida social, sendo considerada uma plataforma que converge a função de jogo, simulador, comércio e rede social.

² *Multiplayer* significa jogo que permite milhares de participantes simultâneos no mesmo ambiente virtual.

negando a perda real. O ciberespaço como universo de suspensão das limitações do mundo *off-line*, negaria a falta estrutural através do primado da plasticidade, do editável e da abreviação discursiva/simbólica.

Virtualidade digital e o ego editável

Neste registro, a vida do outro, par da cultura, torna-se novela participativa, incitativa à visualização, paisagem de pura potência às encenações desejan-tes. A lógica do ver e ser visto, em especial nas redes sociais virtuais, recebe sua expressão máxima, predicando o ideal do “ser desejável/invejável”, como condição de paradoxal reconhecimento de sua diferença, efeito da crepusculização das referências simbólicas universalmente aceitas. Como sabemos, o questionamento das práticas e dos modelos tradicionais, a incitação à autofundação, à individualização, à reinquirição do próprio desejo, são atributos característicos do sujeito da atualidade, desencantado das supostas garantias e da consistência do sistema de filiação vertical. As subjetividades formadas pelo testemunho da precariedade da Igreja, da família e do Estado, comprazem-se através do sonho da diferença singularizante (da estética corporal, dos modos de vida, do consumo), refúgio costumizável para o movediço cenário neoliberal.

Como *videomakers* de sua própria autobiografia, a virtualidade digital do “si mesmo”, **ego editável do sujeito**, constitui-se como uma solução de compromisso bastante curiosa, pois através dela um diário imagético-narrativo é produzido e compartilhado com uma audiência de identidade tão avatarizada, editada, quanto o próprio diário. Na perspectiva crítica da atualidade, essas produções típicas de nossa cultura se enquadrariam no campo da impostura e da anomia, pois o nome próprio, aquele que reporta ao não editável da história e da singularidade, produzidas pelo traço do significante, seriam escamoteadas, elididas. O ideal contemporâneo da autofundação identitária encontraria uma forma de atualização na qual o assassinato simbólico, o parricídio, nunca teria ocorrido, posto que o pai, imaginariamente, sempre fora ausente no exercício da autocriação. Nessa perspectiva, da pré-história de nosso nascimento até o fim dos nossos dias, seria enquanto uma espécie de precipitado heterogêneo, uma unidade tensa e dialética formada por uma multiplicidade de identificações, que nos reconhecemos enquanto um “eu”, um “si mesmo”. Vale a pena apresentar uma citação em que Barthes (1984) descreve seu mal-estar ao ser fotografado, no livro *A câmara clara*.

Diante da objetiva, sou ao mesmo tempo: aquele que eu me julgo, aquele que eu gostaria que julgassem, aquele que o fotógrafo me julga e aquele de que ele serve para exibir sua arte. Em outras palavras, um ato curioso: não paro de me imitar, e

é por isso que, cada vez que me faço (que me deixo) fotografar, sou infalivelmente tocado por uma sensação de inautenticidade, às vezes de impostura (como certos pesadelos podem proporcionar). Imaginariamente, a Fotografia (aquela de que tenho a *intenção*) representa esse momento sutil em que, para dizer a verdade, não sou nem sujeito nem um objeto, mas antes um sujeito que se sente tornar-se objeto: vivo uma microexperiência de morte (...) O que vejo é que me tornei Todo-Imagem, isto é, a Morte em pessoa; os outros — o Outro — desapropriam-me de mim mesmo, fazem de mim, com ferocidade, um objeto, mantêm-me à mercê, à disposição, arrumado em um fichário, preparado para todas as truncagens sutis. (pp. 27-29)

88

Barthes aborda de modo intenso o horror da captura pelo olhar do Outro. A objetiva, como ele descreve, infringe um crime ao mortificar sobre o peso da paralisia da imagem, sua dimensão pulsátil, dispersa, dividida, agitada, desejanse. Colocando-se no lugar daquele que olha a si mesmo, Barthes alude a uma imitação infinita de si, um poço sem fundo (vazio absoluto), como quando colocamos dois espelhos justapostos. A sensação de “inautenticidade” emerge como estranhamento de uma verdade inapreensível nem pelo olhar do fotógrafo, nem pelo próprio Barthes. A cristalização da pose objetifica aquilo que resistiria à imobilidade provocada pela ferocidade do Outro, desapropriador de seus traços desconhecidos e *singularizantes*. A totalidade da imagem é sentida como uma experiência de morte; é colocar-se em submissão radical a um olhar que o consome, restando nem sombra do desejo de um morto.

Contudo, conforme já dito, no horizonte digital, a suposta totalização produzida pela imagem seria ficcionada não com o horror da objetificação pelo Outro primordial, mas como totalização autofundada, livre de quaisquer heranças, posto que escolhida no vocabulário da *vontade* e da manipulação do sujeito. Nesse contexto, a alteridade surge apenas no campo do reconhecimento narcísico pelo pequeno outro, ou ainda no assombro de seus usos imprevistos em rede. Se por um lado ela é editável à imago sonhada, ou ainda ao mito individual do “usuário da rede”, por outro lado, assim como a palavra dita, o controle sobre suas destinações e usos em muito pode se distanciar da gramática do controle, num universo onde a lei é precária em suas formas de perscrutação.

Num fórum *on-line* de discussão sobre, conforme postado, “por que a mania adolescente de tirar fotos na frente do espelho?”, leem-se as seguintes respostas à questão (<http://yhoo.it/1bG5TaY>):

- “tipo laboratório de ator, fazendo poses e bocas até encontrar uma para si.”
- “Ah... eu também gosto de tirar fotos na frente do espelho. Quando se é jovem, é normal se admirar! Quando as pessoas ficam mais velhas, perdem um pouco esse gosto e preferem fotos com mais sentido.”

ARTIGO

- “Vergonha de pedir pra alguém tirar foto, principalmente quando são fotos mais sexy.”
- “É para que numa mesma foto já saia a ‘frente’ e o ‘verso’.”

Num outro fórum (<http://bit.ly/13vCyg5>), que discute como produzir fotos de acento mais sensualizado, uma das participantes comenta:

- É muito excitante, em primeiro lugar. Você se sente renovado por suas habilidades eróticas. Você conseguiu lutar contra a sua baixa autoestima, exalando confiança *on-line*. No entanto, há limites. Nunca dê mais do que inicialmente pretendido.

Ao ler essas respostas, a perspectiva de Bakhtin (2003), filósofo do dialogismo, emerge como uma metáfora bastante própria aos autorretratos digitais, ao *ego editável* do sujeito. Para o autor: “Nunca estamos sozinhos frente ao espelho, é preciso tornar-se um outro em relação a si mesmo no acontecimento da autocontemplação” (p. 33). Buscando tornar-se um outro em relação a si mesmo (eu-para-os-outros), num semblante de autoria em relação à vida-obra-viva e sobredeterminada, tentar-se-ia espreitar a refração projetiva do que nos escapa e, por isso mesmo, é dotado do mais intenso valor. A estilística existencial seria fortemente marcada pelo movimento de inatingível captura do que nos ultrapassa, nosso transgrediente de visão, figuração do estranho-familiar que parece ser suspensa na paixão pela imagem avatarizada de si.

No assim chamado sexo virtual, os atores exibem — no enquadre parcial e possível da câmera digital (é impossível ver o corpo inteiro nela) — a fotografia responsiva e editada pela miragem do desejo e do orgasmo anunciado, em resposta ao apelo de satisfação advindo do outro. Nada muito diferente do *sexo off-line*, marcado pela perversão fundamental da condição humana pela linguagem, aquela que nos arrancou da ordem da Natureza. Contudo, o que se torna curioso através dos incrementos tecnológicos é o sexo virtual com avatares de programação, em plataformas de *dating sim*³ e *hentai games*.⁴ Nesses ambientes, o *epic win*⁵ de tais jogos de conquista se caracteriza pelo ato sexual com um avatar programado que simula um orgasmo, numa prática sexual que

³ Tipo de *video game* de simulação que contém elementos românticos que visam promover encontros e relações do gênero.

⁴ Jogo erótico de computador, de origem japonesa, com uso de imagens de sexo explícito.

⁵ Em sua tradução literal significa vitória épica, na linguagem dos jogos refere-se à conquista da pontuação máxima de um jogo ou sua etapa.

poderíamos considerar como lúdica, que dispensa qualquer alteridade subjetivante do objeto. Nesse caso, o ilusionismo é efeito da pura projeção fantasmática sobre a rigidez objetiva do frame programado para o avatar. Nesse contexto, é interessante reler uma passagem da entrevista de uma *stripper* a James Strachey, que na época recebera o emblema “feita para ser um fetiche”. Seu nome era Olympia.

Tento manter-me receptiva ao que eles querem ver e manter-me tão arquetípica quanto possível de modo que a plateia veja o que quer ver (...). Sentia-me completamente destacada de meu corpo, sentia-me como uma entidade totalmente separada dele. Ainda vejo meu corpo como uma ferramenta, como algo a ser usado. (apud Safatle, 2010, p. 55)

90 Vladimir Safatle (2010) propõe a compreensão sobre o fetiche como uma forma específica de encantamento dos sujeitos modernos, engendrada solidariamente em contextos de desencantamento na palavra. “Em vez de um não querer saber, o fetiche seria um saber impotente diante da crença” (p. 107). Se pensarmos nas práticas sexuais com avatares de computação, torna-se evidente que a tecnologia em si, diferentemente das versões apocalípticas da contemporaneidade, não nos conduz à objetificação do outro. Nenhuma ferramenta é, *per se*, portadora de um propósito, só as ações humanas o são. Sendo assim, parece-me que o virtual aproxima-se muito mais de uma transicionalidade lúdica, por vezes, criativa, que um dispositivo de apagamento da alteridade. Nas palavras de Joyce McDougall (1983): “A maioria das pessoas ignora seu núcleo perverso, tanto quanto desconhece suas potencialidades criativas. Aquele está sepultado sob os traços de caráter, está confinada nos sonhos: os dois reencontram-se nesse outro palco constituído pelo inconsciente” (p. 68). Poderíamos hoje, então, adicionar um segundo palco: o dos ambientes de extensão virtualizada da existência.

Questões sobre o corpo e virtualidade

A partir do que foi abordado nas seções anteriores, faz-se necessária uma incursão, mesmo que sucinta, sobre o lugar do corpo nos impasses fundamentais da constituição do sujeito, como forma de nos aproximarmos da dialética entre objetificação e autoração simbólica da existência, assim como do movimento pendular entre fetichismo e as formas de estetização do desejo na atualidade.

Para a psicanálise crítica da cultura, tornou-se lugar comum a concepção de que a cena psicopatológica atual seria prenhe de formações sintomáticas nas quais o destino da angústia sofreria uma espécie de “curto-circuito”. Esse curto representaria, então, um sobreinvestimento na corporeidade apreendida pelo sujeito

ARTIGO

como causa e, ao mesmo tempo, terapêutica de seu transtorno *páthico*. O corpo seria experimentado, assim, como uma abreviação que designaria o mal e o seu próprio antídoto; o desconforto e o alívio; o transtorno e a sua cura; num princípio homeopático às avessas, posto que não seria em pequenas medidas do próprio princípio corporal que a mudança ocorreria. Pelo contrário, o excesso, o *extreme* (cirúrgico, psicofarmacológico, psicotrópico ou sensorial) impõe-se como única via de uma transformação reparadora do mal-estar.

Nessa metáfora, o *curto* seria, assim, provocado pela supressão, precarização, ou ainda, desinvestimento da palavra como dispositivo fundamental à assunção, pelo sujeito, da condição nietzschiana de *poeta forte* de sua história. O dispositivo psicanalítico encontraria, assim, nesses modos de subjetivação “corpo-centrados”, um forte desafio à sua prática sustentada na palavra como possibilidade do sujeito em redescrever-se singularmente, produzindo, assim, novos destinos ao que não cessa de fazer-se repetir num mal-estar aprisionante. As adicções, compulsões diversas, bulimias, anorexias, síndromes do pânico, as depressões, enfim todas essas expressões sintomáticas em alta recorrência clínica estariam relacionadas, em alguma medida, a um desinvestimento da possibilidade de provocar, através da simbolização, novas causalidades, ou de estabelecer ficções menos objetificantes de si.

Num olhar sócio-histórico, o desinvestimento na esfera do bem comum; o individualismo; a cultura do espetáculo; a fragilização dos laços sociais; a corporatria midiática; a tecnologização da medicina; enfim um verdadeiro caldeirão apocalíptico da falência de tradicionais agências doadoras de identidade é apontado como uma das matrizes explicativas dos modos de subjetivação “corpo-centrados” e narcisicamente organizados. São incontáveis os artigos que trazem essa espécie de descrição como modo de justificar, culturalmente, por quais vias seriam produzidos esses modos de *ser-no-mundo*, mundo esse que parece ser “sem coração” (Lasch, 1991).

O homem tradicional cede lugar ao homem moderno inserido no universo da técnica, massificado no transcorrer do desenvolvimento industrial. Isolado, desenraizado, este homem caminha apressadamente no fluxo da multidão. A imagem do homem-autômato das grandes cidades é a imagem do homem que perdeu os laços com a elaboração e a transmissão da experiência. A imagem do mundo moderno é a de um mundo que já não oferece condições para a elaboração e a transmissão da experiência. (Schmidt apud Ferraz, 2003, p. 17)

A paisagem contemporânea apresentaria mutações que estabeleceriam uma economia psíquica, muito diferente daquelas que Freud descreveu a partir de sua histórica. Ali onde se escutavam conflitos e sintomas marcados pela interdição aos desejos, hoje se inscreveria um mal-estar que se daria pelo fracasso ao atendimento da norma do exibicionismo e do imperativo de um *mais gozar*;

ali onde se reconhecia a falta e a insatisfação como matriz da neurose, hoje nos deparamos com o excesso dos modos de satisfação pulsional ao mal-estar objetificado no corpo; ali onde o *limite* se oferecia como campo para exploração de novos sentidos da existência, hoje o enquadraríamos como um “defeito” a ser reparado através das mais diversas tecnologias acessíveis ao homem, um produto a ser consumido na voracidade dos apetites de seu consumidor.

Nesse sentido, é como se o corpo fosse submetido a uma engrenagem cultural de um Outro que o objetificaria, apagando nessa operação, qualquer dissonância ou iato entre a materialidade precária da corporeidade e a fantasmática das imagens perfeitas, desprovidas de furos. No contexto do ego editável, é curioso pensar na compreensão da estudante, mencionada anteriormente, sobre a atuação sexual de seu avatar como prostituta numa plataforma *multiplayer*:

Eu sentava em frente ao computador com os livros na mão e brincava de copiar e colar meu arsenal de textos eróticos e apertar os botões com sons específicos. Quando me sentia inspirada, bancava a terapeuta, ouvindo e aconselhando os clientes, sempre com palavras doces e encorajadoras. O sexo virtual no *Second Life* acontece a maior parte do tempo verbalmente, a parte visual é garantida pelas poses programadas, embutidas em uma cama ou outra mobília com um controle de movimentos. É tudo automático, e o prazer de cada um advém de sua própria criatividade e imaginação.⁶ (*Revista Continente*, 2013)

92

De forma semelhante ao fragmento de fala da *streaker* referida anteriormente, o corpo virtualizado/avatarizado apresenta-se como corpo para ser usado, uma extensão alteritária de si mesma, que seria, simultaneamente, dissociada e ofertada como paisagem para as projeções fantasmáticas do outro, para a encenação instantânea da fantasia, num *role-playing*⁷ digital. Contudo, permanece como questão sobre quais seriam as nuances diferenciais entre Olympia, que emprestava sua própria pele como superfície projetiva para a voyeurização do outro, e a estudante programadora, que por meio de um simulacro digital encarnava por via de *bits* e *bytes*, a prostituta para sexo entre avatares. Se encontramos, numa acepção wittgensteiniana, certa *semelhança de família* no campo do discurso e da narrativa dessas duas mulheres, por outro lado, talvez seja no Significante, aquele que produz a singularidade diferencial por via de um corte nas relações junto ao outro social, par da cultura, que a corporeidade inaugura novas metáforas, destinações ampliadoras do circuito desejanste. Pouco sabemos

⁶ Recuperado em 24/2/2015, de: <<https://sexodoisponzotzero.wordpress.com/2014/09/15/fetiches-online-x-empendedorismo/#more-149>>.

⁷ *Role-playing game* é também conhecido como RPG; é um tipo de jogo no qual os participantes atuam através de personagens produzindo, colaborativamente, narrativas e enredos.

ARTIGO

de Olympia, mas no caso da programadora, a aparente instrumentalidade do avatar potencializou reescritas de si, furos de circulação entre identidades possíveis. Na passagem do gozo imaginário, narcísico, à abertura metonímica do desejo, desenha-se uma gangorra contemporânea que não admite polarização simplificadora, mas a assunção do enigma sobre o estatuto da corporeidade e das formas de autoração da existência.

A virtualidade do contexto aludido faz-nos indagar sobre qual o lugar dessa corporeidade avatarizada no discurso psicanalítico, como esse corpo se prestaria à redescrição simbólica ou à objetificação paralisante da imagem, posto que, antes de qualquer incremento tecnológico, o corpo humano se constitui na e pela virtualidade fundamental da linguagem.

Numa acepção básica do tema, conforme sabido, afirma-se que o corpo em psicanálise *não* é o corpo natural, biológico, ou ainda o corpo descrito pela anatomia dotado de uma organização independente da linguagem. O corpo ao qual a psicanálise se endereça é o corpo apossado/produzido pelo simbólico, irredutível ao corpo que encontramos nas ciências da saúde, como na medicina. Essa irredutibilidade assume como ponto de partida a linguagem, condição de qualquer proposição acerca da subjetividade. Se nos fosse possível falar de um “começo absoluto”, este se colocaria no lugar do significante, campo ao qual somos lançados em nosso devir. Assim, no antiessencialismo provocado pela episteme psicanalítica, seria por via da matriz simbólica constitutiva que a condição humana perfaz-se enquanto horizonte radicalmente distinto ao dos vocabulários deterministas e unidirecionais dos instintos, das necessidades, da natureza.

Colocar a linguagem, ou ainda o significante, como estatuto primordial de qualquer asserção sobre a subjetividade em psicanálise não significa, contudo, um reducionismo linguístico. O simbólico, ao mesmo tempo que produz a “desnaturalização” do corpo e da existência, sua submissão à ordem significante, instaura também o corpo pulsional que é da ordem do não representável, num além da linguagem que só pode ser pensado através dela mesma. O corpo pulsional é, portanto, efeito da incidência da letra sobre o corpo, e não há anterioridade a essa incidência.

Isto significa dizer que a linguagem, em sua intervenção subjetivante, implica a “presença de uma ausência”, uma falta constante própria à estrutura da língua produtora de efeito-sujeito-dividido. A falta seria a marca antimetafísica da psicanálise, donde, por via da própria concepção de linguagem, posiciona uma inextinguível incompletude no ser. “A perda do objeto absoluto é a perda de algo que nunca foi tido, já que a psicanálise se situa desde o começo no lugar da linguagem” (Garcia-Roza, 1990, p. 67).

À luz dessa construção, apreende-se como o corpo encarna-se/vive/subsiste, paradoxalmente, como imago corporal, “projeção de superfície” (no vocabulário

freudiano), produzida através de um elemento exterior, qual seja: o signo do Outro. O traço unário, apesar de aludir ao *um*, não deve ser confundido com unidade. Sua função estaria no campo da unicidade singularizante do sujeito, uma vez que, forjado num jogo identificatório da semelhança/especular, precipita-se como marca indelével da diferença, quebra da alienante ilusão do mesmo. De acordo com de Nasio (2009):

Se o corpo imaginário é o corpo quando produz sentido, corpo simbólico é o conjunto de nomes e metáforas que simbolizam diversos aspectos de nosso físico e, sobretudo, que têm o poder de produzir efeitos em nossa vida. Em outros termos, se o corpo imaginário é uma imagem que engendra sentido, o corpo simbólico é um significante que engendra efeitos concretos em nossa realidade. (p. 115)

Se utilizarmos essa proposição como uma lógica que performatiza também a questão da singularidade como processo de autoração da existência, do tornar-se poeta forte de sua história, leríamos que a singularidade corporificada trabalharia em função da falicização da diferença, de inflacionamento egoico, repetindo uma objetificação imaginária. A singularidade, simbolicamente sustentada, prestar-se-ia à possibilidade de o sujeito contar-se como *menos um*. Desinvestido das promessas de aprisionante completude implicar-se-ia na produção de destinos mais criativos à angústia de sua finitude/limite/vulnerabilidade. Ocupando-se de sua vida como obra sempre inacabada, veria na possibilidade de estetização da existência por sua singularidade o legado mais satisfatório a ser recoberto sob seu nome. Retomando a metáfora da gangorra sobre as disposições da corporeidade contemporânea, virtualizada através do simbólico, poderíamos sintetizar os seguintes eixos interpretativos:

- Singularidade *imaginarizada*: a diferença seria experienciada como atributo-fetiche de um eu que busca completar-se, através da incorporação voraz, de uma onipotência mágica encarnada no real do corpo. Nessa operação, a singularidade instaurar-se-ia como uma verdade/sentido mítico do ser, que, apesar de inapreensível objetivamente, desfilaria aos olhos do sujeito como o sonho de uma totalização de si. Essa totalização seria ficcionada não com o horror da objetificação pelo Outro primordial, mas como totalização autofundada, posto que escolhida no vocabulário da *vontade/necessidade* do sujeito.
- Singularidade *simbólica*: produzida pela identificação do sujeito à falta, a *singularidade* (ordenada pelo significante) ocorreria como aquela que advém do desinvestimento de emblemas fálicos. Nessa construção, a singularidade seria experienciada como gatilho de satisfações diversas, plasticamente lançada ao fluxo metonímico do desejo. Nessa formação, encontraríamos o sujeito que ressignifica polissemicamente sua história, que imprime sua marca subversiva

ARTIGO

na realidade simbólica a que participa, como mais um representante. Num permanente movimento de ruptura à inércia do sentido, nessa organização o sujeito descobre novas formas de erotismo, de investimento na vida, no outro.

Nesse sentido, a virtualização da imago corporal parece oscilar entre as polaridades supracitadas, numa diversidade fenomenológica-cultural de impossível trabalho de generalização. Dos projetos corporais antinormativos, tais como as modificações extremas com implantes subcutâneos de silicone, bipartição de língua, cobertura de toda extensão de pele por tatuagens; manipulações estéticas do corpo com vistas ao apagamento de heranças, ou ainda, as tecnologias digitais de modificação e avatarização da imagem, seria apenas nas formas de endereçamento do discurso, inscrito no corpo, ao Outro que qualquer dizer sobre a subjetividade contemporânea é viabilizada. Na gramática do referido ego editável da vida *on-line*, o aparente acabamento fetichista da autoimagem pode perfazer-se enquanto dobra ou potencialidade de travessia/percurso do processo de redescrção das narrativas de si, estetizantes do deslizamento metonímico sobre os objetos do desejo.

Num momento histórico de fortes injunções de massificação midiática de novos dispositivos de controle imagético e social (panópticos digitais), visibilidade e virtualidade parecem formar um par dialógico de um jogo especular interminável. Numa linguagem bakhtiniana, o “excedente de visão”, o campo cego da imagem insondável do si mesmo, é objeto do mais intenso investimento para a subjetividade atual.

95

Referências

- Bakhtin, M. (2003). *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Barthes, R. (1984). *A câmara clara*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Corso, D. (2011). Amadores do sexo – Sobre Bruna Surfistinha e a prostituição. Recuperado em 1 fev. 2016 de <<http://www.marioedianacorso.com/amadores-do-sexo>>.
- Ferraz, F.C. (2003, março). A loucura suprimida: normopatia, sociedade e sociedades psicanalíticas. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, (167), 15-23.
- Freud, S. (1974). O mal-estar na civilização. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).
- Garcia-Roza, L.A. (1990). *O mal radical em Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lasch, C. (1991). *Refúgio num mundo sem coração*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Lebrun, J-P. (2003). Prefácio. In C. Melman, *O homem sem gravidade: gozar a qualquer preço*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

- McDougall, J. (1983). *Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Nasio, J.-D. (2009). *Meu corpo e suas imagens*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Parikka, J. & Suominen, J. (2006, dezembro). Victorian Snakes? Towards a Cultural History of Mobile Games and the Experience of Movement. *Game Studies*, 6(1). Recuperado em 14 dez. 2013 de <<http://bit.ly/1j7bi1q>>.
- Roudinesco, E. (2009). *Our Dark Side: a History of Perversion*. Cambridge: Polity Press.
- Safatle, V. (2010). *Fetichismo: colonizar o outro*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. (Para ler Freud)

Resumos

(The passion for images: The ego as scenographer of the virtualities of the self)

The aim of this paper is to investigate, through cultural expressions of self-virtualization, the pendulum equivocity between common fetishism and the forms of aestheticizing desire in the current technological scenario. Since first ego formation, "surface projection" of the maternal gaze, as far as the virtualized ego in extreme body modifications, or even as an avatar in games and social networks; discussion concerning the dialectic between objectification and symbolic authoring possibilities of existing in present culture is necessary to psychoanalysis.

Key words: Fetishism, virtuality, body image, culture

(La passion pour l'image: Le moi comme décor des vertus du soi-même)

Cette étude vise à scruter, à travers les expressions culturelles de la virtualisation du soi-même, l'équivocité pendulaire entre le fétichisme commun et les formes d'esthétisation du désir dans l'actualité technologique. De la première formation égoïque, «projection superficielle» du regard maternel, à l'ego virtualisé dans les marquages corporels extrêmes, ou même avatarisé dans les jeux et les réseaux sociaux; la discussion sur la dialectique entre l'objectivation et les possibilités de création symbolique de l'existence dans la contemporanéité devient nécessaire à la psychanalyse.

Mots clés: Fétichisme, virtualité, image corporelle, culture

(La pasión por la imagen: el yo como un diseñador de escenarios de las virtualidades del sí mismo)

El propósito de este trabajo es observar, a través de las expresiones culturales de la virtualización del sí mismo, la ambigüedad pendular entre las formas comunes de fetichismo y estetización del deseo en una actualidad tan tecnológica como la

ARTIGO

de hoy en día. Desde la primera formación del ego, “proyección de superficie” de la mirada materna, hasta el ego virtualizado en las marcas corporales extremas o incluso avatarizado en los juegos y las redes sociales; es necesario psicoanalizar, la discusión sobre la dialéctica entre la objetificación y las posibilidades de creación simbólica de la existencia hoy en día.

Palabras clave: Fetichismo, virtualidad, imago corporal, la cultura

(Die Leidenschaft für das Bild: das Ich als Bühnenbildausstatter der Virtualitäten des Selbst)

Auf der Basis kultureller Ausdrucksformen der Virtualisierung des Selbst untersucht dieser Artikel die pendelartige Äquivokität zwischen dem allgemeinen Fetischismus und den Formen der Ästhetisierung der Begierde in unserer zeitgenössischen technologischen Gesellschaft. Seit der ersten Ich-Bildung, „Oberflächenprojektion“ des mütterlichen Blicks, bis hin zum virtualisierten Ego der extremen Körpermarkierungen, oder seiner Avatarisierung in Computerspielen und sozialen Netzwerken, tut die Psychoanalyse Not, sowie die Diskussion über die Dialektik zwischen Vergegenständlichung und den Möglichkeiten der symbolischen Darstellung der Existenz in unserer zeitgenössischen Kultur.

Stichwörter: Fetischismus, Virtualität, Imago des Körpers, Kultur

97

(对图像的迷恋：我作为我自己的虚拟场景)

本论文的目的在于，研究自我虚拟化的条件下网络文化表达，研究网络技术下，拜物主义和个人欲望的美学化。当一个人的自我形成后，从母体目光的“表面投放”开始，到纹身并且把纹身拍照放到网路上，到游戏和社交网站自我投入和重塑，对这些过程做心理分析变得重要，促使人们讨论当代网络文化中，自我的虚拟化和自我的重塑。

关键词：拜物主义，虚拟化，身体图像，文化。

Citação/Citation: Pinheiro, M. (2016, março). A paixão pela imagem: o eu como cenógrafo das virtualidades do si mesmo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 19(1), 84-98.

Editores do artigo/Editors: Prof. Dr. Manoel T. Berlinck e Profa. Dra. Sonia Leite

Recebido/Received: 13.3.2015/ 3.13.2015 **Aceito/Accepted:** 16.3.2015 / 3.16.2015

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 has no conflict of interest to declare.

98

MARINA PINHEIRO

Professor Adjunto da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE (Recife, E, Br);
Doutora em Psicologia Cognitiva pela mesma Universidade; Mestre em Psicologia Clínica
pela Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP (Recife, PE, Br).
Rua Manoel de Carvalho, 226/302 – Aflitos
52050-370 Recife, PE, Br
e-mail: marinaassis.pinheiro@gmail.com



This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.

A concessão de benefícios e a aposta na singularidade: um desafio para a Saúde Mental*¹

Flavia Hasky*²
Ana Paola Frare*³

Este artigo dedica-se à problematização da concessão de benefícios pelo Estado aos usuários dos serviços de Saúde Mental e à reflexão acerca do uso que estes usuários fazem do dinheiro. Fruto da experiência das autoras na estratégia de desinstitucionalização, baseia-se no referencial teórico e clínico da psicanálise para apostar na singularização das práticas que orbitam em torno do manejo do dinheiro no campo da Saúde Mental. Recortes de casos ilustram a problemática.

Palavras-chave: Saúde Mental, concessão de benefícios, psicanálise, singularidade

*¹ O trabalho que deu origem ao artigo foi realizado no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira. O artigo teve como base a monografia “‘Se tiver que ganhar mais eu não vou’: considerações sobre o uso do dinheiro pelos usuários de Saúde Mental”, apresentada por Flávia Hasky ao IPUB/UFRJ como requisito final para a obtenção do título em Saúde Mental nos moldes de Residência, apresentada no IMAS Juliano Moreira em 2010.

*² Escola Brasileira de Psicanálise – EBP (Rio de Janeiro, RJ, Br).

*³ Universidade Federal Fluminense – UFF (Niterói, RJ, Br).

A concessão e administração de benefícios para usuários da rede de Saúde Mental é um dos “nós” que sustentam e amarram o trabalho nesse campo. Tendo a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) uma aposta na estratégia de “desinstitucionalização”,¹ a garantia de direitos mínimos e a necessidade de possibilitar o acesso a bens de consumo se fazem mister. Na esteira dessas construções e apostas, a reabilitação social, autonomia e contratualidade social ganham cena e protagonizam um novo arranjo de serviços e concepções de tratamento que buscam garantir ao usuário internado em longa permanência a possibilidade de viver na cidade, sustentando sua presença a partir dessas novas práticas. Nessa direção torna-se tarefa dos serviços garantir os benefícios aos quais os usuários têm direito, possibilitando assim a execução de um projeto sustentável de saída do ambiente hospitalar.

Um exemplo é o programa “De volta pra casa”. Os critérios utilizados demonstram que, para além de uma necessidade concreta do dinheiro para viver na cidade, há ainda um reconhecimento do Estado de que sua omissão na formulação e execução das políticas públicas para saúde mental contribuía — e de certo modo incentivava — a permanência hospitalar.

Nesse artigo, analisaremos a prática de concessão de benefícios pelo governo federal aos usuários de Saúde Mental, tendo como foco problematizar a “naturalização” desta. Partindo da experiência das autoras na estratégia de desinstitucionalização, do encontro com pacientes para os quais o benefício se apresentou como uma questão, realçaremos a importância de se trabalhar segundo a singularidade de cada caso, levando em consideração a subjetividade.

A ideia da RPB é promover um processo de emancipação e não somente a aplicação da concessão de direitos. Assim, ao mesmo tempo

¹ Por este termo, entendemos não só os movimentos de desospitalização que marcam a agenda da RPB, mas também uma desconstrução de saberes e práticas há muito institucionalizados no tratamento da loucura.

que se deve garantir a possibilidade concreta de viver na cidade, assegurando esse direito, não se pode perder de vista a quem ele se destina. O desafio é, portanto, compor uma tessitura em que as políticas do SUS e o pensamento clínico componham uma argumentação harmônica. Sendo o sujeito e seu *pathos* psíquico o centro dessa discussão, toda ação deve levar em conta suas paixões, seu sofrimento, sua voz única.

O dinheiro no campo da Saúde Mental

No contexto das políticas de Assistência Social do Brasil, os usuários de Saúde Mental começaram a ser contemplados por volta dos anos 1990 na categoria de portadores de deficiência. De acordo com a política de proteção social em vigor, os *loucos* pertencem à parcela da população excluída economicamente. Como esclarece Assumpção (2004), “a intenção do legislador é de assegurar àqueles que são considerados à margem, condições mínimas de participação influente na vida ativa da sociedade. Para tanto, foram criadas ao longo das últimas décadas linhas básicas para um processo de integração desses cidadãos à sociedade” (p. 47).

Além da supracitada bolsa “De volta pra casa”, há bolsas oferecidas pelos governos municipais, assim como as aposentadorias por invalidez, o auxílio-doença ligado ao INSS, a Bolsa-Família, entre outras fontes de renda desse tipo, às quais todos os cidadãos brasileiros que necessitam têm direito, sejam eles *loucos* ou não. Destacamos o Benefício de Prestação Continuada – BPC —, também chamado de “Benefício de amparo assistencial ao idoso e ao deficiente”, que requer a comprovação da ausência de meios de prover a própria manutenção, além de não tê-la provida por sua família como condição ao direito de recebê-lo. Outra exigência legal é a incapacidade para a vida independente e para o trabalho. Sublinhamos aí a curiosa contradição intrínseca à lei, contradição essa que impulsiona a problematização à qual nos propomos neste artigo: se, por um lado, os benefícios promovem a possibilidade da reabilitação através de uma renda mínima, acabam produzindo a manutenção de uma condição incapacitante dos que sofrem de transtornos mentais, taxados como “deficientes”. Contradição tributária de uma forma de tratamento que ordenou o campo da atenção, explicitada, junto a outras tantas, quando se reordena o modelo e a concepção da assistência.

Assumpção (2004) aponta para a complexidade que é esse modo de concessão de benefícios, questionando o fato de o “critério de elegibilidade para o recebimento afirmar que o usuário só o receberá se for atestado como incapaz para o trabalho, o que parece apontar para o sentido oposto de sua proposta

inclusiva” (p. iv). É uma questão espinhosa e que não possui fácil solução, já que muitos dos pacientes de longa permanência não têm mais condições laborativas, tampouco de gerenciamento de seu próprio benefício. Por outro lado, não podemos nos ater às políticas que a Saúde Mental tem acesso sem pensar no coletivo social ao qual são destinados esses benefícios. O que propomos recortar então é o manejo que se faz necessário para operar a partir da concessão, tomando o singular de cada caso como baliza para pensar a assunção dos pacientes aos benefícios.

Em nossa prática, Cláudio e seu técnico de referência muito nos ensinaram a esse respeito. Cláudio é um paciente psicótico que recebia uma bolsa e, além dessa fonte “oficial” de renda, contava em seu delírio com outro valor, bem maior do que esse. Afirmava ser primo de uma celebridade, com quem frequentemente falava ao telefone e que lhe enviava altas quantias em dinheiro. Era comum Cláudio ficar apertado no fim do mês e então dizia que dessa vez o primo não pudera ajudá-lo, mas que o faria em breve. É interessante o modo que seu técnico de referência construiu para que o paciente conseguisse, minimamente, controlar seu próprio dinheiro. Incluindo o delírio do paciente na intervenção clínica, propôs o seguinte combinado: “no dinheiro do ‘primo’ eu não vou mexer, você dará seu jeito. Em relação ao dinheiro da sua bolsa é diferente, a gente tem que pensar juntos como fazer”. A partir disso, o paciente conseguiu passar a pedir ajuda para se organizar em relação ao que ganha e ao que gasta.

Tendo a aposta na transferência como estratégia clínica adotada, reforçou-se o vínculo entre eles e conseqüentemente a possibilidade de sustentação de projetos futuros (como a saída da instituição para uma moradia assistida). Caso contrário, o paciente provavelmente pensaria: “como é que vou confiar nele sem que acredite nisso que é o mais verdadeiro para mim, que eu sou primo do fulano. Como ele pode ser meu técnico de referência se não considera esta que é, para mim, a maior referência?!”. Tal como nos fala Berlinck (1998) acerca da posição clínica, vemos nesse exemplo o inclinar-se “diante de alguém que porta uma voz única a respeito de seu pathos, de sua tragicomédia” (p. 56). Nessa “experiência que pertence aos dois” (p. 55), que é “sempre objeto da transferência, ou seja, de um discurso que narra o sofrimento, as paixões, a passividade que vem de longe e de fora e que possui um corpo onde brota, para um interlocutor que, por suposição, seja capaz de transformar, com o sujeito, essa narrativa numa experiência” (p. 57).

Ações prescritivas, que automatizam o usuário como *louco* ou *incapaz*, devem dar lugar, portanto, a uma prática de cuidados refinados e afinados à clínica, na qual a relação do usuário com o benefício que recebe é trabalhada em seu tratamento.

Contribuições da psicanálise a esse debate

A partir da psicanálise, Serpeloni (2007) analisa essa questão fazendo uso da noção de sujeito. A pesquisadora visa investigar de que forma os benefícios concedidos pelo governo aos “deficientes mentais” podem corroborar para a manutenção de um sintoma. Procura mostrar, a partir do que observa em sua prática clínica, que uma criança autista ou psicótica sofre consequências por ter recebido um benefício para auxiliá-la em seu tratamento. Aponta como problemática a “aposentadoria” recebida, o que nos faz pensar no lugar que essa criança ocupará no seio familiar e no destino que lhe está sendo tão precocemente traçado.

Saraceno (1999) enfoca o quanto o trabalho é algo importante para um processo de reconstrução que vise a um exercício pleno de cidadania, por sua potencialidade de aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos. Nesse sentido, investir em projetos de trabalhos assistidos, assim como em oficinas de geração de renda, vem se mostrando uma excelente estratégia, em franco crescimento, apesar das limitações de ordens diversas.

Há, portanto, tantos arranjos sintomáticos quanto beneficiários. Há os que não lidam muito bem com a perda de uma “identidade funcional” que os referencia, saudosos de um tempo e de um lugar; há os que fazem do ganho do benefício uma razão a mais para não reconfigurar suas formas de gozo; há os que não suportam receber um benefício porque não possuem retaguarda simbólica para operacionalizar o que há de simbólico nessa ‘moeda de troca’. E há, claro, as ações bem-sucedidas, onde o provento fará a estrutura para possibilitar a vida na cidade. Há modos distintos, teorias próprias, saberes instituídos, mas não um consenso sobre seu manejo e consequências. Aos praticantes da psicanálise cabe não recuar em equivocar demandas, repensar direções e considerar que o “bem querer” não está sempre afinado ao “bem dizer”. Daí a importância de se dar uma atenção à origem do pedido: é o próprio paciente que o reivindica? Ou um de seus familiares ou até mesmo pessoas conhecidas? É legítimo que o desejo de conseguir um benefício parta de um profissional sem que este implique o paciente de quem cuida no processo? E quando o paciente não tem possibilidade de gerenciamento, quem deve fazê-lo? E se quiser recusá-lo? Perguntas iniciais que equivocam a concessão ‘no atacado’ e apontam para um negócio que só pode dizer de um cuidado se for feito no varejo, no caso a caso.

Perguntas suscitadas a partir da escuta de sujeitos como Denis, paciente com quadro de esquizofrenia grave, que passou anos internado até ir para um serviço de moradia, onde o conhecemos. A razão que justificou sua longa permanência no hospital, mesmo em tempos em que a Reforma Psiquiátrica já estava a todo vapor, é eminentemente clínica, baseada na singularidade do paciente. Segundo o

delírio de Denis, sua família havia sido enterrada ali e ele não aceitava ficar longe deles.

Depois de muito trabalho junto à psicóloga que o acompanhava, sua desospitalização tornou-se possível. O recurso que o próprio paciente criou para suportar essa mudança foi extremamente curioso: passou a negar que era o Denis e assim não teria abandonado sua família. Foi a saída que inventou para conseguir sair daquele lugar e ir para outro. Ao deixar de ser Denis passou a nomear-se Jesus Cristo, apresentando-se e inclusive assinando como tal.

Se essa saída foi exitosa, por um lado, trouxe algumas questões, justamente em relação à questão do dinheiro. Assinando como Jesus, ele perdeu o benefício que vinha ganhando havia anos. E não havia forma de convencê-lo, com o argumento que fosse, de que precisava voltar a assinar 'Denis'. Dizer que não tinha sentido, que assim ele estava se prejudicando, que precisava do dinheiro, não adiantava. E a equipe precisou suportar por um tempo que Denis ficasse sem esse dinheiro ao qual por lei tinha direito, já que não era esta a lei que regia seu funcionamento psíquico naquele período.

Nesse sentido, Leal (1999) nos alerta em relação aos perigos da paixão do cuidar. A autora associa a paixão excessiva do cuidar a uma redução nas possibilidades de se enxergar algo além. A clínica que propõe tem como um de seus "princípios-guia" um cuidado marcado pela provisoriedade. São os aspectos de cada situação que indicam o caminho a ser seguido. Na Saúde Mental a clínica é de riscos e incertezas, com saberes parciais e sujeitos em ressignificação, o que exige dos profissionais um exercício permanente de escuta da diferença, das singularidades. As tomadas de decisões, por vezes embaraçosas, por vezes inusitadas, devem se orientar não pela via da caridade, mas pela radicalidade de um saber-não-saber, que delinea a posição do analista como alguém que tributa o saber ao sintoma.

Considerações psicanalíticas sobre o dinheiro

Meio circulante oficial, o dinheiro é usado como o equivalente geral das mercadorias. A psicanálise o vê como algo complexo, por estar relacionado com diversos outros elementos de nosso psiquismo, em especial a sexualidade. Em linhas gerais, podemos dizer com Freud e Lacan que cada um lida com o dinheiro de uma forma muito própria, singular e que não há ninguém que saiba lidar completamente bem com isso. A ideia é que o manejo do dinheiro, de uma forma ou de outra, traz questões para todos nós. Curiosamente, nos relata Garcia (2003), o próprio Lacan escreve a seguinte frase a Pierre Martin: em questões de dinheiro não se permite nada, "eu sou intratável". Freud, por sua vez, gostava do adágio "somente a morte é grátis" (p. 97).

No cotidiano de nosso trabalho, escutamos de Gerson fala semelhante, revelando, à sua maneira, embaraços com relação ao dinheiro. Certo dia, sentia-se mal e ao conversarmos lhe perguntamos sobre a medicação, propondo-lhe uma consulta de revisão com o psiquiatra. O discurso que Gerson proferiu como resposta diz muito sobre si, sobre seu *pathos* psíquico enquanto sofrimento na lida com o dinheiro: “Os remédios não estão sendo um problema, vemos isso depois, diminui um, põe outro. As vozes me incomodam, mas eu dou um jeito, elas vão embora (sua técnica própria para pará-las é gritar bem forte: “Sai!”). O meu maior problema, o que me tira o sono, me dá a maior dor de cabeça, é o dinheiro: Quando eu tenho é um problema e quando eu não tenho também!”.

O artigo “Dinheiro é psicológico” aponta para a correlação não tão direta entre situação financeira e saúde emocional, pois “cada pessoa tem um jeito peculiar de lidar com dinheiro e, ao contrário do que a maioria das pessoas espera, ter dinheiro não significa ter mais paz de espírito” (Campos, 2003, p. 11). Como alerta Quinet (2002), as questões de dinheiro e as de sexo dividem o sujeito. As respostas às questões de dinheiro, assim como às de sexo, são sempre singulares: “não há duas pessoas que tenham a mesma relação com o dinheiro” (p. 87).

Freud (1913/1996c) afirma que “poderosos fatores sexuais acham-se envolvidos no valor que é atribuído ao dinheiro” (p. 146), acrescentando que as questões de dinheiro são tratadas da mesma maneira que as questões sexuais — com a mesma incoerência, pudor e hipocrisia. Tal aproximação entre o dinheiro e a sexualidade leva à constatação de que o dinheiro é libidinal, de que está ligado à obtenção de uma satisfação.

Outras associações trazidas por Freud (1908/1996a) à questão do dinheiro são o poder e o controle. O dinheiro como símbolo do poder é explicado pela marca fálica que lhe é atribuída, que mascara a falta-a-ter, conferindo a ilusão de que com ele tudo se pode. A relação com o controle aparece na equivalência com as fezes, sendo ambos “intimamente relacionados com a sujeira” (p. 162). Há ainda o paralelo entre o movimento de reter/soltar as fezes com o movimento de guardar/gastar o dinheiro.²

O dinheiro é pensado também em aproximação com o sintoma, sendo seu uso sintomático. Essa talvez seja a indicação mais preciosa quando pensamos no manejo da concessão de benefícios na estratégia de desinstitucionalização. Na clínica, Freud percebe que o sintoma é caro para o sujeito e passa a se interessar em saber como a doença e, particularmente o sintoma, poderiam ser amoedados pelo dinheiro. O sujeito tem satisfação com seu sintoma e, ao constatar isso, Freud irá falar em dois tipos de benefício, isto é, lucros na economia libidinal. O

² Mais sobre o tema em Laia (2004).

primeiro é o benefício primário, que é ficar doente: dessa ‘fuga para a doença’ se tira alguma vantagem. Já o benefício ou ganho secundário deriva do primeiro e, através dele, tiram-se ainda mais vantagens da doença. O que Freud demonstra é que aquilo que parece ser evidente — retomar a saúde — não o é. Há alguma coisa entre a queixa, o sofrimento e o desejo de deixar essa condição que não é óbvia. Tal proposição nos serve para pensar nos casos de usuários que se cristalizam na posição de ‘doentes mentais’ para não deixarem de ganhar o benefício do governo. São situações em que o modo como se lida com o dinheiro (ou com sua condição para obtê-lo) está alegoricamente marcado pelo sintoma, pela forma de organização subjetiva que cada um monta para si a partir da submissão à linguagem e ao campo do Outro.

O dinheiro só existe em função da linguagem, já que o homem nasce envolvido por seu manto e, portanto, sujeito à ordem simbólica. Sobre isso, Souza (1997) revela que o significante dinheiro aparece no discurso dos analisandos em sua radical singularidade, trazendo consigo seus equívocos. Laia (2004) nos diz da incidência do dinheiro como um S_1 , “significante fundamental em jogo nas trocas que corporificam a vida de um sujeito” (p. 24). Na própria obra freudiana, o caso do “Homem dos Ratos” (Freud, 1909) ilustra bem esse ponto, dada a equivalência entre tantos florins (nome da moeda do país em que o paciente vivia) e tantos ratos, provocada pela homofonia em alemão entre os dois termos. O paciente instituiu uma “moeda corrente de ratos” e através desse fenômeno de linguagem Freud pôde tirar novas conclusões acerca de sua dificuldade em pagar uma antiga dívida. O significante “rato” entrou na série de equivalências fálicas — dinheiro, pênis, filho.

Essa submissão às leis da linguagem leva à impossibilidade de desfrutarmos integralmente, fato que distingue o sujeito da psicanálise do sujeito do Direito. Segundo Barros (2007), a ordem do sistema jurídico — com a satisfação das demandas sociais — depende da interlocução não apenas de seus elementos internos, mas, também, do que extrapola os limites do estritamente jurídico. Por essa razão, a decisão de se conceder um benefício a um paciente deve passar necessariamente por aquilo que este diz e pelos caminhos que sua fala indica. É, portanto, uma decisão a ser tomada “na e da situação clínica, a partir daquilo que é dito pelo paciente e escutado pelo clínico”, este “movimentando-se como se fora uma embarcação ancorada pela fala do paciente” (Berlinck, 2004, p. 8).

Telma, João e o manéjo singular com o dinheiro

Ao atendermos pacientes que passaram a ser contemplados com algum benefício do governo fomos, tendo a clareza do quanto a lida com o dinheiro

diz muito mais sobre a subjetividade do que propriamente sobre a economia, as finanças. Seja no âmbito das neuroses ou das psicoses, o clínico que atua na Saúde Mental não pode se furtar em assumir que a relação com o dinheiro revela efeitos importantes de sujeito.

Telma é uma paciente que afirmou que ter dinheiro não é uma meta universal. O dinheiro para ela é algo especialmente difícil de lidar e tal fato parece ter a ver com sua história de vida. Nasceu em uma família muito pobre, em sua casa as coisas faltavam e ela sempre fala disso. Desde pequena se acostumou a viver com pouco e, após surtar e ser internada por longos anos, manteve esse padrão, tendo que dividir com os colegas o pouco que tinham.

Já em processo de desospitalização, recebia uma bolsa modesta e recusava-se veementemente a ir ao INSS solicitar outro benefício, ao qual tinha direito. Para ela, o argumento de que poderá receber mais dinheiro não tem sentido. “Eu tô bem com esse dinheiro” e “eu vivo bem *sem* dinheiro”, repetia irritada, caso insistissem. Gastar tudo e ficar sem não é problema para ela. Ao contrário, forjava neste “estar sem” uma posição subjetiva: a de pedinte. Assim tentava fazer laço, sendo essa uma forma possível de interagir. Vive pedindo cigarros porque deu todos que tinha. E quando compra um maço, se pediu emprestado um, paga com cinco.

Além de “dar tudo que tem” costuma presentear sua técnica de referência quando saem pelo bairro. Nessas ocasiões, em que o manejo clínico se dá no contexto do acompanhamento terapêutico, Telma praticamente exige que sua técnica lanche o mesmo que ela, ficando muito aborrecida quando esta se coloca como desejante, só aceitando o que quer. Como Telma compra as coisas sem se pautar pela lógica do “eu preciso disso?”, “eu quero isso?”, “vale a pena gastar com isso, ou com outra coisa?” — perguntas do campo das neuroses —, é difícil para ela acolher tal atitude. Não compreende uma lógica que não seja imperativa de gastar, esse gozo que advém do Outro, impositivo. Ao posicionar-se como sujeito de desejo, a técnica indica que o Outro pode ser barrado e tenta ajudar Telma a enfrentar situações que se repetirão no convívio social, na experiência de ser *louca* e também uma cidadã que consome.

Certa vez, na Páscoa, recebeu em uma “bolada” só várias bolsas atrasadas. Diante da notícia mostrou-se angustiada, entrando em estado maniaco. Precisava sair às compras para gastar todo o dinheiro em ovos de Páscoa. “Quero encher esse lugar de ovos de Páscoa”; “Vamos comprar logo porque tem muita gente no mundo, não vai sobrar ovo pra mim”, insistia aflita. “Quero acabar com esse dinheiro, nem que tenha que dar porrada nele!” E acrescentava em voz mais alta: “Pá, pá, pá, vou acabar com esse dinheiro!”. Telma precisava urgentemente acabar com o dinheiro para que ela, como sujeito, não acabasse.

O “ponto de basta”, presente na metáfora paterna, não opera para Telma, o que faz com que as compras desenfreadas sejam a única possibilidade de

resposta ao Outro. Soler (2002), falando do famoso caso Schreber, nos indica o que acontece nessa relação do sujeito, do Outro e do objeto quando não estão ordenados pela função fálica: uma desarticulação do Real, Simbólico e Imaginário, deixando ao sujeito a possibilidade de estruturação de uma metáfora, ou ao menos um delírio, que tente enodar aquilo que está sem ordenação. Um verdadeiro “vendaval” para Telma, que, sem retaguarda simbólica, precisa acabar com seu dinheiro para sobreviver e seguir “pedinte”.

Comprar coisas que remetam a estabilidade e permanência não lhe faz bem. Foi o caso do armário que comprou para ir tornando mais concreto um projeto de moradia. Nesse dia falou: “É a primeira compra grande que vou fazer na minha vida”. Quando o móvel chegou, indagou perplexa: “E agora...?”.

Vemos que compra grande para ela é o armário e não muito dinheiro em chocolate. Não é o quanto se gasta de uma vez o que importa e sim no que se gasta, o que isso representa para ela. Diferente de uma quantia em dinheiro bruto, o armário (material) aponta em direção à casa, questão delicada para quem é fortemente marcada pela institucionalização. E tem mais um ponto em que reside sua dificuldade de sair da instituição, expressado claramente nesta frase inusitada: “Se tiver que ganhar mais eu não vou!” (falou isso assim que soube que ir para uma casa significa ter direito a mais uma bolsa). Se já é difícil administrar, tanto prática quanto psiquicamente, o dinheiro que tem, imagina se tiver mais ainda.

No tratamento de João, escutar sua reação à oferta da concessão de um benefício foi para nós uma verdadeira experiência, a partir da qual fomos levadas a pensar coisas novas. Nos trouxe a “possibilidade de se pensar aquilo que ainda não foi pensado” (Berlinck, 1998, p. 57) tanto sobre o próprio paciente quanto sobre as articulações teórico-clínicas. Paranoico, que sofre por sempre estar na posição de objeto de gozo do Outro, João também surpreendeu a todos diante da proposta súbita de ganhar um benefício. Expressando uma desconfiança condizente com seu quadro clínico, perguntou: “De onde vem esse provento?!”. Aquilo que lhe seria “dado” não é lhe pareceu um bem, afinal, ele não tinha feito nada para merecê-lo. A desconfiança paranoica não cessa diante das explicações sobre direitos, e “se colocarmos o sujeito e o Outro cara a cara, a divisão fica claríssima: no delírio, o Outro acusa o sujeito supostamente inocente” (Soler, 2002, p. 58). O que lhe é oferecido como benefício não entra pacificamente para sua ordenação de sujeito, que toma aquilo que lhe é direito como algo que o persegue, o acusa. “De onde” as coisas supostamente dadas chegam, torna-se mais importante do que o provento em si.

Algo parecido ocorreu com Ribas (Macedo et al., 2003), paciente psicótico que entrou em crise na chegada à residência terapêutica em que passaria a morar após anos de internação. Os técnicos identificaram que foi justamente este o fator desencadeante de sua desestabilização, ao escutarem o paciente expressar,

assustado: “O que fiz para merecer isso?” (p. 92). Dessa experiência, a equipe constatou que “(...) o paciente se imbuíu de insígnias paternas para as quais não tinha retaguarda simbólica (p. 93)”. A partir desse episódio fortaleceram a defesa (com a qual fazemos coro) de que os direitos dos cidadãos devem ser respeitados, “inclusive o de não querer se beneficiar pelas ofertas de um programa” (p. 94). Por fim os autores falam de adaptar os regulamentos aos casos, “em favor das formas vivas do desejo” (p. 96).

Considerações finais

Ribas, João, Telma, Gerson, Denis, Cláudio e tantos outros usuários da Saúde Mental nos ensinaram que a lida com o dinheiro sempre traz consigo algum sofrimento e diz muito sobre o *pathos* psíquico de cada um. Nessa experiência vivida, compartilhada, tornou-se clara a necessidade de trabalharmos tomando clínica e política como indissociáveis. É a clínica, a dinâmica psíquica de cada caso que sustenta uma política, sendo a subjetividade o que sustenta a clínica.

Orientados não apenas por leis, mas por um desejo que aponta para emergência do sujeito, não podemos recuar diante dos impasses da responsabilização e tessituras da construção subjetiva de cada um em nome de um “bem querer” (Laia, 2004). As regras gerais só interessam se subjetivadas. É preciso fazer valer os recursos subjetivos como meios de manejar a convivência, implementando assim uma lógica coletiva que leve em conta o traço de cada um. Como vimos, a ideia de que todo benefício traz benefício se mostrou equivocada em nossa experiência clínica, apontando para o fato de que o benefício é importante, mas não suficiente para que mudanças e melhorias ocorram na vida dos usuários, já que a transformação da realidade objetiva é essencial, mas não suficiente para tal. Nas palavras de Lossada (2001), caminhamos na direção de que se “realize a norma e se efetue a lei vivificando-a pelo uso singular que alguém faz dela” (p. 162). O saber, portanto, está do lado do sujeito, não sendo algo prévio, interior às leis que regem uma política geral.³

³ Agradecemos a Paula Borsoi pela orientação da monografia “Se tiver que ganhar mais eu não vou”: considerações sobre o uso do dinheiro pelos usuários de Saúde Mental”, apresentada ao Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Janeiro – IPUB/UFRJ como requisito final para a obtenção do título em Saúde Mental nos moldes de Residência.

Referências

- Assumpção, S. S. F (2004). *Benefício de prestação continuada: uma estratégia para autonomia?* Dissertação de mestrado, Programa de Mestrado em Saúde Pública Políticas Públicas e Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, ENSP, Rio de Janeiro, RJ.
- Barros, F. O. (2007, julho-dezembro). O objeto *a* é um fundamento do laço social. *Almanaque on-line, Revista Eletrônica do IPSM-MG, 1(1)*. Recuperado de: <<http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/.htm>>.
- Berlinck, M. T. (1998, março). O que é a psicopatologia fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, 1(1)*, 46-59.
- Berlinck, M. T. (2004, setembro). O “fundamental” da psicopatologia fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, 2(3)*, 7-11.
- Campos, R. (2003, maio). Dinheiro é psicológico. *Revista Viver Psicologia, São Paulo, ano XI(124)*, 10-14.
- Freud, S. (1996a). Caráter e erotismo anal. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 157-164). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1908).
- Freud, S. (1996b). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 137-273). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1909).
- Freud, S. (1996c). Artigos sobre Técnica – Sobre o início do tratamento. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 137-158). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Garcia, G. (2003, agosto). La estructura libidinal del dinero. *Revista da EOL, Buenos Aires, 1(1)*, 95-97.
- Laia, S. (2004, abril). Dinheiro e psicanálise. *Correio, Belo Horizonte, 47*, 22-24.
- Leal, E. M. (1999). Tudo está em seu lugar? Da importância de irmos além dos princípios gerais na discussão da prática dos serviços-dia. *Cadernos IPUB / Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, 14*, 47-54.
- Lossada, C. (2001) Mercados: en busca de la singularidad perdida. *Revista da Escuela de la Orientación Lacaniana – EOL/Rosario - Fundación, 161-164*.
- Macedo, L. F. et al. (2003, setembro). Uma casa para Ribas. *Opção Lacaniana, Rio de Janeiro, 37*, 92-96.
- Quinet, A. (2002). *As 4 + 1 condições da análise* (9. ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando Identidades: da Reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: Té Corá Editora/Instituto Franco Basaglia.
- Serpeloni, F. (2007). *Análise das possíveis consequências do recebimento de benefícios mensais por crianças consideradas deficientes mentais*. Projeto de Pesquisa para Dissertação de Mestrado, Programa de Mestrado em Saúde Pública, Políticas Públicas e Saúde, Fundação Oswaldo Cruz/ ENSP, Rio de Janeiro, RJ.

Soler, C. (2002). *O inconsciente a céu aberto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Souza, N. S. (1997). A questão do dinheiro na psicanálise. *Agenda: Revista de Psicanálise*, Rio de Janeiro, 242-245.

Resumos

(Conceding benefits and betting on singularity: a challenge for Mental Health)

This paper focuses on problematizing the State's concession of benefits to Mental Health service users, and on reflecting about the use the latter make of this money. Result of the authors' experience in deinstitutionalization strategies, this paper is based on the theoretical and clinical references of psychoanalysis – betting on the singularization of practices that exist in and around dealing with money in the field of Mental Health. Examples of clinic cases illustrate the problems.

Key words: Mental Health, concession of benefits, psychoanalysis, singularity

(L'octroi d'avantages et le pari sur la singularité : un défi pour la santé mentale)

Cet article est consacré à la problématisation de l'octroi d'avantages par l'État aux utilisateurs des services de santé mentale et à la réflexion sur l'usage que ces utilisateurs font de l'argent. Fruit de l'expérience des auteures dans la stratégie de la désinstitutionalisation, il se base sur le référentiel théorique et clinique de la psychanalyse pour parier sur la singularisation des pratiques qui gravitent autour du maniement de l'argent dans le domaine de la santé mentale. Des extraits de cas illustrent la problématique.

Mots clés: Santé mentale, octroi d'avantages, psychanalyse, singularité

(La concesión de beneficios y la apuesta en la singularidad: un desafío para la Salud Mental)

Este artículo se dedica a la problematización de la concesión de beneficios por parte del Estado a los usuarios de los servicios de salud mental y a la reflexión acerca del uso del dinero por parte de estos usuarios. Fruto de la experiencia de las autoras en la estrategia de desinstitutionalización, este artículo se basa en la referencia teórica y clínica del psicoanálisis para apostar en la singularización de las prácticas que orbitan alrededor del manejo del dinero en el campo de la Salud Mental. Recortes de casos ilustran la problemática.

Palabras clave: Salud Mental, concesión de beneficios, psicoanálisis, *singularidad*

(Leistungsgewährung und Singularität: eine Herausforderung für die psychiatrische Versorgung)

Dieser Artikel diskutiert die Gewährung von staatlichen Leistungen an Patienten, die an psychischen Problemen leiden, sowie die Verwendung dieser Leistungen. Diese Arbeit beruht auf den theoretischen und klinischen Grundlagen der Psychoanalyse, sowie auf den Erfahrungen der Autorinnen mit De-institutionalisierungsstrategien. Der Artikel schlägt die Singularisierung der Maßnahmen vor; die diese Leistungen betreffen, was anhand von bestimmten Fällen illustriert wird.

Stichwörter: Psychische Versorgung, Leistungsgewährung, Psychoanalyse, Singularität

(健康福利支付和精神病的特殊性：对精神健康体系的挑战)

本论文讨论健康福利在精神健康体系的开支使用，特别是健康福利经费的使用方面的问题。论文作者多年研究精神病治疗体系，参照心理分析学理论和临床实践，提出去机构化的战略，把焦点聚集在精神病的特殊性上，精神病的特殊性质决定了精神病治疗的费用使用方面的特殊性。作者举例一些病例来展示健康福利系统在精神病治疗方面的费用的使用上的问题。

关键：精神健康，健康福利支付，心理分析学，独特性。

112

Citação/Citation: Hasky, F.; Frare, A.P. (2016, março). A concessão de benefícios e a aposta na singularidade: um desafio para a Saúde Mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 19(1), 99-113.

Editores do artigo/Editors: Profa. Dra. Ana Cristina Costa de Figueiredo e Profa. Dra. Andrea Máris Campos Guerra

Recebido/Received: 27.10.2015/ 10.27.2014 **Aceito/Accepted:** 29.1.2015 / 1.29.2015

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 have no conflict of interest to declare.

FLÁVIA HASKY

Psicóloga e Psicanalista; Mestre em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Br), com Especializações em Clínica Psicanalítica e Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria – IPUB/UFRJ. Participante da Escola Brasileira de Psicanálise, EBP-Rio.
Rua Capistrano de Abreu, 14 – Botafogo
22271-000 Rio de Janeiro, RJ, Br

ANA PAOLA FRARE

Psicóloga e Psicanalista; Doutora em pesquisa e clínica psicanalítica; Professora Adjunta da Universidade Federal Fluminense – UFF (Niterói, RJ, Br).
Universidade Federal Fluminense, E.C.H.S.V.R.
Rua Desembargador Ellis Ermydio Figueira, 783, Bloco A, sl. 311 – Aterrado
27213-145 Volta Redonda, RJ, Br



This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.

Introdução à “Paralisia agitante”, de James Parkinson (1817)*¹

German E. Berrios*²

114 Apesar de uma extensa pesquisa empírica, o significado da Doença de Parkinson (DP) permanece incerto.¹ É improvável que mais trabalhos “empíricos” solucionem esse problema, uma vez que a história da DP mostra algumas confusões conceituais implícitas. De fato, desde sua descrição “oficial”, em 1817, não houve um momento em que os limites clínicos da DP tenham permanecido verdadeiramente estáveis. Pesquisas atuais sugerem que a DP não é uma doença “unitária”, mas sim um complexo proteico de sinais e sintomas se formando e reformando periodicamente em diferentes subgrupos. Espera-se que uma análise histórica adequada da construção da DP possa esclarecer essas questões.

O texto em questão

Convencionalmente, a história da DP começa em 1817 com a publicação feita por James Parkinson (1755-1824),² de um trato incompleto

*¹ Tradução de Luana Villac; revisão técnica de Laszlo A. Ávila.

*² Universidade de Cambridge, Reino Unido.

¹ Obtenha exemplos a partir da consulta de grandes livros contendo todo o conhecimento atual sobre a DP: Koller & Melamed 2007; Pahwa & Lyons, 2007.

² Material suficiente foi publicado sobre a vida de James Parkinson (1755-1824), um obscuro cirurgião, político e paleontólogo amador inglês (Critchley, 1955; Tyler & Tyler, 1986; Morris, 1989). Para obter a história completa do desenvolvimento da DP, consulte: Lereboullet & Bussard (1884); Berrios (1995); Goldman & Goetz (2007).

intitulado “Paralisia agitante”, em que a condição foi definida como: “Movimento involuntário trêmulo, com força muscular diminuída, em partes não ativas, mesmo quando suportadas; com uma propensão de curvatura do tronco para frente e aceleração do ritmo da caminhada: com sentidos e intelecto permanecendo ilesos” (p. 1).

Para evitar uma leitura anacrônica da definição de Parkinson, é importante saber o significado do século XVIII para termos como paralisia cerebral, paralisia, sentidos, intelecto etc. Tanto Sauvages quanto Vogel, por exemplo, definiram “paralisia” como uma perda de movimento e sensibilidade (Cullen, 1803). Esse significado ainda era o oficial para estudantes de medicina no início do século XIX (Anônimo, 1803); de fato, após a publicação de Parkinson, o termo significava “a abolição ou o enfraquecimento da *sensibilidade* e do movimento voluntário — ou de apenas uma dessas faculdades — em uma parte do corpo” (Chamberet, 1819). Isso levanta a questão sobre o que Parkinson quis dizer com “Paralisia”. Ele se referia ao movimento apenas ou também à sensibilidade? Considerando isso, dois trechos da definição de Parkinson merecem reinterpretar: 1) “(...) força muscular reduzida”; e 2) “sentidos e intelecto permanecendo ilesos”.

Sobre o primeiro trecho, os médicos do século XIX interpretaram “força muscular reduzida” como a própria paresia e isso gerou um debate.³ Após os anos 1860, no entanto, os mesmos termos foram reinterpretados como “incapacidade de exercer força muscular (normal) devido à rigidez”. Curiosamente, é provável que Parkinson realmente se referia à *paralisia*! Em relação ao segundo trecho, a interpretação convencional foi que a “doença” não era acompanhada de insanidade (*sentidos* prejudicados) ou demência (*intelecto*) (Jelliffe & White, 1929). O mais importante para compreender essa declaração é saber o que Parkinson quis dizer com “sentidos”. Em uma leitura histórica, o termo deveria significar “modalidades sensoriais” (ou seja, visão, audição ou tato)⁴ em vez de “razão”. Isso estaria de acordo com a lógica de seu argumento médico, ou seja, de sua intenção de demonstrar que a sua doença não era apenas outra forma de *paralisia* (e, portanto, envolvia algumas modalidades sensoriais, tal como os acidentes vasculares cerebrais).

³ Bournville, editor das Leçons de Charcot, diz (Anexo II, Vol. 1, p. 394) que Charcot, em uma palestra de 19 de novembro de 1876, criticou o termo “paralisia” como inadequado, baseado em que a força muscular era bem preservada, e sugeriu o epônimo *Maladie de Parkinson*. Charcot confirmou isso em uma carta ao Dr. Nunn datada em 5 de maio de 1884 (consulte também p. X, Critchley, 1955). Nem todos concordaram com o novo nome. Por exemplo, William Gowers (1893) acreditava que “paralisia agitante” era suficientemente adequado.

Parkinson acreditava que a DP era uma *forma diferente* de paralisia, caracterizada por tremores (*agitans*) e festinação (*scelotyrbé*), mas não por *deficiência sensorial*: “depois de efetuadas as consultas necessárias sobre esses dois estados de espírito (...) que parecem ser os sintomas característicos da doença, torna-se necessário, em seguida, esforçar-se para *distinguir* esta doença das demais (...)” (Parkinson, 1817, p. 27). De fato, havia poucos motivos (médicos ou históricos) para essa necessidade de definir uma doença física dizendo: “aliás, ela não é acompanhada por insanidade”.⁴ Essa leitura também concordaria com o fato de que um de seus casos, o Conde de Lordat, *foi de fato afetado por um grave distúrbio mental*.⁵

Em relação à palavra “intelecto”, é provável que Parkinson (1817) tenha se referido à cognição, uma vez que descreve: “o estado intacto do intelecto” (p. 45). Sua vontade de negar a presença de sintomas cognitivos também faz sentido, uma vez que naquela época a deficiência intelectual era considerada parte e parcela da “paralisia” (Chamberet, 1819). De fato, nenhum dos nove pacientes mencionados por Parkinson (idade média de 60 anos) foi descrito com “demência”;⁶ isso faria sentido em relação aos sujeitos com início precoce da DP, que tendem a ter menor expectativa de vida. Isso também estaria de acordo com a sugestão de que a “demência” só começou a ser relatada como uma complicação da DP após a década de 1850, quando os agentes antimuscarínicos foram introduzidos como tratamento (Miller et al., 1987).⁷

Uma interpretação definitiva da definição de Parkinson terá que esperar por novas evidências históricas. Também é de se lamentar que Parkinson parece nunca ter terminado sua monografia. Análises textuais sugerem que ela deveria conter duas partes. Na ocasião, ele completou apenas a primeira, que trata do tremor e da festinação; a segunda parte, supostamente destinada a lidar com os “sentidos e intelecto”, parece não ter sido escrita.

⁴ Além dele, James (1745) divide em seu dicionário clássico os sentidos como externos e internos, os primeiros sendo “os meios ou instrumentos da sensação externa e são comumente reconhecidos como cinco sentidos” (p. 590, Vol. 3).

⁵ “Nunca antes vi um sujeito tão melancólico. O paciente, um homem naturalmente bonito e de estatura média, cheio de disposição e mente ativa, pareceu muito magro, curvado e abatido” (Parkinson, 1817, p. 40).

⁶ Consulte Berrios (1987) para obter o significado de demência durante esse período.

⁷ O tratamento com antimuscarínicos pode ter prolongado a vida, permitindo, assim, o aparecimento da demência ou, mais provavelmente, pode ter causado a deficiência cognitiva.

Histórico dos principais sintomas da DP

O interesse de Parkinson em tremores e festinação (em detrimento da acinesia e rigidez) propõe um problema histórico interessante. Uma explicação óbvia é que seus pacientes *não apresentaram esses sinais* (de fato, apenas cinco de seus nove casos parecem realmente corresponder aos seus próprios critérios de diagnóstico!). Outra explicação seria que, no início do século XIX, a “conceitualização” da rigidez e acinesia ainda não tivesse sido completada (Barbeau, 1958). Essa parece ser a visão de Schiller (1986), que sugeriu que a separação entre rigidez e “espasmos” ocorreu apenas após a década de 1860. O mesmo poderia ser dito da acinesia (incapacidade de se mover, não devido à insuficiência de mecanismos motores voluntários), que não parece ter sido separada da paralisia senão após a publicação da monografia de Parkinson (Ajuriaguerra, 1975).

Em oposição à rigidez e acinesia, o conhecimento sobre a semiologia do tremor era bem avançado naquela época e desde os tempos de Galeno a variedade estática e dinâmica tinham sido reconhecidas. Durante o século XVIII, um termo havia sido renomeado por Van Swieten como *palpitação* (e acreditava-se ser convulsivo em origem), e o outro foi chamado de *tremor* e associado à paralisia (Demange, 1887, p. 61). Cullen (1803) afirmou que o tremor era sempre “sintomático à paralisia, astenia ou convulsões e, portanto, não deveria ser tratado por si só” (p. 282). Parkinson (1817) queixou-se de que o termo “tremor foi adotado, como um gênero, por quase todos os nosologistas; mas sempre sem demarcação, em suas várias definições, por tantas facetas quanto esta doença poderia abranger” (p. 2). Em seguida, ele descreveu a história natural do tremor em sua doença: início insidioso, ligeira sensação de fraqueza, fadiga e, em seguida, interferência gradual em tarefas como escrever e comer (pp. 3-7).

Até meados do século XIX, os tremores permaneceram, nas palavras de Romberg (1853), “a ponte que conduz da região das convulsões até a paralisia” (p. 230), ou seja, a hipótese de Van Swieten ainda era válida. Romberg (1853) incluiu os tremores sob as “neuroses de motilidade” e tratou com exemplos prototípicos: tremor mercurial, *tremor potatorum* (alcoólico), *senil*, *febril* e paralisia agitante (pp. 231-235). Em 1841, Hall reintroduziu o termo “paralisia agitante” e (surpreendentemente cedo) relatou um leve delírium e letargia como sintomas ocasionais da doença (Hall, 1841).

Por sua vez, Charcot distinguiu novamente o tremor intencional e em repouso e queixou-se de que a DP e seu tremor tinham sido negligenciados na França (Charcot, 1886, pp. 158-160). Ele concordou com a visão de Gubler de que o tremor era uma forma de *astasia musculaire* e atribuiu a Ordenstein (1868)

o diagnóstico diferencial final entre os tremores vistos na Esclerose Múltipla e na DP (Cohn, 1860; citado na p. 161, Charcot, 1886).⁸

Em 1877, Jackson apresentou uma hipótese cerebelar do tremor, fazendo uso de sua dicotomia negativo-positivo, sugerindo que o tremor e a rigidez estavam em um continuum: “quando o indivíduo é saudável, o fluxo cerebelar é totalmente antagonizado; nos estágios iniciais da paralisia agitante, ele é intermitentemente antagonizado — o movimento constituindo cada tremor que ocorre entre os impulsos cerebrais; e nas fases finais ele não é antagonizado, e há uma tal corrente de impulsos do cerebelo que ocorre rigidez. Temos paresia cerebral com tremor cerebelar; mais tarde, a paralisia cerebral com rigidez cerebelar” (Jackson, 1931, p. 454).

Conclusões

O que foi mencionado acima sugere que é importante pesquisar sobre a história-da construção do que é atualmente chamado de Doença de Parkinson. Apesar de incompleta, a pequena monografia sobre a “Paralisia agitante”, escrita por James Parkinson em 1817, continua sendo um documento importante.

Referências

- Ajuriaguerra, J. de (1975). The concept of Akinesia. *Psychological Medicine* 5, 129-137.
- Anônimo (1803). *The Edinburgh Practice of Physic, Surgery and Midwifery* (Vol. 2), Medicine. London: Kearsley.
- Barbeau, A. (1958). The understanding of involuntary movements: An historical approach. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 127, 469-489.
- Berrios, G.E. (1987). Dementia during the 17th and 18th Century: A Conceptual History. *Psychological Medicine* 17, 829-837.

⁸ Charcot estava se referindo ao trabalho de seu pupilo Ordenstein (1868). Em uma nota de rodapé, no entanto, Charcot se sentiu forçado a aceitar que não havia sido Ordenstein, afinal, quem primeiro propôs a diferença entre EM e DP: “Cohn, porém, já havia notado que em dois casos com múltiplas placas no cérebro e na medula espinhal, o tremor só apareceu quando os pacientes queriam realizar um movimento, mas nunca em repouso ou durante o sono” (Charcot refere-se aqui a Cohn, 1860).

CLÁSSICOS DA PSICOPATOLOGIA

- Berrios, G.E. (1995). Parkinson's Disease (Paralysis Agitans). In G.E. Berrios & R. Porter (Eds.). *A History of Clinical Psychiatry* (pp. 95-113). London: Athlone Press. (Portuguese translation: Berrios, G.E. (2012). Doença de Parkinson (Paralysis Agitans). In G.E. Berrios & R. Porter (Eds.). *Transtornos Neuropsiquiátricos* (pp. 163-186). São Paulo: Escuta.
- Chamberet, N. (1819). Paralysis. In *Dictionnaire des Sciences Médicales* (Vol. 39). Paris: Panckouke.
- Charcot, J.M. (1886). *Oeuvres Complètes* (Vol. 1). Paris: Delahaye.
- Cohn (1860). Ein Beitrag zur Lehre der Paralysis Agitans. *Wiener Medizinischen Wochenschrift* (Charcot, 1886, p. 161).
- Critchley, M. (Ed.) (1955). *James Parkinson 1755-1824*. London: MacMillan.
- Cullen, W. (1803). *Synopsis Nosologiae Methodicae* (6th ed.) Edinburgh: Creech.
- Demange, E. (1887). Tremblement. In A. Dechambre & L. Lereboullet (Eds.). *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales* (Vol. 97, pp. 59-77). Paris: Masson.
- Goldman, J.G. & Goetz, C.G. (2007). History of Parkinson's Disease. In W.C. Koller & E. Melamed (2007). *Parkinson's Disease and related disorders. Parts I. Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 83, pp. 109-128). The Hague: Elsevier.
- Gowers, W. (1893). *A Manual of Diseases of the Nervous System* (2nd ed., vol 2. London: Churchill
- Hall, M. (1841). *On the Diseases and Derangements of the Nervous System*. London: Baillière.
- James, R. (1745). Sensus Externi. In *Medicinal Dictionary* (Vol. 3). London: T Osborne.
- Jackson, J.H. (1931). *Selected Writings* (pp. 452-458). London: Hodder and Soughton.
- Jellife, S.E. & White, W.A. (1929). *Diseases of the Nervous System* (5th ed.). London: Lewis.
- Koller, W.C. & Melamed, E. (2007). Parkinson's Disease and related disorders. Parts I & II. *Handbook of Clinical Neurology* (Vols. 83 and 84). The Hague: Elsevier.
- Lereboullet, L. & Bussard, T. (1884). Paralyse agitante. In A. Dechambre & L. Lereboullet (Eds.). *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales* (Vol. 72, pp. 614-654). Paris: Masson.
- Miller, E.; Berrios, G.E. & Politynska, B.E. (1987). The adverse effect of Benzhexol on memory in Parkinson's Disease. *Acta Neurologica Scandinavica*, 76: 278-282.
- Morris, A.D. (1989). *James Parkinson. His life and Times* (pp. 131-148). Boston: Birkhäuser.
- Ordenstein, L. (1868). *Sur la paralysie agitante et la sclérose en plaques généralisées* Thèse de Paris. Paris: Mortimer.
- Pahwa, R. & Lyons, K.E. (2007). *Handbook of Parkinson's Disease* (4th Ed.). New York: Informa Health Care.

- Parkinson, J. (1811). *Observations on the Act for Regulating Mad-Houses*. London: Whittingham and Rowland.
- Parkinson, J. (1817). *An Essay on the Shaking Palsy*. London: Sherwood, Neely, and Jones.
- Romberg, M.H. (1853). *A Manual of the Nervous Diseases of Man* (translated by E.H. Sieveking). Vol. 2, London: Sydenham Society.
- Schiller, F. (1986). Parkinson's rigidity: the first hundred-and-one years 1817-1918. *History and Philosophy of Life Sciences* 8, 226-236.
- Tyler, K.L. & Tyler, H.R. (1986). The secret life of James Parkinson. *Neurology*, 36: 222-224.

Citação/Citation: Berrios, G.E. (2016, março). Introdução a “Paralisia agitante”, de James Parkinson (1987). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 19(1), 114-121.

Editor do artigo/Editor: Prof. Dr. German E. Berrios

Recebido/Received: 13.8.2015 / 8.13.2015 **Aceito/Accepted:** 30.10.2015 / 10.30.2015

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.

GERMAN E. BERRIOS

Médico e filósofo pela Universidad Nacional de San Marcos, Lima, Peru; Psiquiatra; Neurologista; Psicólogo; Filósofo; Historiador e Filósofo da ciência (Oxford University, England); Professor de Neuropsiquiatria e de Epistemologia da Psiquiatria (University of Cambridge, England), desde 1976; Neuropsiquiatra e Chefe do Departamento de Neuropsiquiatria do Hospital Addenbrooke, University of Cambridge, por 32 anos; Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos na mesma universidade, por vinte anos; Editor Responsável de *History of Psychiatry*; Autor de 14 livros, incluindo *The History of Mental Symptoms, Descriptive Psychopathology since 19th Century* (Prêmio Nacional BMA, 1997), *A History of Clinical Psychiatry* (com Roy Porter), e *Delirio* (com F. Fuentenebro) e mais de 400 artigos e capítulos

CLÁSSICOS DA PSICOPATOLOGIA

de livros; Membro do Royal College of Psychiatrists, da Associação Britânica de Psicologia e da Academia Britânica de Ciências Médicas; Membro Vitalício do Robinson College, Cambridge; doutor *Honoris Causa* da Universidade de Heidelberg (Alemanha), da Universidade Nacional Mayor de San Marcos (Peru) e da Universidad Autónoma de Barcelona (Espanha); Grão Oficial da Ordem del Sol (Condecoração do Governo Peruano, 2007); prêmio Ramon y Cajal 2008 concedido pela Asociación Internacional de Neuropsiquiatria.

University of Cambridge
Box 189, Hills Road
Cambridge,
UK CB2 2QQ
e-mail: geb11@cam.ac.uk



This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.

Um ensaio sobre a paralisia agitante*

James Parkinson

PREFÁCIO

122

As vantagens que derivaram do cuidado com o qual afirmações hipotéticas são admitidas, não são de modo algum mais óbvias do que naquelas ciências que mais particularmente pertencem à arte da cura. É, portanto, necessário que alguma explanação conciliatória seja oferecida para a presente publicação, na qual se reconhece que a mera conjectura toma o lugar do experimento, e que a analogia é o substituto para o exame anatômico, única base segura para o conhecimento patológico.

Entretanto, quando a natureza do objeto e as circunstâncias nas quais é mencionado são consideradas, espera-se que a apresentação das seguintes páginas ao público médico não seja severamente censurada. A doença, a respeito da qual a presente investigação é realizada, é de natureza altamente aflitiva. Não obstante esse fato, ela ainda não obteve um lugar na classificação dos nosologistas. Alguns consideraram seus sintomas característicos como doenças distintas e diferentes, e outros deram o seu nome a doenças que diferem essencialmente dela. Enquanto isso, o infeliz sofredor a considera um flagelo, do qual não tem perspectiva de fugir.

* Publicado originalmente em 1817, em Londres. Tradução para o português, de Luana Villac.

A doença tem longa duração. Portanto, relacionar os sintomas que ocorrem em seus estágios finais com aqueles que marcam o seu início requer uma observação contínua do mesmo caso ou, pelo menos, um histórico correto de seus sintomas, mesmo durante vários anos. O autor teve a oportunidade de se beneficiar de ambas as vantagens e foi, conseqüentemente, levado particularmente a observar vários outros casos nos quais a doença existia em diferentes estágios de evolução. Por meio dessas observações repetidas, espera ter sido levado a uma conjectura provável sobre a natureza da enfermidade e que a analogia tenha sugerido meios que poderiam ser produtivos para aliviar e talvez até curar a doença, se empregados antes de a doença ter há muito se instalado. Ele, portanto, considera ser um dever submeter suas opiniões ao exame dos outros, mesmo em seu atual estado de imaturidade e imperfeição.

Postergar sua publicação certamente não pareceu ser justificável. A doença escapou de uma observação particular, e a tarefa de determinar a sua natureza e causa por meio da investigação anatômica não parece passível de ser assumida por aqueles que, a partir de suas habilidades e oportunidades, tinham maior probabilidade de realizá-la. Que esses amigos da humanidade e da ciência médica, que já nos revelaram muitos dos processos mórbidos pelos quais a saúde e a vida são abreviadas, possam estar animados em estender suas pesquisas a esta enfermidade, foi muito desejado, e espera-se que isso possa ser conseguido por meio da publicação destas observações.

Se a informação necessária for assim obtida, o autor não reclamará de nenhuma censura que a publicação precipitada de meras sugestões conjecturais possa gerar, mas considerar-se-á totalmente recompensado por ter chamado a atenção daqueles que possam apontar os meios mais apropriados para aliviar uma enfermidade fastidiosa e muito angustiante.

ÍNDICE

CAP. I – Definição – Histórias – Casos Ilustrativos

CAP. II – Sintomas Patognomônicos

Examinados – *Tremor Coactus* – *Scelotyrybe Festinans*

CAP. III – Paralisia agitante diferenciada de outras doenças com as quais pode ser confundida

CAP. IV – Causa imediata – Causas remotas – Casos Ilustrativos

CAP. V – Considerações com respeito aos meios de cura

Um ensaio sobre a Paralisia Agitante

Capítulo I

DEFINIÇÃO – HISTÓRIA – CASOS ILUSTRATIVOS Paralisia Agitante (*Paralysis Agitans*)

Movimentos trêmulos involuntários, que reduzem a potência muscular, em partes que não estão em ação e mesmo quando apoiadas; com a propensão para curvar o tronco à frente e de passar de um ritmo de caminhada a um ritmo de corrida: sem prejudicar os sentidos e o intelecto.

O termo paralisia agitante tem sido vagamente empregado por autores médicos em geral. Por alguns, ele foi utilizado para designar casos comuns de Paralisia, na qual ocorreram alguns tremores leves; enquanto, por outros, foi aplicado a certas afecções anômalas não pertencentes à Paralisia.

O tremor dos membros pertencente a esta doença foi particularmente notado, como será visto ao tratar dos sintomas, por Galen, que marcou o seu caráter peculiar por um termo apropriado. O mesmo sintoma, também se verá, foi precisamente tratado por Sylvius de la Boë. Juncker também parece ter mencionado este sintoma: tendo dividido o tremor em ativo e passivo, ele diz sobre o último, “ad affectus semiparalyticos pertinent; de qualibus hic agimus, quique tremores paralytoidei vocantur.” Tremor foi adotado como um gênero por quase todos os nosologistas, mas sempre não marcado, em suas várias definições, pelas características que incluiriam esta doença. O celebrado Cullen, com sua precisão costumeira, observa: “Tremorem, utpote semper symptomaticum, in numerum generum recipere nollem; species autem a Sauvagesio recensitas, prout mihi vel astheniæ vel paralytios, vel convulsionis symptomata esse videntur, his subjungam”.¹ Tremor pode de fato apenas ser considerado um sintoma, embora devam ser admitidas várias espécies deste. No presente exemplo, a agitação produzida pela espécie particular de tremor que ocorre aqui é escolhida para dar o epíteto pelo qual esta espécie de paralisia pode ser distinguida.

¹ Synopsis Nosologiæ Methodicæ, Tom. ii, p. 195.

HISTÓRIA

Tão leves e quase imperceptíveis são as primeiras incursões desta enfermidade, e tão extremamente vagarosa é sua evolução, que raramente é possível para o paciente formar qualquer lembrança do período preciso do seu início. Os primeiros sintomas percebidos são um leve senso de fraqueza, com a propensão para o tremor em algumas partes em particular; algumas vezes na cabeça, porém mais usualmente em uma das mãos e um dos braços. Esses sintomas gradualmente aumentam na parte primeiramente afetada; e em um período incerto, porém raramente em menos do que 12 meses ou mais, a influência mórbida é sentida em alguma outra parte. Assim, pressupondo-se que uma das mãos e um dos braços sejam primeiro afetados, a outra mão ou braço se torna similarmente afetada nesse período. Após alguns poucos meses, o paciente torna-se menos rígido do que o normal em manter uma postura ereta: isto é mais observável enquanto ele caminha, mas algumas vezes enquanto está sentado ou em pé. Algum tempo após o aparecimento desse sintoma, e durante sua lenta progressão, uma das pernas começa a tremer levemente, e também começa a sofrer fadiga antes da outra perna, e, em alguns meses, esse membro se torna agitado por tremores similares e sofre uma perda similar de potência.

Até então, o paciente terá, no entanto, vivenciado poucos inconvenientes; e sob a forte influência da perseverança habitual, talvez raramente pense que está sendo objeto da doença, exceto quando lembrado pela falta de firmeza da sua mão, ao escrever ou ao realizar qualquer tipo de manipulação. Entretanto, conforme a doença evolui, atividades similares são realizadas com dificuldade considerável, com a mão falhando em responder com exatidão aos ditados da vontade. Caminhar se torna uma tarefa que não pode ser realizada sem uma atenção considerável. As pernas não são elevadas naquela altura ou com a prontidão que se deseja, sendo, portanto, necessário o maior cuidado para evitar quedas frequentes.

Nesse período, o paciente vivencia muitos inconvenientes, o que infelizmente aumenta dia após dias. A submissão dos membros às ordens da vontade é dificilmente conseguida no desempenho das tarefas mais simples da vida. Os dedos não podem ser dispostos nas direções propostas e apontados com certeza em direção a qualquer ponto. Conforme o tempo e a doença avançam, as dificuldades aumentam: escrever agora só é possível com muita dificuldade; e ler, devido aos movimentos trêmulos, é possível com alguma dificuldade. Enquanto isso, às refeições, o garfo que não é devidamente direcionado frequentemente falha em elevar o bocado de comida do prato que, quando garfado, é levado com muita dificuldade à boca. Nesse período, o paciente raramente experimenta a interrupção da agitação de seus membros. Começando, por exemplo, em um braço,

a cansativa agitação é suportada até muito além do sofrimento, quando através de uma mudança súbita de postura ela para por alguns instantes naquele membro, para iniciar, geralmente em menos de um minuto, em uma das pernas ou no outro braço. Atormentado por esse círculo vicioso, o paciente recorre à caminhada, um modo de exercício em relação ao qual os sofredores desta doença são geralmente parciais. Devido à sua atenção ser por meio dela desviada dos sentimentos desagradáveis, pelo cuidado e esforço exigidos para garantir seu desempenho seguro.

Entretanto, na medida em que a enfermidade evolui, mesmo essa mitigação temporária do sofrimento da agitação dos membros é negada.

A propensão para curvar-se para frente torna-se invencível, e o paciente é então forçado a pisar com os dedos e a parte da frente dos pés, enquanto a parte superior do corpo é jogada tão à frente que se torna difícil evitar uma queda com o rosto no chão. Em alguns casos, quando esse estágio da enfermidade é alcançado, o paciente não pode mais se exercitar caminhado da sua maneira usual, sendo, no entanto, jogado sobre os dedos e a parte da frente dos pés, sendo, ao mesmo tempo, irresistivelmente impelido a dar passos mais rápidos e curtos e, portanto, a adotar um ritmo indesejado de corrida. Em alguns casos, torna-se necessário substituir totalmente a corrida pela caminhada; caso contrário, o paciente ao caminhar apenas alguns passos inevitavelmente cairia.

126 Nesse estágio, o sono se torna muito conturbado. Os movimentos trêmulos dos membros ocorrem durante o sono e aumentam até que despertem o paciente, e frequentemente com muita agitação e alarme. O poder de levar a comida à boca é tão prejudicado que ele é obrigado a consentir que outros o alimentem. Os intestinos, que estiveram entorpecidos, agora, na maioria dos casos, demandam medicamentos consideravelmente fortes para estimulá-los: a expulsão das fezes do reto algumas vezes requer uma ajuda mecânica. Conforme a doença evolui em direção ao seu estágio final, o tronco está quase que permanentemente curvado, a potência muscular está decididamente mais reduzida e a agitação trêmula se torna violenta. O paciente agora caminha com grande dificuldade; não mais capaz de apoiar-se em sua bengala, ele não ousa mais se aventurar em um exercício, a menos que ajudado por um cuidador, que caminhando de costas à sua frente evita que o paciente caia para frente, pressionado suas mãos contra a parte frontal de seus ombros. Suas palavras são agora dificilmente inteligíveis, e ele não só não é capaz de se alimentar, mas quando o alimento é levado à sua boca são tantas as ações dos músculos da língua, da faringe, impedidas pela ação prejudicada e pela agitação interminável, que o alimento é retido com dificuldade na boca até ser mastigado e, então, com a mesma dificuldade, engolido. Agora também, devido à mesma causa, outra circunstância muito desagradável ocorre: a saliva falha em ser direcionada à parte posterior das fauces, e assim baba continuamente da boca, misturada com as partículas do alimento, que ele não é mais capaz de tirar de dentro da boca.

Conforme a debilidade aumenta e a influência da vontade sobre os músculos desaparece, a agitação trêmula se torna mais veemente. Ela agora raramente o deixa por um momento. Entretanto, mesmo quando exausto, a natureza rouba boa parte do sono, o movimento se torna tão violento que sacode não apenas a cama, como também o piso e os caixilhos do quarto. O queixo está agora quase sem movimento, caído sobre o esterno. As papinhas com as quais se tenta alimentá-lo, junto com a saliva, escorrem continuamente da boca. A força da articulação é perdida. As urinas e as fezes saem involuntariamente; e, por fim, a sonolência constante, com um leve delírio, e outras marcas da exaustão extrema anunciam a tão desejada libertação.

Caso I

Quase todas as circunstâncias notadas na descrição anterior foram observadas em um caso que ocorreu há vários anos e que, devido aos sintomas particulares que se manifestaram em sua evolução, ao pouco conhecimento sobre sua natureza admitido pelo médico que o atendeu e ao modo do seu fim, resultou em um desejo ávido de obter algum conhecimento extra sobre a sua natureza e causa.

O paciente deste caso era um homem de pouco mais de 50 anos de idade, que exerceu diligentemente a profissão de jardineiro, levando uma vida de moderação e sobriedade notáveis. O início da enfermidade foi primeiro manifestado por um ligeiro tremor da mão e do braço esquerdos, uma circunstância que ele atribuiu ao fato de ter realizado por vários dias um tipo de trabalho que exigiu considerável esforço daquele membro. Embora muitas vezes questionado, ele não se lembrou de nenhuma outra circunstância que possa considerar como tendo provavelmente causado sua enfermidade. Ele não sofreu muito com o reumatismo nem teve dores de cabeça, nem qualquer convulsão súbita que poderia ser chamada de apoplexia ou hemiplegia. Nesse caso, todas as circunstâncias que foram mencionadas na história anterior ocorreram.

Caso II

O paciente do caso que foi em seguida observado foi casualmente encontrado na rua. Era um homem de 62 anos de idade que passou a maior parte da vida trabalhando como assistente no gabinete de um magistrado. Ele estava sofrendo da doença havia oito ou dez anos. Todas as extremidades estavam

consideravelmente agitadas, sua fala era muito interrompida e o corpo muito curvado e trêmulo. Ele caminhava quase inteiramente sobre a parte da frente dos pés, e teria caído a cada passo se não estivesse apoiado em sua bengala. Descreveu a doença como tendo aparecido gradualmente e como sendo, de acordo com sua total certeza, a consequência de irregularidades consideráveis em seu modo de vida e, particularmente, da sua indulgência com bebidas alcoólicas. Era morador de uma casa pobre em uma localidade distante, e estando totalmente certo da natureza incurável de sua doença, recusou qualquer tentativa de alívio.

Caso III

128 O caso a seguir também foi observado casualmente na rua. O paciente era um homem de cerca de 65 anos de idade, com uma constituição atlética notável. A agitação dos braços e pernas, e, aliás, da cabeça e de todo o corpo, era muito veemente para permitir que fosse chamada de tremor. Ele era completamente incapaz de caminhar; o corpo estava tão curvado e a cabeça tão jogada para frente que o obrigavam a seguir em uma corrida contínua, e a utilizar sua bengala a cada cinco ou seis passos para forçá-lo a ficar em uma postura mais ereta, projetando sua ponta com grande força contra o pavimento. Declarou que foi marinheiro e atribuiu seus problemas de saúde a ter ficado vários meses confinado em uma prisão na Espanha, onde se deitou, durante todo o período de seu confinamento, sobre a terra nua e úmida. A doença até então havia evoluído tanto e por tanto tempo que permitia pouca ou nenhuma perspectiva de alívio. Além disso, ele era um pobre mendigo, necessitando, além dos meios do experimento médico, aquelas ajudas colaterais que só seriam possíveis em um hospital. Recomendou-se, portanto, que ele participasse do experimento se algum alívio pudesse ser-lhe proporcionado daquele modo. O pobre homem, no entanto, não parecia de modo algum disposto a participar do experimento.

Caso IV

O próximo caso que se apresentou era de um cavalheiro de aproximadamente 55 anos, que havia sentido o tremor dos braços pela primeira vez cerca de cinco anos antes. Sua inscrição foi por conta de um grau considerável de inflamação sobre as costelas inferiores do lado esquerdo, que terminaram na formação de matéria sob a fáscia. Cerca de meio litro foi removido ao se fazer a abertura

necessária, e uma quantidade considerável foi diariamente drenada por duas ou três semanas. Após sua recuperação, não parece ter havido nenhuma mudança em seu problema de saúde original. A oportunidade para conhecer sua evolução futura foi perdida devido à sua remoção para uma parte distante do país.

Caso V

Em outro caso, cujos detalhes não puderam ser obtidos, o cavalheiro, o paciente do caso em estado deplorável que apenas pode ser visto à distância, um dos sintomas característicos desta enfermidade, a incapacidade para a locomoção, exceto em ritmo de corrida, parecia estar presente em um grau extraordinário. Parecia ser necessário que tal cavalheiro fosse amparado por seu cuidador, em pé em frente a ele com uma mão apoiada em cada ombro, até que, com balanços leves para frente e para trás, ele estivesse em posição de equilíbrio; quando ele começava a correr, o cuidador deslizava e corria para frente, ficando pronto para recebê-lo e evitar sua queda, após o cavalheiro ter corrido cerca de vinte passos.

Caso VI

Em um caso que se apresentou para observação após os acima mencionados, todas as informações quanto à evolução da enfermidade foram prontamente obtidas. O cavalheiro que era o paciente do caso tinha 62 anos de idade. Ele levou uma vida de moderação e nunca foi exposto a qualquer situação ou circunstância em particular que pudesse considerar passível de ter ocasionado ou tê-lo disposto a esse problema de saúde; ele o considerava incidental à sua idade avançada, em vez de objeto de atenção médica. Ele, no entanto, se lembra de que há vinte anos, teve dores lombares, que foram graves e perduraram por algum tempo. Há 11 ou 12 anos, ou talvez mais, notou pela primeira vez fraqueza na mão e no braço esquerdos, e logo depois percebeu o início dos tremores. Em cerca de três anos após o incidente, o braço direito foi afetado de maneira similar, e logo em seguida os movimentos convulsivos afetaram todo o corpo e começaram a interromper a fala. Após cerca de três anos daquele momento as pernas foram afetadas. Nos últimos anos, a atividade dos intestinos foi muito prejudicada; e em dois ou três períodos diferentes, com grande dificuldade, eles funcionaram em situação de forte catarse. Entretanto, nos últimos 12 meses, esta dificuldade não tem sido tão grande; talvez devido ao aumento da secreção da mucosa que envolve as fezes, que precede e se segue à sua saída em quantidade considerável.

Cerca de um ano depois, ao caminhar durante a noite, descobriu que tinha quase perdido o uso do lado direito, e que a face estava repuxada para o lado esquerdo. Seu atendente médico o viu no dia seguinte, quando o encontrou abatido, com uma pulsação fraca e rápida, sem dor de cabeça ou disposição para dormir. Portanto, nada mais foi feito além de promover a atividade dos intestinos e colocar um vesicatório na parte de trás do pescoço, e em aproximadamente duas semanas os membros haviam se recuperado inteiramente do seu estado de paralisia. Durante o tempo em que permaneceram nesse estado, nem o braço nem a perna do lado paralisado foram afetados pela agitação trêmula, mas quando o estado de paralisia foi removido, o tremor retornou.

Atualmente, ele é quase constantemente acometido de agitação, que descreve como geralmente se iniciando em um grau leve e aumentando gradualmente, até que atinja tal força a ponto de sacudir o quarto. Quando, através de uma mudança de postura súbita e algo violenta, ele é quase sempre capaz de interrompê-la. No entanto, logo após, ela começará em algum outro membro, em um grau pequeno, e crescerá gradualmente em violência, mas ele não se recorda de ter verificado se a isso se seguiu algum efeito prejudicial. Quando a agitação não era assim interrompida, declarou, ela gradualmente se expandia através de todos os membros e, por fim, afetava todo o tronco. Para ilustrar sua observação sobre o poder de interromper um movimento através de uma súbita mudança de postura, ele, tendo acabado de chegar de uma caminhada, com todos os membros sacudindo, jogou-se violentamente sobre uma cadeira e disse “Agora, eu estou tão bem quanto sempre estive em minha vida”. Os tremores pararam completamente, mas retornaram em dois minutos.

Ele agora possuía pouco poder para dar a direção necessária para os movimentos de qualquer parte. Tinha pouca capacidade de se alimentar sozinho. Havia escrito de maneira pouco inteligível durante os últimos três anos e no momento não podia mais escrever. Seu cuidador observou que ultimamente os tremores algumas vezes começavam durante o sono e aumentavam até despertá-lo: quando ele sempre ficava em um estado de agitação e alerta.

Ao ser perguntado se caminhava com medo de cair, disse que sofria muito com isso; e respondeu afirmativamente à pergunta sobre se tinha qualquer dificuldade em evitar começar a correr. Foi perguntado se enquanto caminhava tinha muito medo da dificuldade de elevar seus pés, se visse uma pedra no caminho. Ele declarou, de maneira enfática, seu alarme em tais ocasiões, e sua esposa observou que ela acreditava que ao caminhar pelo quarto, ele considerava isso tão difícil quanto pisar em um alfinete.

Os casos anteriores parecem pertencer à mesma espécie: diferindo uns dos outros, talvez, apenas em quanto tempo a doença existia até então e a que estágio havia evoluído.

Capítulo II

SINTOMAS PATOGNÔMICOS EXAMINADOS – *TREMOR COACTUS* –
SCELOTYRBE FESTINANS

Observou-se na história anterior da doença, e nos casos acompanhados, que certas afecções, as agitações trêmulas, e a quase invencível propensão para correr, quando apenas se deseja andar, que foram consideradas pelos nosologistas como doenças distintas, mostraram-se sintomas patognomônicos desta enfermidade. Para determinar sob quais desses pontos de vista essas afecções deveriam ser consideradas, pareceu necessário fazer uma tentativa de examinar sua natureza e pesquisar as opiniões de autores anteriores em relação a elas.

*

* *

I. *Movimento trêmulo involuntário, com potência muscular voluntária reduzida, em partes, em inatividade, e mesmo com apoio.*

É necessário que a natureza peculiar deste movimento trêmulo seja averiguada, para dar ao mesmo a designação apropriada, assim como para formar conjecturas prováveis quanto à natureza da enfermidade, que ele ajuda a caracterizar. Os tremores foram diferenciados por Juncker como Ativos, aqueles resultantes de súbita afecção da mente, como terror, raiva etc., e Passivos, dependentes de causas debilitantes, tais como idade avançada, paralisia etc.² Uma distinção muito mais satisfatória e útil, porém, é feita por Sylvius de la Boë naqueles tremores que são produzidos por tentativas em movimento voluntário e aqueles que ocorrem enquanto o corpo está em descanso.³ Sauvages distingue

131

² Junckeri conspect. de tremore.

³ Sect. V. Ubi autem solito pauciores deferunter ad eadem organa spiritus animales, imperfectæ ac imbecillæ observantur fieri eadem functiones, in motu tremulo et infirmo, nec diu durante, in visu debili, ac mox defatigato, &c.

Sect. XIX. Inæqualiter, inordinatè, ac præter contraque voluntatem moventur spiritus animales per nervos ad partes mobiles, in motu convulsivo, ac tremore, quassuve membrorum coacto.

Distinguendus namque his tremor quiescente licet ac decumbente corpore molustus a motu tremulo, de quo dictum. Sect. V. Quique quiescente corpore cessat, eodemque iterum moto repetit.

Sect. XXV. Coactus tremor debetur animalibus spiritibus inordinatè ac continuo, cum aliquo impetu ad trementium membrorum musculos per nervos propulsis: sive fuerit is universalis, sive particularis, sive corpus fuerit ad huc robustum sive debile, Sylvi de la Boe. Prax. lib. i. cap. xlii.

a última dessas espécies (*Tremor Coactus*) observando que as partes trêmulas saltam e vibram, mesmo quando apoiadas: entrementes, alguns tremores cessam, ele observa, quando o esforço voluntário para mover o membro para, ou a parte é apoiada, mas retornam quando queremos que o membro se movimente; de onde se supõe, ele diz, que o tremor é distinto de outros tipos de espasmo.⁴

Um pequeno grau de atenção será suficiente para perceber que Sauvages, por meio apenas dessa distinção, de fato separa esse tipo de movimento trêmulo e que é o tipo peculiar desta doença, do *Genus Tremor*. Ao fazê-lo, ele é totalmente justificado pela observação de Galen sobre o mesmo assunto, como observado por Van Swieten.⁵ “*Binas has tremoris species*” Galenus subtiliter distinxit, atque etiam diversis nominibus insignivit, tremor enim (τδομζ) facultatis corpus moventis et vehentis infirmitate oboritur. Quippe nemo, qui artus movere non instituerit tremet. Palpitantes autem partes, etiam in quiete fuerint, etiamsi nullum illis motum induxeris palpitant. Ideo primam (*posteriorem*) modo descriptam tremoris speciem, quando quiescenti homini involuntariis illis et alternis motibus agitantur membra, palpitationem (παλμων) dixit, posteriorem (*primam*) vero, quæ non fit nisi homo conetur partes quasdam movere tremorem vocavit.”

Com autoridade, o termo palpitação pode ser empregado para marcar aqueles movimentos mórbidos que caracterizam principalmente esta doença, não obstante este termo ter sido previsto por Sauvages como característica de outra espécie de tremor.⁷ A separação entre a palpitação dos membros (*Palmos* de Galen, *Tremor Coactus* de de la Boë) e tremor é a que mais deve ser insistida, uma vez que a distinção pode ajudar a levar a um conhecimento sobre o centro da doença. Deve-se também ter em mente que essa afecção é distinguível de tremor

⁴ Nosolog. Methodic. Auctore Fr. Boissier de Sauvages, Tomi. II. Partis ii. p. 54. 1763.

⁵ Comment, in Herman. Boerhaav. Aphorismos. Tom. ii. p. 181.

⁶ De tremore. Cap. 3 and 4. Chart, Tom. vii. p. 200-201.

⁷ Sect. XVI. *Tremor palpitans*, Preysinger classis morborum. *Palmos* Galeni.

In tremoribus vulgaribus, æqualibus temporum intervallis, non musculus, sed artus ipsemet alternatim attollitur aut deprimitur, aut in oppositas partes it atque redit per minima tamen spatiosa; in palpitatione verò sine ullo ordine musculi unius lacertus subito subsilit, nec regulariter continuoque movetur, sed nunc semel aut bis, nunc minimè intra idem tempus subsilit; an causa irritans in sensorio communi, an in musculo ipse palpitante Quærenda sit, ignoramus. *Nosologiae Methodicæ*, Vol. I. p. 559. 1768.

No entanto, o uso que Sauvages fez deste termo não será aqui considerado uma proibição absoluta do seu emprego. Uma vez que o *tremor palpitans* de Sauvages deve ser considerado mais uma palpitação dos músculos, enquanto o movimento que é um sintoma tão proeminente desta doença, pode ser considerado uma palpitação dos membros.

pela agitação, no primeiro, que ocorre enquanto a parte afetada está apoiada e não está sendo utilizada, e também sendo interrompido pela adoção de movimento voluntário; enquanto o último, o tremor é imediatamente induzido ao colocar as partes em movimento. Sendo assim um artista, afligido pela enfermidade aqui tratada, enquanto sua mão e seu braço estão palpitando fortemente, agarrará seu pincel e seus movimentos serão suspensos, permitindo a ele utilizá-lo por um curto período. Mas, no tremor, se a mão estiver razoavelmente livre da afecção, se a caneta ou lápis for pego, os tremores começam imediatamente.

*

* *

II. *A propensão para curvar o tronco para frente e para passar do ritmo de caminhada ao de corrida.*

Essa afecção, cuja observação parece autorizar a mesma ser considerada um sintoma peculiar desta doença, foi mencionada por alguns nosologistas: parece ter sido primeiro notada por Gaubius, que disse “Ocorrem casos nos quais os músculos devidamente estimulados para a atividade pelo impulso da vontade o fazem com uma agilidade espontânea e com um ímpeto que não deve ser reprimido, aceleram o seu movimento e correm perante à mente de má vontade. É uma falha frequente dos músculos pertencentes à fala; por outro lado, ainda sobre estes apenas: Vi um que era capaz de correr, mas não de falar.”⁸

Sauvages, referindo-se a esse sintoma, diz que outra doença que foi vista muito raramente por autores parece se referir ao mesmo gênero (Scelotyrbe, do qual ele torna *Chorea sancti viti* a primeira espécie); que, ele diz, “acho que não pode haver nome mais adequado do que Scelotyrbe aceleradora ou apressadora (*Scelotyrbem festinantem, seu festiniam*)”.

Scelotyrbe festinans, ele diz, é uma espécie particular de scelotyrbe, na qual os pacientes, embora desejem caminhar do modo comum, são forçados a correr, que foi visto por Carguet e pelo ilustre Gaubius; uma afecção similar da fala, quando a língua assim ultrapassa a mente, é chamada de volubilidade. Mons. de Sauvages atribui esta queixa a uma carência de flexibilidade nas fibras musculares. Sendo assim, ele supõe que os pacientes dão passos menores e lutam

⁸ Est et ubi musculi, recte quidem ad voluntatis nutum in actum concitati, injussa dein agilitate atque impetu non reprimendo motus suos accelerant, mentemque invitam præcurrunt. Vitium loquelæ musculis frequens, nec his solis tamen proprium: vidi enim, qui currere, non gradi, poterat*.

* Institution, Patholog. Medicinal. Auctore. H. D. Gaubio. 751.

com um esforço ou ímpeto mais do que o normal para superar a resistência; caminhando com um passo rápido e acelerado, como se apressado contra a sua vontade. *Chorea Viti*, ele diz, ataca os jovens de ambos os sexos, mas esta doença apenas aqueles em idade avançada; e acrescenta que até agora ele viu apenas dois desses casos; e que não tem nada a oferecer a seu respeito, seja na teoria ou na prática.⁹

Tendo feito as pesquisas necessárias em relação a essas duas afecções, *Tremor coactus* de Sylvius de la Boë e de Sauvages, e *Scelotyrbe festinans* do último nosologista, que parecem ser sintomas característicos desta doença, torna-se necessário, como passo seguinte, empreender a distinção desta doença de outras que podem ter semelhança com a mesma em alguns aspectos particulares.

Capítulo III

PARALISIA AGITANTE DIFERENCIADA DE OUTRAS DOENÇAS COM AS QUAIS PODE SER CONFUNDIDA

Ao tratar de uma doença a partir de um conjunto de sintomas, alguns dos quais parecem não ter ainda chegado ao conhecimento geral dos profissionais,

⁹ Ad idem genus morbi altera species rarissima ab auctoribus prætervisa referenda videtur, quam non aptius nominari posse putem quàm scelotyrbem festinantem, seu festiniam.

Sect. II. *Scelotyrbe festinans*: est peculiaris scelotyrbes species in qua ægri solito more dum gradi volunt currere coguntur, quod videre est apud D. Carquet, et observavit Leydæ illustr. Gaubius. *Patholog. instit.* 751, et in loquela hæc *volubilitas* dicitur quâ lingua præcurrit mentem. Video actu mulierem sexagenariam hoc affectam morbo siccitati nervorum tribuendo; laborat enim rheumatismo sicco, seu ab acrimonia sanguinis, dolores nocte a calore recrudescunt, à thermis non sublevantur: ei præscripsi phlebotomiam, et præmissis jusculis ex lactucâ, endiviâ, et collo arietis, lene catharticum, inde vero lacticinia.

Est affinitas cum scelotyrbe, chorea viti, deest flexibilitas in fibris musculorum; unde motus breves edunt, et conatu seu impetu solito majori, cum resistentiam illam superare nituntur, velut inviti festinant, ac præcipiti seu concitato passu gradiuntur. Chorea viti pueros, puellasve impuberes aggreditur; festinia vero senes, et duos tantum hactenus observare mihi contigit. Quam multos autem videmus morbos, paucissimosque observamus. De theoria et præxi nihil habeo quod dicam; etenim sola experientia praxin cujusvis morbi determinat, et ex hac pro felici vel infausto successu theoria dein elicienda est. *Nosolog. Methodic.* Auctore Fr. Boissier de Sauvages. Tomi. II. Part ii. p. 108.

é necessário ter um cuidado especial ao tentar marcar suas características diagnósticas. É suficiente, em geral, apontar as diferenças características que são observáveis entre doenças que se parecem, em alguns aspectos, umas com as outras. No entanto, neste caso, mais é necessário: é necessário mostrar que se trata de uma doença que não está de acordo com nenhuma outra que está marcada nos arranjos sistemáticos dos nosologistas; e que o nome pelo qual ela é aqui distinguida foi até agora vagamente aplicado a doenças muito diferentes umas das outras, assim como daquela da qual é agora apropriado.

Paralisia, seja como consequência da compressão do cérebro ou dependente da exaustão parcial da energia do órgão, pode, quando os membros paralisados são afetados por movimentos trêmulos, ser confundida com esta doença. Nesses casos, a abolição ou diminuição da ação muscular voluntária ocorre subitamente, e a capacidade de sentir algumas vezes também fica prejudicada. Mas, nesta doença, a diminuição da influência da vontade sobre os músculos ocorre muito lentamente, é sempre acompanhada, e até mesmo precedida, por agitações das partes afetadas, e nunca por uma capacidade de sentir reduzida. Os ditados da vontade são até mesmo nos estágios finais da doença transmitidos aos músculos; e os músculos atuam no impulso, mas suas ações são distorcidas.

Casos anômalos de afecções convulsivas foram designados com o termo paralisia agitante: um termo que parece ser impropriamente aplicado a esses casos, independentemente da falta de concordância entre tais casos e a doença que aqui foi designada como paralisia agitante. Dr. Kirkland, em seu comentário sobre as Afecções Apopléticas e Paralíticas etc., menciona o seguinte caso, relacionado pelo dr. Charlton como pertencendo, ele diz, à classe das paralisias agitantes. “Mary Ford, de constituição sanguínea e robusta, teve um movimento involuntário de seu braço direito, ocasionado por um susto, que primeiro causaram espasmos convulsivos e uma dor lancinante no estômago, que desapareceram subitamente, e seu braço direito foi instantaneamente lançado em um movimento involuntário e perpétuo, como o balanço de um pêndulo, elevando a mão a cada vibração mais alto do que sua cabeça, mas, se por qualquer razão o movimento era interrompido, a dor de estômago voltava e os espasmos convulsivos eram a consequência certa, que terminavam quando a vibração de sua mão retornava”.

Outro caso, que o doutor designa de ‘Uma paralisia agitante’, aparentemente causada por vermes, assim descrita: “Um pobre menino, cerca de 12 ou 13 anos de idade, foi acometido por uma paralisia agitante. Suas pernas se tornaram inúteis e, juntamente com sua cabeça e mãos, ficaram em uma agitação contínua; após muitas semanas tentando vários remédios, a minha assistência foi solicitada.

Tendo seus intestinos sido limpos, receitei a ele um grão de ópio por dia no comprimido; e em três ou quatro dias a agitação tinha quase completamente o

deixado”. Seguindo este plano, o remédio provou ser um vermífugo, e logo ele pôde andar e teve a saúde perfeita restaurada.

É necessário aqui determinar se esses casos podem ou não ser classificados como paralisia agitante; como, se eles forem adequadamente classificados, os casos que foram descritos nas páginas anteriores diferem tanto destes para certamente haver uma oposição quanto a serem classificados juntos: e a doença, que é objeto destas páginas, não pode ser considerada a mesma com paralisia agitante, como caracterizada por aqueles casos.

O termo paralisia agitante é evidentemente inaplicável ao primeiro desses casos, que parece pertencer mais propriamente ao gênero *Convulsio*, de Cullen, ou ao *Hieranosos* de Linnæus e Vogel.¹⁰

O último parece se referir àquela classe de formas proteales da doença, geradas por um estado desordenado de via direta, simpaticamente afetando a influência nervosa em uma parte distante do corpo.

A menos que seja dada atenção a uma circunstância, esta doença será confundida com aquelas espécies de tremores passivos às quais o termo paralisia agitante tem sido frequentemente aplicado. Esses são, *tremor temulentus*, os tremores consequentes da indulgência em consumir bebidas alcoólicas; aqueles que procedem do emprego não moderado de chá e café; que parece depender da idade avançada; e todos os tremores que procedem de várias circunstâncias que induzem à diminuição da potência no sistema nervoso. No entanto, prestando atenção apenas naquela circunstância, que já foi notada como característica do mero tremor, a distinção será logo feita. Se o membro que treme for apoiado,

¹⁰ *Corporis agitatio continua, indolens, convulsiva, cum sensibilitate.—Linn.*

Agitatio corporis vel artuum convulsiva continua, chronica, cum integritate sensuum.—Vogel.

Este gênero é resolvido por Cullen como sendo da Convulsão. *Synops. Nosol.* 1803.

Dr. Macbride forneceu um caso muito interessante e ilustrativo desta doença.

“Hieranasos ou Morbus Sacer, assim chamado, vulgar e supostamente resultante de bruxaria, ou de alguma influência celestial extraordinária, é um gênero diferente de doença, embora muito incomum; o autor uma vez teve uma oportunidade para ver um caso. O paciente era um jovem de cerca de 17 anos, que no momento já estava lutando contra esta doença extraordinária há mais de 12 anos. Seu corpo estava tão distorcido e as pernas e os braços tão torcidos a seu redor, pela contínua ação convulsiva, que nenhuma palavra pode descrever adequadamente a estranheza de sua figura; a agitação dos músculos era perpétua, mas, em geral, ele não reclamava de dor ou enjoo; e seus sentidos estavam mantidos em perfeito estado, tanto que ele costumava ajudar a sua mãe, que mantinha uma pequena escola, a ensinar as crianças a ler.” *A methodical Introduction to the Theory and Practice of Physic.* By David Macbride, M.D. p. 559.

e nenhum de seus músculos for colocado em ação, os tremores cessarão. Na paralisia agitante real, o contrário disso ocorre: a agitação continua com força total, embora o membro esteja em descanso e não esteja sendo empregado; e, algumas vezes, diminui ao iniciar-se o emprego dos músculos.

Capítulo IV

CAUSA IMEDIATA – CAUSAS REMOTAS – CASOS ILUSTRATIVOS

Antes de fazer qualquer tentativa de apontar a natureza e a causa desta doença, é necessário alegar que isso é feito em circunstâncias muito desfavoráveis. Sem a ajuda de investigações anteriores imediatamente direcionadas a esta doença, e não tendo tido a vantagem, em um único caso, daquela luz que o exame anatômico propicia, apenas opiniões e não fatos podem ser oferecidos. A conjectura encontrada na analogia e uma consideração atenta dos sintomas peculiares da doença foram os únicos guias que puderam ser obtidos para esta pesquisa, cujo resultado é, e deve ser, oferecido com hesitação.

137

SUPOSTA CAUSA IMEDIATA

Um estado enfermo da *medula espinhal*, naquela parte que está contida no canal, formada pela vértebra cervical superior, e se estendendo conforme a doença avança para a *medula oblongata*.

Pela natureza dos sintomas, aprendemos que a doença depende de alguma irregularidade na direção da influência do nervo; pela grande variedade de partes afetadas, que o prejuízo ocorre na fonte dessa influência em vez de meramente nos nervos das partes; pela situação das partes cujas ações são prejudicadas e pela ordem na qual elas são afetadas, que a causa imediata da doença está na parte superior da medula espinhal; e pela ausência de qualquer prejuízo aos sentidos e ao intelecto, que o estado mórbido não se estende ao encéfalo.

Existindo incerteza quando à natureza da causa imediata desta doença, as suas causas remotas devem ser necessariamente mencionadas com indecisão. Pressupondo-se, no entanto, o estado que acabou de ser mencionado como a causa imediata, pode-se concluir que isso pode ser o resultado de prejuízos na própria medula ou na teca que ajuda a formar o canal na qual está inserida.

O grande grau de mobilidade naquela porção da espinha que é formada pela vértebra cervical superior pode torná-la, e as partes contidas, passível a ferimento devido a contorções súbitas. Consequentemente, portanto, pode se seguir uma inflamação de progressão mais rápida ou mais lenta, doença da vértebra, desarranjo da estrutura na medula ou em suas membranas, espessamento ou até mesmo ulceração da teca, efusão de fluidos etc.

Mas, em nenhum caso que foi observado, o paciente se lembrou de ter tido um ferimento desse tipo, ou qualquer dor fixa anteriormente nessas partes, que possa ter levado à opinião de que a base dessa enfermidade estivesse assim estabelecida. Sobre a questão das causas remotas, não foram obtidos ainda relatos satisfatórios de qualquer dos sofrendores. Embora uma pessoa tenha atribuído esta aflição à indulgência às bebidas alcoólicas e outra a deitar por longo tempo sobre o chão úmido; as outras foram incapazes de sugerir qualquer circunstância que, em sua opinião, possa ser considerada como dando origem, ou tendo disposto, à calamidade que sofriram.

Os casos ilustrativos da natureza e da causa desta enfermidade são muito raros. No próximo caso, sintomas muito similares foram observados, na medida em que afetavam as extremidades inferiores. Não se deve duvidar de que a medula espinhal foi aqui afetada, em sua parte inferior, mas isso, infelizmente, nunca foi averiguado por meio de exame. Deve-se, no entanto, notar que este caso diferiu daqueles que foram expostos desta doença, no súbito aparecimento dos sintomas.

A. B. com a idade de 26 anos, durante a administração de mercúrio para uma afecção venérea, foi exposto a um clima severamente inclemente, por muitas horas, e na manhã seguinte reclamou de dor extrema nas costas, e da total incapacidade para empregar voluntariamente os músculos das extremidades inferiores, que ficaram continuamente agitadas com graves movimentos convulsivos. O médico que o atendeu empregou aqueles meios que pareciam os melhores para aliviá-lo, porém, sem efeito benéfico. As extremidades inferiores estavam em contínua agitação com fortes movimentos palpitantes e, frequentemente, três ou quatro vezes em um minuto, subitamente se elevando com grande veemência dois ou três pés do chão, na direção frontal ou oblíqua, batendo um membro contra o outro, ou contra as cadeiras, mesas ou qualquer substância que estivesse no caminho. Para parar esses movimentos desordenados, nada foi efetivo, exceto golpear as coxas com força durante as convulsões mais violentas. Não foi obtida nenhuma vantagem de nenhum dos meios que foram empregados durante os 12 meses seguintes. Dez anos inteiros após esse período, o infeliz objeto desta enfermidade foi encontrado na rua, deslocando-se sozinho sentado em uma cadeira; os movimentos convulsivos haviam cessado, e os membros se tornaram totalmente inertes e insensíveis a qualquer impulso da vontade.

Deve-se reconhecer que, nos casos bem conhecidos descritos pelo sr. Potts, desse tipo de paralisia dos membros inferiores que é frequentemente encontrado acompanhando a curvatura da espinha, e onde existe um estado cariado da vértebra, nenhuma analogia instrutiva foi descoberta; leves movimentos convulsivos podem, de fato, ocorrer na doença procedente da curvatura da espinha, mas movimentos palpitantes dos membros, tais como os pertencentes à doença aqui descrita, não parecem ter sido até agora observados.

Enquanto batalho para determinar a natureza e a origem desta doença, tornou-se necessário dar os seguintes detalhes de um caso interessante de paralisia ocasionada por uma queda, acompanhada de sintomas incomuns, relatada pelo dr. Maty, no terceiro volume de *Observações e Pesquisas Médicas*. O paciente deste caso, o Conde de Lordat, teve a infelicidade de cair de um barranco muito alto e inclinado. Sua cabeça foi arremessada contra o alto de uma carruagem e curvou-se da esquerda para a direita; seu ombro, braço e especialmente sua mão esquerda tiveram uma contusão considerável. De início, ele sentiu muita dor ao longo do lado esquerdo do seu pescoço, mas não teve, naquele momento ou depois, qualquer desmaio, vômito ou vertigem. No sexto dia, ele verteu sangue, por conta da dor no seu ombro e da contusão na sua mão, que foi então o único sintoma do qual reclamou e do qual logo se viu livre. Próximo ao início do inverno seguinte, ele começou a sentir *uma pequena dificuldade em pronunciar algumas palavras e seu braço esquerdo ficou mais fraco*. Na primavera seguinte, tendo sofrido consideravelmente do inverno severo, achou que *as dificuldades em falar e em mover seu braço esquerdo tinham aumentado consideravelmente*. Ao utilizar as águas termais de Bourbonne, sua fala ficou mais desenvolta, mas em seu retorno a Paris, a paralisia havia aumentado e o braço ficou inutilizado. No início da primavera seguinte, ele foi a Balaruc, quando foi afetado por *movimentos convulsivos involuntários em todo o seu corpo*. O braço esquerdo murchou cada vez mais, *começou a cuspir*, e agora *pronunciava algumas palavras com muita dificuldade*. Fricções e sinapismos foram sucessivamente tentados, e foi feita uma abertura com material cáustico e mantida aberta por algum tempo sem qualquer efeito, mas não é feita menção sobre em que parte a abertura foi feita.

Logo após esse fato, e três anos e meio após a queda, o dr. Maty viu o paciente pela primeira vez e dá a seguinte descrição da sua situação. “O paciente mais melancólico que eu já observei. O paciente, naturalmente um belo homem, de estatura média, sanguíneo, de disposição alegre e mente ativa, parecia macilento, inclinado e abatido. *Ele ainda caminhava sozinho com uma bengala, de um cômodo a outro, mas com grande dificuldade e de maneira cambaleante*. Sua mão e seu braço esquerdos haviam se reduzido e dificilmente realizavam qualquer movimento. *O direito estava em torpor e ele dificilmente conseguia*

elevá-lo até sua cabeça. Sua saliva escorria continuamente de sua boca e ele não conseguia retê-la nem cuspi-la para longe. As palavras que ele ainda conseguia pronunciar eram monossilábicas, e saíam, após muito esforço, em uma expiração violenta, e em uma voz tão baixa e com a articulação tão indistinta que era muito difícil compreendê-las, a não ser aqueles que conviviam com ele. Ele conseguia respirar com muita dificuldade, sua pulsação era fraca, porém não acelerada nem intermitente. Conseguia se alimentar muito pouco, não podendo mastigar nem engolir sólidos, e até mesmo sentindo muita dor ao engolir líquidos. O leite era quase seu único alimento; seu corpo estava muito frouxo; sua urina natural; seu sono bom, seus sentidos e poderes da mente não estavam prejudicados; ele prestava atenção, era sensível a tudo o que era dito na conversa e se mostrava muito interessando em participar. Mas era continuamente contido pela dificuldade de sua fala e pela dificuldade imposta a seus ouvintes. Felizmente, para ele, era capaz de ler e até mesmo de escrever, como me mostrou, colocando em minhas mãos um relato de sua situação atual que ele mesmo elaborou; e fui informado que ele gastou todo o seu tempo escrevendo sobre os mais tortuosos assuntos.”

Esse cavalheiro faleceu cerca de quatro anos após o acidente, quando o corpo foi examinado pelo dr. Bellett e pelo Mons. Sorbier, que fizeram o seguinte relato:

140 “Primeiro examinamos os músculos da língua, que estavam afinados e com uma textura frouxa. Não observamos nenhum sinal de compressão nos nervos linguais ou braquiais, no alto de sua saída da base do crânio e da vértebra do pescoço; mas eles nos pareceram mais compactos do que normalmente são, estando quase tendinosos. A dura-máter estava em estado sólido, porém a pia-máter estava cheia de sangue e linfa; nela, várias hidátides, e em direção às fauces, algumas marcas de supuração foram observadas. Os ventrículos estavam cheios de água e o plexo coroide estava consideravelmente aumentado e cheio de sangue coagulado. A superfície cortical do cérebro pareceu mais marrom do que o habitual, mas a parte medular ou o cerebelo não estavam prejudicados. Notamos principalmente a medula oblongata, que estava muito aumentada, ultrapassando o tamanho normal em mais de um terço. Do mesmo modo, estava mais compacta. As membranas, que na sua continuação incluíam a medula espinhal, estavam tão duras que foi muito difícil cortá-las, e observamos que esta era a causa da textura tendinosa dos nervos cervicais. A medula tinha se tornado tão sólida que não se deformava sob a pressão de nossos dedos, resistindo como um corpo caloso, e não ficando com hematoma. Essa dureza foi observada em toda a extensão da vértebra do pescoço, e diminuía em graus, e não era nem de perto tão considerável na vértebra do tórax. Embora o paciente tivesse apenas trinta anos de idade, as cartilagens do esterno estavam ossificadas e demandaram muito trabalho para cortá-las, como embaixo das costelas; como aquelas, as costelas estavam esponjosas, porém mais brancas. Os pulmões e o coração estavam firmes. No

fundo do estômago havia uma inflamação, que aumentava à medida que se estendia aos intestinos. O íleo tinha tonalidade escura e lívida, o que é observado em partes membranosas tendendo à mortificação. O cólon não tinha mais do que uma polegada de diâmetro, o reto era ainda pequeno, mas ambos pareciam firmes. A partir dessas aparências, não tínhamos dúvida em fixar a causa da paralisia gradual na alteração da medula espinhal e da oblongata.”

Dr. Bellett oferece a seguinte explanação para estas mudanças. “Imagino que, por meio desse acidente, com a cabeça violentamente curvada para a direita, as membranas dos nervos do lado esquerdo foram excessivamente alongadas e irritadas; que esta causa se estendeu em graus para a medula espinhal, que sendo assim comprimida, fez surgir os sintomas de paralisia, não apenas no braço esquerdo, mas em alguma medida também no braço direito. Este endurecimento parece ter sido ocasionado pelo afluxo constante de sucos nutritivos, que pararam naquele lugar e foram privados da maioria das suas partes líquidas; os mais grossos incapazes de se espalhar na cavidade do osso, onde ficaram confinados, puderam apenas adquirir maior solidez, e transformaram um corpo macio em uma massa dura e quase óssea. Esse relato similar do aumento da medula oblongata, que ao ser carregada com mais sucos do que era capaz de enviar, inchou da mesma maneira que os galhos de uma árvore, que cresce a um tamanho monstruoso, quando a seiva que corre dentro deles para de avançar. A medula oblongata não ter crescido tanto como a espinhal se deve, sem dúvida, ao fato de não ficar confinada em uma teca óssea, mas circundada por partes macias, que permitiu a ela espaço para se espalhar. A obstrução por parte da massa desta substância deve ter afetado o cérebro, e provavelmente induziu o espessamento da pia-máter, as hidátides, e o começo da supuração, enquanto a dura-máter, tendo uma textura mais dura, não foi prejudicada.”¹¹

Em alguns dos sintomas que apareceram neste caso, observa-se uma concordância entre ele e aqueles casos que foram mencionados no começo destas páginas. O estado enfraquecido de ambos os braços; a força diminuindo primeiro em um braço e, então, de maneira similar no outro braço; a afecção da fala; a dificuldade em mastigar e engolir, bem como em reter ou liberar livremente a saliva; os movimentos convulsivos do corpo e o estado sem prejuízo do intelecto; constituem tal grau de concordância que, embora não possa marcar uma identidade da doença, servem pelo menos para mostrar que quase as mesmas partes foram o lugar da doença em ambas as instâncias. Assim, atingimos alguma coisa como uma confirmação da suposta causa imediata e uma das pressupostas causas ocasionais.

¹¹ Medical Observations and Inquiries, Vol. III. p. 257.

Ao conjecturar sobre a causa desta doença, as seguintes observações coletadas sobre os efeitos de um ferimento na medula espinhal, por Sir Everard Home, mereceram atenção particular. A partir delas, verificou-se que nenhum dos sintomas característicos desta enfermidade é produzido por compressão, laceração ou divisão completa da medula espinhal.

“A pressão na medula espinhal do pescoço, pelo sangue coagulado, produziu afecções paralíticas dos braços e das pernas; todas as funções dos órgãos internos foram realizadas por 35 dias, mas a urina e as fezes passavam involuntariamente”.¹²

“O sangue extravasado na parte central da medula, no pescoço, foi acompanhado de uma afecção paralítica das pernas, mas não dos braços”.¹³

“Em um caso em que a substância da medula foi lacerada no pescoço, houve uma paralisia em todas as partes abaixo da laceração, o revestimento do esôfago tendo ficado tão sensível, que sólidos não podiam ser engolidos, tamanha a dor que ocasionavam”.¹⁴

“Quando a medula das costas foi completamente dividida, houve perda momentânea da visão, perda da memória por 15 minutos e insensibilidade permanente em todas as partes inferiores do corpo. A pele acima da divisão da medula espinhal transpirava, a abaixo, não. A medula espinhal ferida parecia estar extremamente sensível”.¹⁵ *Philosophical Transactions*, 1816, p. 485.

Em dois dos casos já observados, os sintomas de reumatismo já existiam anteriormente; e no Caso IV, há o relato de que o braço direito, onde a palpitação começou, foi muito violentamente afetado por dor reumática nas extremidades dos dedos. A consideração deste caso, onde a palpitação foi precedida, com muita antecedência, por essa dolorosa afecção do braço, levou à suposição de que esta última circunstância pode ser a causa das palpitações e dos outros sintomas subsequentes desta doença. Essa suposição levou naturalmente a uma grande atenção sobre o caso seguinte; e obviamente influenciou o modo do tratamento que foi adotado.

¹² Um coágulo de sangue, o espessamento de uma coroa, foi encontrado sobre a superfície externa da dura-máter que cobre a medula espinhal, estendendo-se da quarta vértebra do pescoço à segunda vértebra dorsal. A medula espinhal em si não estava prejudicada.

¹³ A sexta e sétima vértebras do pescoço estavam descoladas, a medula espinhal, externamente, não estava prejudicada, mas no centro de sua substância, justo naquela parte, havia um coágulo de sangue com quase duas polegadas de comprimento.

¹⁴ A sétima vértebra do pescoço foi fraturada, e a medula espinhal que passa por ela foi lacerada e comprimida.

¹⁵ A medula espinhal, dentro do canal da sexta vértebra dorsal, foi completamente destruída por uma bala de mosquete. A pessoa viveu por quatro dias.

A. B. objeto de uma afecção reumática do músculo deltoide, sentiu os inconvenientes normais da mesma por dois ou três dias. Mas, à noite, descobriu que a dor havia se estendido para baixo no braço, ao longo da parte anterior do antebraço e nas laterais dos dedos, onde sentia um formigamento constante. A dor, sem ser extremamente intensa, podia, no entanto, impedir o sono: e parecia seguir o curso do nervo braquial. Ao averiguar a propriedade dessa conclusão, a dor se ramificou para a parte anterior e posterior do peito, e aumentava levemente ao se respirar profundamente.

Essas circunstâncias sugeriram a probabilidade de uma leve inflamação ou aumentaram a determinação na origem dos nervos dessas partes, e na vizinhança da medula. Com base nisso, foi removido sangue da parte posterior do pescoço, por meio de escavação; aplicações quentes foram feitas por cerca de uma hora, quando a parte superior posterior do pescoço foi coberta por um vesicatório, a transpiração foi livremente induzida por duas ou três doses pequenas de antimônio e na manhã seguinte os intestinos foram evacuados por meio de uma dose apropriada de calomel (cloreto de mercúrio). No dia seguinte, as dores diminuiram bastante, e no curso de quatro ou cinco dias tinham quase desaparecido. O braço e a mão estavam então mais pesados do que o normal e estavam evidentemente muito enfraquecidos: doendo e se sentindo muito desgastados após o menor esforço. A força do braço não foi completamente recuperada no final de mais de 12 meses; e, após mais do que o dobro desse tempo, o esforço suscitava o sentimento de desgaste doloroso, mas nenhuma palpitação ou outro sintoma desagradável ocorreu durante cinco ou seis anos que se passaram.

O início, progresso e término desse ataque, com o sucesso acompanhando o modo do tratamento e os sintomas que se seguiram, parecem levar à conjetura de que a causa imediata da doença, neste caso, existia na medula espinhal e que ela pode, se negligenciada, gradualmente evoluir para a doença, que é objeto da presente investigação.

Alguns poucos meses após a ocorrência do caso anterior, o autor destas linhas foi chamado a atender uma mulher de cerca de quarenta anos de idade, reclamando de muita dor em ambos os braços, se estendendo do ombro até a ponta dos dedos. Ela declarou ter sido atacada do mesmo modo descrito no caso anterior, cerca de nove meses antes, que a queixa foi considerada um reumatismo e que não se beneficiou de nenhuma medicação que foi empregada, mas que, após três ou quatro semanas, ela se alterou gradualmente deixando ambos os braços e mãos em um estado muito enfraquecido e trêmulo. Eles de algum modo se recuperaram desse estado, mas ela ficou extremamente ansiosa com medo de que se o presente ataque não fosse logo controlado, ela poderia perder inteiramente o uso das mãos e dos braços.

Instruído pelo caso anterior, os meios similares foram recomendados aqui. Sanguessugas, aplicações estimulantes e um vesicatório, que foi feito por algum

tempo para controlar uma secreção purulenta, foram aplicados sobre a vértebra cervical; e no curso de alguns poucos dias, a dor foi totalmente removida. É uma pena que nenhuma informação adicional, sobre o progresso deste caso, pôde ser obtida.

Ao me deparar com esses dois casos, pensei que não seria improvável que os ataques desse tipo, considerados à época meramente afecções reumáticas, pudesse ser a base desta lamentável doença, que pode se manifestar em algum período distante, quando a circunstância na qual foi originada tinha, talvez, quase escapado da memória. De fato, quando se considera que nem nos casos comuns de paralisia das extremidades inferiores, originários de espinha doente, nem nos casos de medula ferida por vértebra fraturada, nenhum dos sintomas peculiares desta doença são observáveis, nós necessariamente duvidamos da probabilidade de ela ser o efeito direto de qualquer ferimento súbito. No entanto, levando todas as circunstâncias em devida consideração, particularmente a maneira muito gradual na qual a doença começa, e procede em seu ataque, bem como a incapacidade de atribuir a sua origem a qualquer causa mais óbvia, somos levados a buscar por ela em alguma alteração mórbida lenta na estrutura da medula, ou em suas membranas circundantes, ou na teca, ocasionada por uma simples inflamação ou afecção reumática ou estrófula.

144 Deve ser muito óbvio que a evidência produzida quanto à natureza das causas aproximadas e ocasionais desta doença não é de modo algum conclusiva. Portanto, uma alusão ao teste que será produzido por um exame de alguns dos mais proeminentes sintomas, especialmente quanto à sua concordância com a suposta causa imediata, é mais particularmente necessária. Satisfeito com a importância desta parte do presente empreendimento, nenhuma apologia é oferecida para a medida na qual o exame é realizado.

Se a palpitação e a fraqueza que acompanham os membros etc., forem consideradas como sendo a ordem na qual as várias partes são atacadas, acredita-se que alguma confirmação será obtida em relação à opinião que acabou de ser oferecida, quanto à causa, ou pelo menos o lugar, daquela mudança que pode ser considerada a causa imediata desta doença.

Um dos braços, em todos os casos que foram aqui mencionados, foi a parte na qual os sintomas foram primeiro percebidos; as pernas, a cabeça e o tronco foram então gradualmente afetados, e, por último, os músculos da boca e das fauces sucumbiram à influência mórbida.

Os braços, as partes que primeiro manifestaram a ação desordenada, obviamente nos guiaram enquanto buscávamos a causa dessas mudanças nos nervos braquiais. No entanto, ao encontrar o problema se estendendo para outras partes, não supridas por estes, mas com outros nervos derivados de quase a mesma parte da medula espinhal, obviamente fomos levados a considerar aquela porção da

medula espinhal em si, de onde os nervos são derivados, como a parte na qual aquelas mudanças ocorreram, que constituem a causa imediata desta doença.

A partir da posterior afecção das extremidades inferiores, e da falha de força nos músculos do tronco, pode-se inferir tal mudança na substância da medula espinhal, como tendo interrompido consideravelmente e interferido com a extensão da influência dos nervos naquelas partes, cujos nervos são derivados de qualquer porção da medula abaixo da parte que passou pela mudança causada pela doença.

A dificuldade em manter o tronco ereto, bem como a propensão em adotar um passo apressado, é também atribuível à diminuição da potência nervosa nos músculos extensores da cabeça e do tronco, já que impede que eles realizem o ofício de manter a cabeça e o corpo em uma posição ereta.

Do impedimento da fala, da dificuldade de mastigar e engolir, da incapacidade de reter ou livremente ejetar a saliva, pode-se com propriedade inferir a extensão da mudança mórbida para cima através da medula espinhal à medula oblongata, necessariamente prejudicando a potência de vários nervos derivados daquela porção à qual a mudança mórbida possa ter alcançado. Na ocorrência tardia deste conjunto de sintomas e na extensão para cima do estado mórbido, pode-se observar uma concordância muito estreita entre esta doença e aquela que já foi mostrada, que se mostrou fatal para o Conde de Lordat. Mas, nesse caso, a doença sem dúvida se tornou diferentemente modificada e seus sintomas se aceleraram consideravelmente em consequência da magnitude do ferimento pelo qual a doença foi induzida.

145

Capítulo V

CONSIDERAÇÕES QUANTO AOS MEIOS DE CURA

As investigações feitas nas páginas anteriores produziram, o que deve ser lamentado, apenas um pouco mais do que evidência da inferência: nada direto e satisfatório foi obtido. Tudo o que se aventurou assumir-se aqui foi que a doença depende de um estado desordenado da parte da medula que está contida na vértebra cervical. Mas qual é a natureza da mudança mórbida, e se ela se origina na própria medula, em suas membranas ou na teca que a contém, são, no momento, o objeto de dúvida e conjetura. No entanto, embora no momento haja incerteza quanto à natureza precisa da doença, ainda não se pode considerá-la uma doença para a qual não existe remédio.

Pelo contrário, parece haver razão suficiente para esperar que algum processo terapêutico seja logo descoberto pelo qual, pelo menos, a progressão da doença possa ser interrompida. Raramente acontece de a agitação se estender

além dos braços nos dois primeiros anos; esse período, portanto, se estivermos dispostos a dividir a doença em estágios, poderia compreender o primeiro estágio. Nesse período, é muito provável que os meios terapêuticos possam ser empregados com sucesso; e até mesmo, se infelizmente adiado a um período posterior, poderão deter o progresso posterior da doença, embora seja difícil esperar que os efeitos já produzidos sejam removidos.

Por meio da análise das mudanças que ocorreram no caso do Conde de Lordat, parece que fomos capazes de traçar a ordem e o modo no qual as mudanças mórbidas podem proceder nesta doença. A partir de qualquer causa ocasional, o ligamento tecal, as membranas ou a medula em si podem passar para um estado de simples excitação ou irritação, que pode ser gradualmente sucedido por um afluxo local e a determinação de sangue nos vasos sanguíneos, que pode terminar em inflamação real, mas lenta. O resultado disso seria um espessamento da teca, ou das membranas e, talvez, um aumento no volume da medula em si, que gradualmente ocasionaria tal grau de pressão contra as laterais do canal inflexível, que deve por fim interceptar a influência do cérebro na porção inferior da coluna medular e nas partes nas quais os nervos desta porção estão dispostos.

A partir dessa análise, e pressupondo-se que as mudanças mórbidas nesta doença podem não ser tão diferentes daquelas ocorridas no caso do Conde de Lordat, a possibilidade de alívio a partir do modo de tratamento proposto parece ser suficiente para garantir o seu teste.

Em tal caso, pois, em qualquer período da doença em que se proponha uma tentativa de cura, o sangue deve ser primeiro retirado da parte superior do pescoço, a menos que contraindicado por qualquer circunstância em particular. Após o que, vesicatórios devem ser aplicados a tal parte, além de se obter uma secreção purulenta por meio do uso apropriado do óleo de Sabine. Se os vesicatórios forem considerados muito inconvenientes ou se não for obtida uma quantidade suficiente de secreção por meio deles, uma abertura de pelo menos uma polegada e meia de comprimento deve ser feita em cada lado da coluna vertebral, em sua parte superior. Estas, presume-se, seriam melhor formadas por uma substância cáustica e mantidas abertas por qualquer substância adequada.¹⁶

Poderia se imaginar que tal benefício considerável, de fato, que tais curas impressionantes poderiam ter sido efetuadas por aberturas nos casos de paralisia

¹⁶ A Cortiça, que foi até agora negligenciada, parece ser muito apropriada para este fim. Ela tem leveza, maciez, elasticidade e firmeza suficiente; e também é capaz de ser facilmente moldada em qualquer forma conveniente. A forma que seria mais bem adaptada para a parte, a de uma amêndoa ou da variedade de feijão chamada de feijão-da-espanha, mas, pelo menos, uma polegada e meia de comprimento.

das extremidades inferiores da espinha doente? Embora satisfeito com a atribuição desses casos à ação de estrófulos, estamos de fato muito pouco informados em relação à natureza da afecção, induzindo o estado cariado da vértebra, assim como estamos em relação à mudança peculiar da estrutura que acontece nesta doença. Também estamos igualmente desinformados sobre o tipo peculiar de ação mórbida que ocorre nos ligamentos das juntas, bem como sobre o que ocorre em diferentes instâncias de dores e afecções profundamente assentadas das partes contidas na cabeça, tórax e abdômen, e em todos os casos em que a indução de uma secreção purulenta na sua vizinhança tão frequentemente produz uma cura. Ainda não foi realizado nenhum experimento para provar, mas a analogia certamente assegura a esperança, que vantagens similares podem ser derivadas do uso dos meios enumerados, na presente doença. É óbvio que a chance de obter alívio dependerá em grande medida do período no qual os meios sejam empregados. Como em qualquer outra doença, aqui também, quanto mais rápido os remédios forem utilizados, maior será a probabilidade de sucesso. No entanto, nesta doença, há uma circunstância que demanda atenção particular: o longo período pelo qual ela pode se estender. Um de seus sintomas peculiares, *Scelotyrbe festinans*, pode não ocorrer mesmo que a doença já exista por dez ou 12 anos, ou mais. Sendo assim, quando procuramos por um período no qual as nossas esperanças por uma ajuda terapêutica sejam limitadas, podemos, guiados pelo lento progresso da enfermidade, estendê-lo por uma longa duração, em comparação com o período ao qual seríamos obrigados a nos confinar na maioria das doenças.

No entanto, deve ser compreendido, como em muitos outros casos, que a resolução dos pacientes raramente será suficiente para possibilitar que eles perseverem pelo período de tempo que o processo proposto necessariamente exigirá. Tão lento quanto o progresso da doença, deve ser o período no qual haja a probabilidade de voltar à saúde. Na maioria dos casos, especialmente naqueles em que se permitiu a existência da doença sem oposição, pode-se descobrir que tudo o que tal parte é capaz de realizar é interromper o seu progresso futuro. Isso também não será considerada uma brincadeira, quando, por alusão à história da doença, verificar-se a lista de males inoportunos que poderiam ser assim evitados.

No entanto, parece haver razão para se esperar por mais. Para que a suposta mudança da estrutura ocorra, é extremamente provável que esta mudança possa ser apenas um aumento na massa ou no volume por meio da adição intersticial, a consequência do aumento da ação nos vasos sanguíneos da parte. Nesse caso, se a instituição de uma secreção purulenta em uma parte vizinha atuar de maneira que presumiríamos — se puder manter uma secreção constante — não apenas alterar a determinação, mas reduzir a ação desordenada dos vasos sanguíneos na parte doente, e ao mesmo tempo estimular os absorventes de tal aumento de ação,

assim como remover a matéria acrescentada, haverá forte base para a esperança, que uma recuperação feliz, embora lenta, da saúde possa ser obtida.

Até que estejamos mais bem informados sobre a natureza desta doença, o emprego de medicamentos internos é pouco garantido, a menos que a analogia possa apontar alguma terapêutica, cujo teste a esperança racional possa autorizar. Circunstâncias particulares devem de fato surgir em casos diferentes, nos quais a ajuda de medicamentos possa ser necessária. A inteligência nunca falhará em beneficiar-se de qualquer oportunidade para fazer um teste sobre a influência do mercúrio, que manifestou em várias instâncias o seu poder em corrigir o desarranjo da estrutura.

Os poderes enfraquecidos dos músculos nas partes afetadas é um sintoma tão marcante, que pode levar a um erro do observador desatento, que pode considerar a doença mera consequência de uma constituição débil. Se essa noção for perseguida, e medicamentos tônicos e uma dieta altamente nutritiva forem recomendados, é provável que nenhum benefício seja assim obtido; já que a doença não depende da fraqueza geral, mas apenas da interrupção do fluxo da influência nervosa às partes afetadas.

Deve-se muito lamentar que esta enfermidade seja geralmente considerada pelos sofrendores a partir desse ponto de vista, assim desencorajando o emprego de meios terapêuticos. Raramente ocorrendo antes da idade dos cinquenta e frequentemente produzindo poucos inconvenientes por vários meses, ela é geralmente considerada uma diminuição irremediável da influência nervosa, naturalmente resultante da vida em declínio e, portanto, terapias são raramente buscadas.

Embora incapaz de rastrear a conexão pela qual o estado desorganizado do estômago e dos intestinos pode induzir uma ação mórbida em uma parte da medula espinhal, ainda ensinado pela instrução do sr. Abernethy, deve haver pouca hesitação antes de determinarmos a probabilidade de tal ocorrência. O poder, possuído pela simpatia, de induzir tal ação desordenada em uma parte distante e a probabilidade de tal ação desordenada produzir o desarranjo da estrutura, dificilmente pode ser negado. O seguinte caso parece provar, pelo menos, que a influência simpática misteriosa que simula tão de perto as formas de outras doenças, pode induzir tais sintomas que poderiam ameaçar a formação de uma doença não diferente da que estamos aqui tratando.

A. B, um homem de 54 anos com hábitos moderados e estado regular dos intestinos, foi gradualmente afetado por uma leve dormência e sensação de alfinetadas, com um sentimento de fraqueza em ambos os braços, acompanhado de um senso de plenitude sobre os ombros, como se produzido pela pressão de uma forte ligadura e, às vezes, um leve tremor das mãos. Durante a noite, a plenitude, a dormência e as alfinetadas aumentavam muito. O apetite havia

diminuído por várias semanas, e o abdômen, ao ser examinado, parecia conter acumulação considerável.

Antes da adoção de quaisquer outras medidas, e como parecia não haver marcas de plenitude vascular, determinou-se que os intestinos fossem esvaziados. Isso foi feito por meio de doses moderadas de calomel, com a ajuda ocasional de sais de Epsom, e em cerca de dez dias, apenas com esses meios, as queixas pararam por completo.

Antes de concluir estas páginas, é apropriado observar uma vez mais que um importante objeto que se propõe obter com as mesmas é chamar a atenção daqueles que humanamente empregam o exame anatômico na detecção das causas e da natureza das doenças, particularmente para esta enfermidade. Por meio de seu trabalho benevolente, sua natureza real pode ser determinada e modos apropriados de alívio, ou mesmo de cura, apontados.

Para tais pesquisas, já se deve muito à arte da cura por aumentar seus poderes de reduzir os males da humanidade que sofre. O público tem pouca consciência das obrigações que tem com aqueles que, movidos por ardor profissional e ditados pelo dever, devotaram as suas vidas a estas procuras, nas mais desagradáveis e proibitivas circunstâncias. Toda pessoa com consideração e sentimento pode julgar as vantagens produzidas pelos esforços filantrópicos de um Howard, mas poucos podem estimar os benefícios concedidos à humanidade pelos trabalhos de um Morgagni, Hunter ou Baillie.

Citação/Citation: Parkinson, J. (2016, março). Um ensaio sobre a paralisia agitante. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 19(1), 123-149.

Editores do artigo/Editors: Prof. Dr. German E. Berrios

JAMES PARKINSON (1755-1824)

Cirurgião, político e paleontólogo amador inglês.



This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.

Ortopedia del alma. Degeneracionismo e higiene mental en la Casa de Corrección de Menores y Escuela de Trabajo San José, Colombia 1914-1947*¹

Jairo Gutiérrez Avendaño*²
Lina Marcela Silva Ramirez*³

Objetivo: *Comprender las prácticas y la formación experimental de la psicopedagogía de la infancia anormal en Colombia, llevadas a cabo en la “Casa de Corrección de Menores y Escuela de Trabajo San José”, entre 1914 y 1947. Métodos y materiales: estudio cualitativo, de enfoque histórico-hermenéutico, mediante investigación documental, heurística de archivos de patrimonio documental e historiografía institucional del periodo de estudio. Conclusiones: el surgimiento de un nuevo régimen de educación especial (médico-psico-pedagógico) estableció un cambio relevante del modelo reformativo de castigo al de intervención pedagógica, influida por el cruce de doctrinas científicas de finales del siglo XIX y principios del XX, como la regla de lo normal y lo patológico, la teoría de la degeneración y la eugenesia, para el perfeccionamiento de un sujeto moderno capaz de ser útil por sí mismo y para la sociedad.*

Palabras Clave: Corrección de menores, infancia anormal, degeneración, psicotecnia

*¹ Este artículo se deriva del proyecto “Pobreza y locura como enfermedades sociales en la modernidad colombiana, 1850-1960” aprobado en la Convocatoria para la financiación de productos de investigación de menor cuantía 2014-2015 de la Fundación Universitaria Luis Amigó. Correo electrónico: jairo.gutierrezzav@amigo.edu.co

*² Fundación Universitaria Luis Amigó (Medelín, Colombia).

*³ Corporación Universitaria Minuto de Dios (Antioquia, Colombia).

“Labrar el cuerpo y cosechar al hombre”

Pensar la historia de las prácticas de corrección de los “menores díscolos” y de la “infancia anormal” a principios del siglo XX, permite conocer el surgimiento de una nueva sensibilidad frente a la situación social de una población emergente que debía regenerarse según la mentalidad civilizadora moderna, influida por el cruce de tres teorías: la identidad de lo normal y lo patológico; el degeneracionismo y la eugenesia. La primera, según Canguilhem (1983) fue definida como “Principio de Broussais”, en los inicios de la fisiología de fines del siglo XIX, el cual estableció que la diferencia entre un extremo y otro se estimaba en su modificación cuantitativa y fue generalizada como un criterio estadístico o media ideal de tipologías físicas, médicas, psíquicas y morales, como lo concibió por su parte la doctrina de la degeneración del psiquiatra austro-francés Benedict Morel (1857), que tenía como tesis central que “los seres degenerados forman grupos o familias con elementos distintivos relacionados invariablemente a las causas que los transformaron en lo que son: un desvío mórbido del tipo normal de la humanidad”.

El predominio de la propensión hereditaria como determinante de la degeneración, por sobre los factores ambientales, fue la base empírica de la eugenesia de Francis Galton que estableció el perfeccionamiento biomédico de la raza o especie humana, extendido a tres campos: la higiene física, mental y moral, la puericultura o cuidado materno-infantil, y a la homicultura para “labrar el cuerpo y cosechar al hombre”. Galton cruzó métodos de las ciencias exactas y naturales, como la estadística y la biología, con la antropología y la psicología, de esta manera influyó en la creación de laboratorios de psicometría y antropometría, como en efecto funcionó en Colombia la primera Sección de Psicotecnia articulada con el área de fisiología en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional en la década del treinta.¹ Es así como esta disciplina fue la base de la higiene mental y, a su

151

¹ En Colombia, Luis López de Mesa, reconocido integrante de academias nacionales, se especializó en Psicología Experimental y Psiquiatría en la Universidad de Harvard en 1917, se le atribuye la introducción del primer test psicológico, aplicado a una población de niños indigentes en Medellín - Antioquia, en los años veinte, y junto con la psicóloga española Mercedes Rodrigo Bellido y el fisiólogo Alfonso Esguerra Gómez, se reconocen como precursores de la psicotecnia, disciplina que dio origen a la psicología general — como también ocurrió en España, Brasil y Argentina — con la creación del Instituto de Psicología en la Universidad Nacional de Colombia entre 1947 y 1948 (Hernández, 2003, pp. 6-16).

vez, del surgimiento de la psicopedagogía que tuvo como campo experimental los hospicios, las casas de anormales y de corrección de menores.

Degeneracionismo, eugenesia e higiene mental

“Corrige al niño y no castigarás al hombre” es la conocida sentencia pitagórica que asumió la pedagogía como corrección y está enraizada en la definición de “ortopedia”, que viene del prefijo *ortos*, “correcto o derecho”, unido al sufijo *paidós*, “niño” y *paideia* “educación”, que significa: entrenar o educar corporalmente al niño para que crezca sin deformidades. Este sentido clásico cruzó de las técnicas de cuidado físico a las del alma, como se constata en el precepto *Mens sana in corpore sano*, retomado por la higiene como “saber vivir”, ejercitada por diferentes tradiciones culturales de Occidente y que en una versión moderna se asumió como “higiene mental”.

Se destaca que las ligas de higiene mental en España y Latinoamérica tuvieron en común su origen y funcionamiento en las asociaciones de neurología y psiquiatría, asimismo una estrecha relación de ambas sociedades con las agencias de eugenesia, entre las décadas del veinte y treinta del siglo XX, según el registro de *Sociedades e instituciones científicas para la América Latina* de la Oficina Sanitaria Panamericana (Brasil, Chile, Cuba, Argentina, México, Perú, Uruguay) (1939, p. 38). De igual modo, cada una tuvo una sección de puericultura y, al mismo tiempo, tanto las sociedades de esta especialidad como de pediatría incluyeron una sección de eugenesia.

Un ejemplo de esta hibridación científica se constata en el caso de Colombia, donde se iba a realizar la Tercera Conferencia Panamericana de Eugenesia en 1938; pero, según Nancy Stepan (1991, p. 194), los organizadores decidieron sustituirla por “Congreso de Puericultura” el mismo año. Este cambio, más que retornar a dicha especialidad como un campo de la eugenesia, implicó una postura de distanciamiento frente al desprestigio de dicho término, extremado por la política médica nazi para el exterminio de la *Lebensunwertes Leben*: “vida indigna de ser vivida”, que ejecutó la eutanasia a grupos de individuos que degeneraban la raza.

A finales del siglo XIX, entre las razones que motivaron la creación de las casas de corrección de menores en Colombia, se consideró a los delincuentes infantiles como parte del grupo de “anormales” y dentro del conjunto de “patologías sociales” ocasionadas por la degeneración de la raza.

Por su parte, el influjo de la *Scuola Positiva Italiana* o de antropología criminal, con Lombroso, Garófalo y Ferri, fue apropiada por médicos

colombianos como Luis Cuervo Márquez (1921, p. LXXXI), precursor de los primeros estudios de Medicina Social, junto con Carlos E. Putnam, fundador de la Oficina de Medicina Legal en el país, quienes se basaron en la teoría del “criminal nato”, la cual clasificaba a los menores infractores como “criminaloides” una subdivisión de la categoría de “delincuente ocasional” planteada por Lombroso en su tratado *L'uomo delinquente* de 1876, para referirse a individuos con predisposición al delito, al cual llegaban por oportunidad e imitación. En ese sentido, se pretendía una equivalencia del delito como fenómeno natural prevalente en los “grados inferiores de la evolución humana” que para Lombroso eran los primitivos y los niños, relación que coincide con el carácter de “infantilización” y “primitivismo” de la raza atribuida en términos de retraso e incapacidad (sentido etimológico que comparte con “in-fancia”, incapacidad de hablar o de responder) en la época del degeneracionismo en la primera parte del siglo XX.

En Colombia, la teoría de Morel fue apropiada por Miguel Jiménez López, a partir de su Cátedra Inaugural de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de Bogotá, impartida en 1916, cuyo tema fue “La locura en Colombia y sus causas”, según la cual esta se debía a una “viciosa” educación de la juventud, al alcoholismo y la sífilis. De esta manera, consideraba como causas ocasionales “la miseria nacional, violencia en la lucha por la vida, desproporción entre necesidades y medios de satisfacerlas, inconformidad de las clases sociales inferiores, importación de costumbres en decadencia (...)” (Jiménez, 1920). La Cátedra de Jiménez propició un debate convocado con el título de *Los problemas de la raza en Colombia*, en el Teatro Municipal de Bogotá en 1920, con siete conferencias unas a favor y otras en contra, que tuvieron un interés masivo y “espectacular” al punto de considerarlo “La mayor controversia científica de la intelectualidad colombiana”.

La asimilación del degeneracionismo influyó en los planteamientos de Tomás Cadavid Restrepo² — primer director de la Casa de Corrección de Menores y Escuela de Trabajo San José — en los que era frecuente la alusión a la anormalidad y la criminalidad infantil como una patología social, debida a factores como la herencia, la miseria, el alcoholismo y chichismo (consumo de bebida fermentada de maíz), la locura, la sífilis, la mala educación, entre otros.

² Nació en Medellín – Antioquia (1883-1952). Abogado de la Universidad de Antioquia. Estudió Sociología, Pedagogía y Filosofía en la Sorbona y en la Universidad Católica de París. Integrante de la Liga Internacional de la Educación Nueva, fundada en Bélgica en 1921, por un grupo de pedagogos de diversos países: Decroly en Bélgica; Dewey en Estados Unidos, Piaget, Cleparède y Ferrière en Suiza, entre otros; y en Colombia, junto con Agustín Nieto Caballero y Rafael Bernal Jiménez.

Así lo expresó el director en la prensa de la época sobre los menores díscolos: “de herencias malditas de padres desconocidos, hijos del infortunio y del hambre, expuestos a dolores y crueldades ajenas. Muchos son enfermos congénitos, otros adquieren sus males al contacto con sus compañeros de infortunio” (Cadavid, 1920, pp. 155-156). Estas causas heredo-degenerativas también fueron atribuidas por parte de los médicos de la Casa Correccional de Paiba, en el departamento de Cundinamarca (Bejarano y Sanmartín, 1923).

“Discolía de la pubertad”

El niño díscolo o “difícil” (del griego *dyskolos*) en Colombia fue objeto de estudio y de intervención atribuido a la pedagogía social, integrada por saberes como la psicología, biología, estadística, higiene, entre otros. En efecto, Cadavid refiere que era imprescindible la explicación etiológica y una terapéutica de la “discolía de la pubertad” con base en la *Patología General* de Paul Courmont (1913), al considerar que así como la terapéutica “será patogénica o no será”, de igual modo dice Cadavid que la pedagogía “será psicológica o no será” (Cit. Cadavid, 1924, p. 19).

154

En ese postulado patológico, se localizó en la pubertad (entre los 10 y 15 años de edad) la aparición de la psicosis juvenil o hebefrenia, asociada con la “demencia precoz” (ancestro de la nosografía de esquizofrenia), junto con la criminalidad como desorden de la conducta. Esta hipótesis Cadavid la respaldaba con estadísticas del aumento de ingresos de menores de edad al Manicomio entre 1917 y 1923.

La justificación de este saber “higiénico-pedagógico”, como lo definió Cadavid, se debía al desconocimiento que tenían los educadores, padres de familia y autoridades sobre las causas y tratamiento de la discolía de los adolescentes, a quienes se sometía al castigo y a la represión por mano propia o bajo el régimen de reformatorios, a donde podían ser remitidos para internamiento voluntario por sus familias. La principal terapéutica para dicho estado “semi-patológico” era la actividad al aire libre, cultivo de la tierra, artes y oficios que garantizaran una habilidad técnica para la vida; alimentación balanceada, higiene mental para dosificar el trabajo escolar, y educación física y sexual.

Clasificar y separar: del régimen punitivo al pedagógico

La disposición del castigo como corrección se planteaba, por ejemplo, en la visión modernizadora de la élite del municipio de Medellín, que en la mentalidad

de Ricardo Olano, uno de sus principales promotores, en 1917 expuso la necesidad de crear una “verdadera casa de escarmiento” para:

(...) formar ciudadanos obedientes, prevenidos del libertinaje y la homosexualidad dentro de los imperativos de la moral católica (...) en donde se pueda vigilar, dormitorios repartidos a lo largo de los salones (...) en donde los trabajos impuestos como castigos, sirvan de penitencia, de medio de conversión y de corrección (...) donde se pueda emplear el látigo, los reglazos y el calabozo sin oídos y miradas impertinentes. Por supuesto un lugar en donde se instruya, se capacite y viva en el temor de Dios. (Olano, 28/03/1917)

Para esta actitud contra la decadencia de la raza, los menores díscolos y anormales eran considerados “un *lumpen* de la naturaleza humana sobre el que se ha proyectado tradicionalmente desde las visiones más fatalistas, hasta las más ardientes empresas pedagógicas repletas de simbolismos regeneracionistas — cuando no directamente ‘redentores’ —, desde el etiquetado nosográfico más aparentemente aséptico, hasta la beneficencia y la educación especial” (Huertas, 1998, p. 9).

El origen de un nuevo régimen de educación especial (médico-psico-pedagógico), en Colombia se enmarca en el contexto de finales del siglo XIX, según Juan Díaz (1987, p. 17), época en que la ciudad de Medellín, capital del departamento de Antioquia, inició su industrialización y crecimiento urbano en medio de problemáticas sociales de todo tipo como la falta de vivienda, barrios marginados, incremento de delincuencia juvenil, prostitución, abandono de menores y el trabajo de la madre fuera de casa; dichas situaciones motivaron una sensibilidad filantrópica, de beneficencia pública y protección social de la infancia.

La mayor prioridad era clasificar y separar a los niños infractores de la población adulta, con la que se encontraban reclusos en establecimientos carcelarios. De esta situación da cuenta el abogado Miguel Martínez, en su estudio de *Criminalidad y Violencia en Antioquia* (1895/1992), el cual denunciaba que “los presidios y casas de reclusión no son edificios construidos para este fin — mal ventilados, desaseados, oscuros — nunca a este respecto se ha cumplido el mandato de la ley (...) en estos lugares hay reunión de niños y jóvenes inexpertos con criminales avezados” (Martínez, 1895/1992, p. 38).

Una serie de informes de la dirección de la cárcel de varones, de 1911 y 1914, consignaban que “con frecuencia conducen a la cárcel a niños de menor edad, los que forzosamente tienen que rozarse con la generalidad de los presos... puede garantizarse que en lugar de conseguir reforma, adquieren mayores conocimientos del mal y salen preparados para delinquir” (Gobernación, 1912, p. 97).

Debido a esta situación, el alcaide de la Cárcel de Varones de Medellín, propuso la creación de una casa de corrección de menores, porque “a pesar del celo desplegado para evitar el trato de los menores con los demás presos, no es

posible conseguirlo del todo. Es menester hacer una separación absoluta y para ello convendría detenerlos en otro lugar distinto al de la cárcel, para que no adquieran nuevos vicios (...)” (Gobernación, 1914, pp. 99-100). Igual ocurría en la misma época, de la primera mitad del siglo XX, con las frecuentes quejas sobre niños y niñas menores de doce años internos en los manicomios expuestos al contacto con “dementes” adultos, en los departamentos de Cundinamarca (Brigard, 1924, p. 23), Antioquia (Uribe, 1940, pp. 104-112) y Valle del Cauca (*Relator*, 12/02/1930).

La Casa de Corrección y Escuela de Trabajo San José se creó por Ordenanza No. 5 del 17 de marzo de 1914, sancionada por la Asamblea Departamental de Antioquia, la cual estableció que los menores admisibles eran:

1) los condenados a prisión, arresto o trabajo en obras públicas, 2) los reclusos por infracción de las disposiciones de policía, 3) los moralmente abandonados y que no tengan persona capaz que los reclame para su custodia y educación, 4) los concentrados por voluntad de sus padres o tutores, y los que por vía de amparo envíen las autoridades respectivas.

Una vez efectuada esta clasificación administrativa, Cadavid estableció una triple división entre los anormales: 1) físicos (gigantismo, infantilismo, macrocefalia, formas asimétricas del cráneo, etc.), estos se definieron como hiposténicos o débiles de fuerza y tono muscular, e hiperesténicos o de proporciones corporales excesivas. 2) intelectuales (idiocia, imbecilidad, debilidad mental), esta última se clasificó en dos categorías de atrasados (*arriérés*): los deprimidos o perezosos y los inestables o indisciplinados. 3) morales (extrínsecas, perversiones sexuales y *difficiles*) (Cadavid & Velásquez, 1921, p. 14).

Según el referido informe que Cadavid presentó como director de la Casa (1921), así como su estudio sobre *Discolia de la pubertad* (1924), la deficiencia mental fue intervenida por métodos experimentales de la pedagogía activa de Ovide Decroly (1923) del que adoptó la clasificación de anormales “sensoriales, motores y afectivos”; la psicopedagogía de Alfred Binet y Theodore Simone (1917)³, y de Jean-René Cruchet⁴ (1908), disciplinas que en la Casa tuvieron por

³ El Test de Inteligencia de Binet y Simon, empleado en la Casa de Menores y Escuela de Trabajo, consistía en medir atributos del cráneo, fuerza física, y una serie de treinta tareas de complejidad creciente, para determinar la “edad mental” del niño y, así, el nivel de escolaridad que debía ocupar en el sistema educativo.

⁴ J-R Cruchet en su texto *Les arriérés scolaires* (1908), define que el niño con retardo escolar “es todo niño que desde el punto de vista escolar está retrasado 2 o 4 años en relación a la media escolar de los niños de su edad”, citado por Cadavid en su Informe de la Casa de Menores (1924, p. 6).

objeto clasificar y corregir como principales acciones psicopedagógicas de los menores difíciles.

Raymond Buysé,⁵ en su *Estudio crítico sobre los orígenes de la pedagogía moderna*, conferencia presentada en la Facultad de Educación de la Universidad Nacional de Colombia en 1933, se refiere a la genealogía que dio origen al movimiento de la “psicología experimental”, así como su incidencia en el movimiento de pedagogía activa para la educación de anormales. De esta manera Buysé recurre a la síntesis que Van Biervliet⁶ reseñó en su texto *Premiers éléments de pédagogie expérimentale* (1911), traducido al castellano como *Pedagogía experimental* (1925), para uso de las escuelas normales:

a) la raíz **patológica**, que consiste en el esfuerzo de los médicos alienistas, psiquiatras (Charcot), neuropatólogos (Grasset), criminalistas (Lombroso). b) La raíz **antropológica**, que comprende los trabajos de los frenólogos (Gaal), de los embriólogos (hechos de la herencia), de los antropólogos (Broca, localizaciones cerebrales). c) La raíz **psicológica** que comprende las investigaciones de Galton, Cattell, Binet, de Stanley Hall, de Meumann, etc. d) La raíz **pedagógica**, en la cual se incluyen las investigaciones concernientes a la educación de los anormales (Itard, Seguin), el estudio objetivo de los problemas pedagógicos, no solamente para conocer la naturaleza de los fenómenos conscientes puestos en juego, sino las diferencias susceptibles de registrarse; no las cualidades de las funciones mentales, sino más bien su rendimiento (Buysé, 1933, pp. 139-140).

El establecimiento de una tecnología de vigilancia del alma y corrección del cuerpo constituyó la “ortopedia escolar” de la Casa de Corrección de Menores y Escuela de Trabajo San José, esta asumía a los niños anormales y atrasados según la definición de Binet y Simón (1917): “los que no son admisibles en escuela ordinaria ni en hospital; parecele a la escuela poco normales, no los halla el hospital bastante enfermos” (Binet & Simon, 1917). Para Cadavid, esta última la consideró imprecisa porque no era causal, por lo tanto, optó por la evidencia frenopática del *estigma* “los que tienen algún defecto importante en el cuerpo o en el alma”. De hecho, Morel dio un papel relevante a las *cachets typiques* o

⁵ Raymond Buysé, profesor de Pedagogía Experimental en la Universidad de Lovaina y colaborador de Decroly. Fundador del Laboratorio de Pedagogía Experimental de Lovaina, Doctor en Ciencias psicológicas, coautor, junto con Decroly, de un manual sobre test mentales (Los test mentales. Aplicaciones de la psicología a la organización humana y a la educación en los Estados Unidos) (Sáenz, Saldarriaga y Ospina, 1997, Vol. 1, p. 82)

⁶ Jules Jean Van Biervliet, profesor de Psicología experimental en la Universidad de Gante, Bélgica. Miembro de la Academia Real Belga.

stigmas, que son marcas o signos de degeneración que caracterizan a las diferentes familias y grupos de degenerados (Morel, 1857, p. 37).

Por otra parte, de acuerdo con Simon y Decroly, Cadavid consideraba que debía sustituirse la noción de “pedagogía de anormales” por la de “niños de educación difícil”, por tratarse de un concepto demasiado impreciso y despectivo. En la Casa se clasificaron los menores en dos grupos: 1) los atrasados (*arriérés*), intelectual y escolarmente asociados a los anormales, y 2) los perturbados de carácter, los inestables e indisciplinados, desubicados desde el punto de vista escolar (Cadavid & Velásquez, 1921, p. 17).

Como lo dispuso dicho mandato de fundación, en la Casa se creó la sección especial de “incorregibles”, para aquellos menores que después de una permanencia en la institución, suficiente para comprobar que eran incorregibles, se remitieran a la cárcel, penitenciaría, colonia penal, o manicomio, según el caso.

158 Antes de la reforma, la Casa de Menores y Escuela de Trabajo tenía un carácter de correccional basado en los modelos de reformatorios de Europa y Estados Unidos, en particular tuvieron como referente a la *Colonie agricole et pénitentiaire pour les jeunes contrevenants de Mettray* en Francia (creada en 1839), según se cita en la Ley 123 de 1890, “sobre casas de corrección de menores y Escuelas de Trabajo” se pretendía que “la construcción, el personal y el reglamento debían ajustarse hasta donde la situación, necesidades, costumbres y medios pecuniarios de Colombia lo permitieran” (Congreso de la República, 1890, pp. 378-379); de hecho, según Foucault, dicha colonia constituyó un precedente que abrió una nueva época en las tecnologías disciplinarias y de control, en tanto que concentró en un mismo espacio los modelos familiar, militar, escolar y judicial (2003, pp. 330-301).

La exposición de motivos del proyecto de creación de la Casa de Menores y Escuela de Trabajo San José, se enmarcó en el funcionamiento de Mettray y del *Elmira Reformatory*, Chemung Conty – New York (fundado en 1876), el cual se caracterizó por emplear métodos psicológicos para la regeneración de los menores, más que los medios punitivos, del mismo modo que se buscó implementar en Colombia en la primera mitad del siglo XX (Gobernación de Antioquia, 1920, p. 3).



La Casa de Menores y Escuela de Trabajo tenía como fundamento reformativo la enseñanza de artes y oficios, como la zapatería, para la formación de jóvenes productivos a la sociedad y el autosostenimiento del establecimiento. Foto: Francisco Mejía. Archivo Fotográfico Biblioteca Pública Piloto de Medellín, Código BPP-F-004-0628.

Un “laboratorio de almas”

La Casa estableció un régimen panóptico, según los directores Cadavid y Velásquez (1921), en términos de “auscultar”, “acechar”, “descubrir”, “detectar”, “investigar” el estado oculto de la anormalidad del niño mediante técnicas de observación permanente. Estos asumieron la labor del maestro psicopedagogo como un “arte de corrección y reforma” en metáforas escultóricas como las de pulir, moldear, tornear, propias de un “tallador de almas” (Cadavid & Velásquez, 1921, p. 24). De hecho, la Casa de Menores fue definida por Cadavid como “un taller de regeneración moral y material”. Así, el objetivo de esta era reformar “un hombre apto para la lucha y capaz de ser en la sociedad una unidad utilizable” (1921, p. 23).

En efecto, uno de los jurados que comentó el estudio *Discolía de la pubertad* de Cadavid, se refiere a un nuevo campo de saber que busca “penetrar el fondo de las almas, sin olvidar que su envoltura es de barro y que sus resonancias

interiores no pueden ser desatendidas por los encargados de modelar su existencia” (Toro, 1924, p. 3). En ese propósito, se consideró que la escuela debía ser un “laboratorio de almas” (Cadavid, 1924, p. 57) para realizar pruebas psicotécnicas que permitieran evaluar las capacidades humanas. Sin embargo, el director Cadavid advertía que la psicología escolar era una ciencia muy reciente en el medio colombiano y que, por tanto, no se podían precipitar en dar una exactitud cuantitativa a los resultados psicométricos, porque “se sabe que los actos del espíritu no pueden someterse a medida matemática, digamos como el área de un terreno, no; lo que se valora es el fenómeno que acompaña al acto psíquico” (Cadavid, 1924, p. 31). Según este planteamiento, era fundamental cruzar dichos datos con la observación clínica, la experiencia de vida y los antecedentes familiares del niño.

Decadencia del régimen reformatorio

De acuerdo con lo expuesto, la coexistencia de prácticas de corrección, tecnologías psicopedagógicas y biomédicas, estuvo afianzada por los ideales de formación de un nuevo sujeto moderno que buscaron establecer acciones para impedir la reproducción de las desviaciones de la ley natural transpuestas al orden social.

No obstante, luego de casi tres décadas de su fundación, en una entrevista a Cadavid para la revista *Raza* en 1948, decía:

De esta obra maravillosa no ha quedado ni la sombra. No fue suficiente que el espíritu revolucionario de Barrios Ferrer, le diera al reformatorio un impulso de carácter científico, ni que la brillante rectoría de Tulio Gaviria, lo elevara a la altura de las mejores correccionales por su disciplina de responsabilidad. Hoy estamos en capacidad de afirmar que aquella casa, en vez de ser un laboratorio de rehabilitación humana, es una prisión de características horribles. (Bravo, 1948, pp. 6-7)

Aunque la Casa de Corrección de Menores y Escuela de Trabajo San José fue un dispositivo en el que se hicieron visibles los ideales del progreso, vinculados al perfeccionamiento de la raza y el cultivo de ciudadanos modelados a la moral católica que regulaba un modo de vida “cristiana y en policía”; la propuesta de pedagogía activa de Cadavid se enfocó en la importancia de comprender científicamente los factores que determinaban la atención al menor difícil y anormal, razón por la cual sus aportes generaron una pauta para su reconocimiento en el ámbito psicopedagógico y sociojurídico.

Referencias

- Asamblea Departamental de Antioquia (1914). Ordenanza N°5 de 17 de marzo de 1914, sancionada por el Señor Gobernador de Antioquia Carlos Cock, se creó la “Casa de Corrección y Escuela de Trabajo”. Medellín: Imprenta Oficial, p. 2.
- Bejarano, J. & Sanmartín, R. (1923). La situación de la Cárcel de Menores de Paiba. Informe. *El Tiempo*, 12 de diciembre 1923.
- Binet, A. & Simón, T. (1917). *Niños anormales*. Barcelona: Librería y Tipografía Médicas. Cit.: Cadavid, T.; Velásquez, D. (1921). *Informe de la Casa de Menores y Escuela de Trabajo*. Medellín: Imprenta Oficial. Sala Antioquia U.de.A.
- Bravo, L. (1948, julio). La vida ejemplar, docta, sencilla del maestro Tomás Cadavid Restrepo. *Revista Raza*, 4(22), 6-7.
- Brigard, L. (1924). *Informe del Síndico de los Asilos de Indigentes y Mendigos ante la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca*. Bogotá: Casa Editorial de La Cruzada. p. 23.
- Buysé, R. (1933). Estudio crítico sobre los orígenes de la pedagogía Moderna I. *Revista Educación*. Facultad de Educación Universidad Nacional. 1(3), 134-146. In Yarza, Alexander (2011). *Preparación de maestros, reformas, pedagogía y educación de anormales en Colombia: 1870-1940* (Tesis de Maestría en Educación). Medellín: Universidad de Antioquia, pp. 209-210.
- Cadavid, T. (1920). Casa de Menores. *El Correo Liberal*, abril 19, pp. 155-156.
- Cadavid, T. & Velásquez, D. (1921). *Informe de la Casa de Menores y Escuela de Trabajo*. Medellín: Imprenta Oficial. Sala Antioquia U.de.A.
- Cadavid, T. & Velásquez, D. (1924). *Discolia de la pubertad*. Medellín: Imprenta Oficial.
- Canguilhem, G. (1983). *Lo normal y lo patológico*. Argentina: Siglo XXI.
- Congreso de la República de Colombia (1890). Ley 123 sobre casas de corrección de menores y Escuelas de Trabajo. En: Consejo de Estado. *Leyes colombianas de 1890*. Bogotá: Imprenta La Luz.
- Congreso de la República de Colombia (1920). Ley 98 de 1920, “Por la cual se crean Juzgados de menores para que se ocuparan de la atención al menor con problemas de conducta”. *Sf*.
- Courmont, P. (1913). *Manual de Patología General*. Cit.: Cadavid, T. (1924). *Discolia de la pubertad*. Medellín: Imprenta Oficial.
- Cruchet, J-R. (1908). *Les arriérés scolaires*. Publicación, Paris: Masson. Cit.: T. Cadavid & D. Velásquez (1921), *Informe de la Casa de Menores y Escuela de Trabajo*. Medellín: Imprenta Oficial. Sala Antioquia U.de.A.
- Decroly, O.& Buyse, R. (1923). *Les applications américaines de la psychologie à l'organisation humaine et à l'éducation*. Bruxelles: Lamertin. Cit.: Cadavid, T. (1924). *Discolia de la pubertad*. Medellín: Imprenta Oficial.

- Decroly, O. & Shepers (1923). *Le sélection des mieux doués*. Brueselas. Cit.: Cadavid, T. (1924). *Discolía de la pubertad*. Medellín: Imprenta Oficial.
- Díaz, J. (1987). *La educación especial y sus acciones en Antioquia*. Medellín: Secretaría de Educación y Cultura.
- Foucault, M. (2003). *Vigilar y castigar: El nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Gobernación de Antioquia (1920). Casa de Menores y Escuela de Trabajo. *Compilación de disposiciones que rigen la materia*. Medellín: Imprenta oficial.
- Gobernación de Antioquia (1914). Decreto 1107, Disposiciones generales, Casa de Corrección de Menores y Escuela de Trabajo. Medellín: Imprenta Oficial. Sala Antioquia U.de.A.
- Gobernación de Antioquia (1912). Secretaría de Gobierno Departamental. *Memoria de Gobierno, I, 1386, 1911-1914*. Medellín: La Secretaría, p. 97. Archivo Histórico de Antioquia. Cit.: Marín, Juan A. (1992). *Reconstrucción histórica de la Escuela de Trabajo San José, 1914-1991*. Medellín: Funlam.
- Gobernación de Antioquia (1914). Secretaría de Gobierno Departamental. Medellín: La Secretaría, pp. 99-100. Cit.: Marín, J. (1992). *Reconstrucción histórica de la Escuela de Trabajo San José, 1914-1991*. Medellín: Funlam.
- 162 Gobernación de Antioquia (1921). Casa de Menores y Escuela de Trabajo. Medellín: Imprenta Oficial. Sala Antioquia, U.de.A.
- Hernández, E., et al. (2003). De la Sección de Psicotecnia al Laboratorio de Psicometría: seis décadas de algo más que medición psicológica en Colombia. *Avances en Medicina, 1*(1), 6-16.
- Huertas, R. (1998). *Clasificar y Educar. Historia natural y social de la deficiencia mental*. Madrid: CSIC.
- Jiménez, L.M. (1920). *Nuestras razas decaen. Algunos signos de degeneración colectiva en Colombia y en los países similares. Memoria presentada al Tercer Congreso Médico Colombiano reunido en Cartagena en enero de 1918*. Bogotá: Imprenta y Litografía de Juan Casis, 1920.
- Marín, J.A. (1992). *Reconstrucción histórica de la Escuela de Trabajo San José, 1914-1991*. Medellín: Funlam.
- Marquez, L.C. (1921). *Memoria que el Ministro de Gobierno presenta al Congreso de 1921*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Martínez, M. (1992). *Criminalidad y violencia en Antioquia*. Medellín: Imprenta de El Espectador. (Trabalho original publicado em 1895).
- Melo, J. (1988) (Edit.). *Historia de Antioquia*. Medellín: Suramericana de Seguros – Editorial Presencia Ltda., p. 299.
- Morel, B. (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*. Cit.: Caponi,

- Sandra. (2012). *Loucos e degenerados. Uma genealogia da psiquitria ampliada*. Manguinhos: Fiocruz.
- Olano, R. (1917). *Colombia Revista Semanal*, 1(44), marzo 28. Sala Antioquia, Biblioteca Piloto. Marín, Juan A. 1992. *Reconstrucción histórica de la Escuela de Trabajo San José, 1914-1991*. Medellín: Funlam.
- Oficina Sanitaria Panamericana. Sociedades e instituciones científicas de la América Latina. Washington D.C.: diciembre de 1939, Publicaciones mimeografiadas; 84, p. 38. Repositorio de la OPS/OMS: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/1092>
- Richard, G. (1911). *Pédagogie expérimentale*. Cit.: Cadavid, T.; Velásquez, D. (1921). Informe de la Casa de Menores y Escuela de Trabajo. Medellín: Imprenta Oficial. Sala Antioquia U.de.A.
- Relator (12/02/1930). Está en pésimas condiciones el pabellón de locos de la ciudad. Cali, febrero 12.
- Rodríguez, J.M. (1896). *Contribución al estudio de las degeneraciones de evolución. Idiotéz*. (Tesis). Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Imprenta Medardo Rivas.
- Stepan, N.L. (1991). *The Hour of Eugenics. Race, Gender, and Nation in Latin America*. London: Ithaca – Cornell University Press.
- Sáenz, Jr.; Saldarriaga, Ó. & Ospina, A. (1997). *Mirar la infancia: pedagogía, moral y modernidad en Colombia, 1903-1946*. Bogotá: Colciencias, U.de.A, FNC, Uniandes, T. I, p. 55
- Toro, G. (1924). Conceptos. In: Cadavid, T. *Discolía de la pubertad*. Medellín: Imprenta Oficial, p. 3.
- Uribe, L. (1940). Manicomio Departamental, Informe del Director. Secretaría de Higiene y Asuntos Sociales, Capítulo VIII, pp. 104-112. Archivo Histórico de Antioquia.

Resumos

(Ortopedia da Alma. Degeneracionismo e Higiene Mental na Casa de Correção de Menores e Escola de Trabalho San Jose, Colômbia, 1914-1947)

Objetivo: *Compreender as práticas e a formação experimental da psicopedagogia da infância anormal na Colômbia, realizadas na Casa de Correção de Menores e Escola de Trabalho San José, entre 1914 e 1947. Métodos e materiais: estudo qualitativo, de abordagem histórico-hermenêutica, mediante pesquisa documental, heurística de arquivos de patrimônio documental e historiografia institucional do período de estudo.*

Conclusões: *O surgimento de um novo regime de educação especial (médico e psicopedagógico) estabeleceu uma relevante mudança do modelo de reformatório*

de castigo ao de intervenção pedagógica, influenciada pelo cruzamento de doutrinas científicas de fins do século XIX e inícios do século XX, como a regra do normal e do patológico, a teoria da degeneração e a eugenia, para o aperfeiçoamento de um sujeito moderno capaz de ser útil a si mesmo e à sociedade.

Palavras-chave: Correção de menores, infância anormal, degeneração, psicotécnica

(The orthopedics of the Soul. Degeneration and Mental Hygiene in the San Jose Juvenile Correctional Facility and Work School, Colombia 1914-1947)

Objective: To understand the practices and the experimental formation of the psychopedagogy of abnormal childhood in Colombia, carried out in the San Jose Juvenile Correctional Facility and Work School, Colombia, between 1914 and 1947. Methods and materials: qualitative study, of a historical-hermeneutic approach, using documentary research, and file heuristics of document heritage and institutional historiography within the study period.

Conclusions: The emergence of a new special education regime (medical and psychopedagogical) established an important change in the model of punishing reformatory to pedagogical intervention, influenced by crossing scientific doctrines of the late nineteenth and early twentieth centuries, such as the rule of normal and pathological, the degeneration theory and eugenics, for perfecting a modern subject who can be useful to itself and to society.

Key words: Correction of minors, abnormal childhood, degeneration, psychotechnology

(Orthopédie de l'âme. Dégénérationisme et hygiène mentale à la Maison de correction pour mineurs et de l'École de travail San José, Colombie, 1914-1947)

Objectif: Comprendre les pratiques et la formation expérimentale de la psychopédagogie de l'enfance anormale en Colombie, réalisées à la Maison de correction et l'École de travail San José, entre 1914 et 1947. Méthodes et matériaux : étude qualitative, approche historique-herméneutique, par le biais d'une recherche documentaire, heuristique de fichiers de patrimoine documentaire et historiographie institutionnelle de la période d'étude.

Conclusions: L'émergence d'un nouveau régime d'éducation spécialisée (médicale et psychopédagogique) a établi un changement pertinent du modèle de maison de correction à celui d'intervention pédagogique, influencé par le croisement de doctrines scientifiques de la fin du XIXe et début du XXe siècles, comme la règle du normal et du pathologique, la théorie de la dégénérescence et l'eugénisme, pour le perfectionnement d'un sujet moderne capable d'être utile à lui-même et à la société.

Mots clés: Correction des mineurs, enfance anormale, dégénérescence, psychotechnique

(Orthopädie der Seele. Degenerationstheorie und Mentale Hygiene in der Jugendstrafanstalt / Ausbildungszentrum San José, Kolumbien, 1914-1947)

Ziel: *die Praxis und das experimentelle Ausbildungsprogram der Psychopädagogik der abnormalen Kindheit in Kolumbien zu untersuchen, am Fall der Jugendstrafanstalt / Ausbildungszentrum San José, von 1914 bis 1947. Methoden und Materialien: qualitative Studie, historisch-hermeneutischer Ansatz, dokumentarische Forschung, Heuristik der Dokumentdatei und der institutionellen Geschichtsschreibung innerhalb des Untersuchungszeitraumes.*

Schlussfolgerungen: *die Entstehung einer neuen (medizinischen und psycho-pädagogischen) Regelung im Bereich der Sonderpädagogik etabliert eine wichtige Wandlung vom Model der 'bestrafenden Erziehungsanstalt' zu jenem der pädagogischen Intervention. Diese Wandlung entsteht durch die Fusion wissenschaftlicher Lehren des späten neunzehnten und frühen zwanzigsten Jahrhundert, wie z.B. die Regel des normalen und des pathologischen, die Degenerationstheorie und die Eugenik. Sie wurde zur Perfektionierung des modernen Subjekts benutzt, das dadurch für sich selbst und für die Gesellschaft von Nutzen wird.*

Stichwörter: Korrektur von Minderjährigen, abnorme Kindheit, Degeneration, psychotechnik

(1914-1947年哥伦比亚未成年人矫正所和圣胡安工读学校里的精神病治疗, 退化和精神健康)

本文文的目的是了解1914—1947年哥伦比亚的未成年人矫正所和圣胡安工读学校在异常行为青少年教育心理学方面的试验和实践。研究方法和材料: 对事件的质的分析, 从史学和方法论角度, 对该时期, 两个机构的档案资料和史料进行详细的和整体全面的分析。结论是: 在实践中产生了一个新的特殊教育制度 (医疗和心理教育), 青少年矫正模式也产生了重要的变化, 由原来的以惩罚为主的感化院做法, 转变为以教育为主的模式, 这种转变是由于十九世纪末二十世纪初科学思想和社会思潮的转变, 特别是鉴定正常和病态的规则的变化, 有关人类退化和优生的理论的传播, 产生这些改进和转变的目的是为了培养一种有益于个人, 有益于社会的现代人格。

关键: 未成年人的矫正, 异常的童年, 退化, 心理分析技术。

Citação/Citation: Avendaño, J.G.; Ramirez, L.M.S. (2016, março). Ortopedia del alma. Degeneracionismo e higiene mental en la Casa de Corrección de Menores y Escuela de Trabajo San José, Colombia, 1914-1947. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 19(1), 150-166.

Editores do artigo/Editors: Profa. Dra. Ana Maria G. Raimundo Oda e Prof. Dr. Paulo Dalgallarrondo.

Recebido/Received: 15.7.2015/ 7.15.2015 **Aceito/Accepted:** 18.11.2015 / 11.18.2015

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 terem 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 have no conflict of interest to declare.

166

JAIRO GUTIÉRREZ AVENDAÑO

Doctorando en Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Nacional de Colombia; Magíster en Educación, Universidad de Medellín; Filósofo, Universidad de Antioquia; Profesor e investigador adscrito al grupo de Estudios de Fenómenos Psicosociales, Fundación Universitaria Luis Amigó.

Calle 74 N 72B - 110, Apto. 2408 – Almendra
Medellín, Colombia
e-mail: jairo.gutierrezav@amigo.edu.co

LINA MARCELA SILVA RAMÍREZ

Magíster en Historia y Socióloga, Universidad de Antioquia; Docente investigadora del Centro de Educación para el Desarrollo, Corporación Universitaria Minuto de Dios, Sede Bello, Antioquia.

Calle 74 N 72B - 110, Apto. 2408 – Almendra
Medellín, Colombia
e-mail: lsilvaramir@uniminuto.edu.co



This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.

The classification, definition, and ontology of delusion*¹

José Eduardo Porcher*²

Although delusion is one of the central concepts of psychopathology, it stills eludes precise conceptualization. In this paper, I present certain basic issues concerning the classification and definition of delusion, as well as its ontological status. By examining these issues, I aim to shed light on the ambiguity of the clinical term 'delusion' and its extension, as well as provide clues as to why philosophers are increasingly joining the ranks of psychiatrists, psychologists, and neuroscientists in the effort to come to a comprehensive understanding of delusion.

Key words: Delusion, nosology, metaphysics of psychopathology, DSM-5

*¹ O material do presente artigo foi extraído da tese de doutorado do autor, intitulada *Prospectos para uma teoria do delírio*, defendida em março de 2015 na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Pesquisa subvencionada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES mediante uma bolsa de pós-doutorado (PNPD).

*² Universidade Federal do Paraná – UFPR (Curitiba, PR, Br).

Introduction

168 Delusion is one of the central concepts of psychopathology. It has been considered ‘the basic characteristic of madness’ (Jaspers, 1913/1963, p. 93), as well as the main criterion when assessing and diagnosing psychosis. The detection of delusions has profound consequences for diagnosis and treatment, as well as for the prediction of behavior and the attribution of responsibility. Yet, for all its importance, delusion has eluded precise conceptualization. In what follows, I will present the most fundamental theoretical challenges involving the classification and definition of delusion, as well as presenting the more philosophical consideration of whether delusion is a natural kind. In this review article, I aim to show that ‘delusion’ is a highly ambiguous term, and that the phenomena to which it refers are multi-faceted. Additionally, I aim to shed light on why philosophers have taken an interest in delusions, increasingly joining the ranks of psychiatrists, psychologists, and neuroscientists in the effort to arrive at a comprehensive understanding of the phenomena.

The classification of delusion

Delusions occur in a variety of contexts, including paranoid schizophrenia, bipolar disorder, Alzheimer’s disease, Parkinson’s disease, Lewy body dementia, epilepsy, and acquired brain injury. Delusions have been grouped in many different ways.

The context of delusion, for example, was once a criterion for dividing delusions into organic and functional. A delusion was called organic if it was the result of brain injury, and functional if it had no known organic cause (which usually entailed a psychodynamic, or motivational, explanation). The distinction is now considered to be obsolete, as the development of neuropsychiatry has increasingly lent credibility to the view that all delusions have an organic basis, even though some have not been precisely identified yet.

Delusions are perhaps most intuitively classified according to their content — that is, according to what the delusion is about. Not only pre-twentieth-century inventories bear witness to this characteristic (Berrios, 1996), but it also has made its way into current classifications. For example, the section ‘Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders’ of the current edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) states that the content of schizophrenic delusions may include a variety of themes, such as persecutory, referential, grandiose, erotomanic, nihilistic, and somatic. Persecutory delusions involve the conviction that one is being, or is going to be, harmed or harassed by an individual or organization; delusions of reference involve the conviction that certain gestures, comments, and environmental cues are directed at oneself; grandiose delusions involve the conviction that one has exceptional abilities, wealth, or fame; erotomanic delusions involve the conviction that another person, usually of high status or famous, is in love with the patient; nihilistic delusions involve the conviction that a major catastrophe will occur; and somatic delusions focus on preoccupations regarding health and organ function (APA, 2013, p. 87). The thematic families listed in the DSM are some of the most clinically common — especially persecutory delusions and delusions of reference — but the list is not meant to be exhaustive. Indeed, it only scratches the surface of the thematic variety of delusion.

In his lauded *General Psychopathology*, Karl Jaspers effected a shift in the classification of delusions from their content to their formal or structural features, such as their comprehensibility. For Jaspers, the psychiatrist’s inability to achieve an empathetic understanding of the patient’s experience was the true sign of madness and it was the chief criterion for his distinction between primary delusions (or delusions proper) and secondary delusions (or delusion-like ideas). Jaspers maintained that the former cannot be understood phenomenologically and originate in what he describes as a ‘transformation in our total awareness of reality’ (1913/1963, p. 95) while the latter originate in understandable ways from experience.

This shift from an extensional to an intensional classification is felt in the distinction between bizarre and nonbizarre delusions — a distinction of some clinical importance, as the DSM treats the presence of bizarre delusions as the heaviest-weighted clinical criterion of schizophrenia. According to the DSM, delusions are deemed bizarre when two conditions are met: first, they are clearly implausible and incomprehensible to same-culture peers; second, they are not derived from ordinary life experiences (APA, 2013, p. 87). Instances of delusion that seem to satisfy these criteria abound in the clinical literature. For example, one patient had the delusion that there was a nuclear power station inside his body (David, 1990); another, that he was both in Boston and in Paris at the same time (Weinstein and Kahn, 1955). Much more common, however, are delusions that do not satisfy the criteria for bizarre delusion; that is, delusions that appear

somewhat understandable and derived from ordinary life experiences. As an example, the DSM alludes to the conviction that one is under surveillance by the police, despite a lack of convincing evidence.

Finally, a recent and useful distinction divides the set of delusions into monothematic and polythematic (Coltheart, 2013). A monothematic delusion is one that is specific to a particular theme. It contrasts with polythematic delusion, in which case patients exhibit many delusions concerning a variety of themes. Monothematic delusions are typically not elaborated and not integrated (or not completely integrated) with the rest of the patient's beliefs, while polythematic delusions are both elaborated and integrated. Monothematic delusions are commonly the consequence of acquired brain injury. Examples of delusions that present as monothematic include those that are referred to as Delusional Misidentification Syndromes, such as Capgras delusion, Frégoli delusion, and reduplicative paramnesia. Polythematic delusions are often and appropriately referred to as delusional systems, being most commonly associated with schizophrenia. Capgras delusion, described by Joseph Capgras and Jean Reboul-Lachaux in 1923, typically involves the conviction that one's loved ones (typically one's relatives or spouse) have been replaced by doubles — impostors which are usually human, but in some cases may be ghosts, aliens, or robots. Frégoli delusion, described by Paul Courbon and Gustave Fail in 1927, typically involves the conviction that strangers are actually familiar individuals in disguise, or that different people are in fact a single person who changes appearance or is in disguise. Finally, reduplicative paramnesia, named by Arnold Pick in 1903 and, in all indication, first described by Charles Bonnet in 1788, typically involves the conviction that a location has been duplicated, existing in two or more places simultaneously, or that it has been relocated to another site.

Perhaps the most famous case of polythematic delusion in psychiatric history remains that of Daniel Paul Schreber, an appellate judge in the kingdom of Saxony who spent thirteen years in mental asylums and wrote of his experiences with schizophrenia in *Memoirs of My Nervous Illness* (Schreber, 1903/2000) — a fame that was due in no small part to the fact that his account was the subject of a major study by Freud, as well as being extensively explored by Bleuler, and offered as an example of schizophrenic incomprehensibility by Jaspers. The core of Schreber's delusional system included the conviction that he had a mission to redeem the world and to restore mankind to their lost state of bliss. In order for this to happen, he insisted, divine forces were preparing him for a sexual union with God by changing him into a woman, so he could give birth to a new race of humanity. Schreber never disavowed what he termed 'my so-called delusions' and died in an asylum in 1911.

The definition of delusion

To provide a definition of delusion that satisfies the needs of both psychopathological theory and clinical practice is a difficult task. The first two editions of the DSM — DSM-I (1952) and DSM-II (1968) — did not provide one, but with the inclusion of the section ‘Glossary of Technical Terms’ in the DSM-III (1980), the manual came to define delusion as follows:

A false belief based on incorrect inference about external reality that is firmly held despite what almost everyone else believes and despite what constitutes incontrovertible and obvious proof or evidence to the contrary. The belief is not ordinarily accepted by other members of the person’s culture or subculture (i.e., it is not an article of religious faith). When a false belief involves a value judgment, it is regarded as a delusion only when the judgment is so extreme as to defy credibility. (APA, 2013, p. 819)

Reflection upon and attention to the clinical literature raise a number of difficulties concerning this attempt at a definition (e.g. Leeser and O’Donohue, 1999). Does delusion have to be false? Consider a case of Othello syndrome — the delusion that one’s spouse or sexual partner is being unfaithful — discussed by Jaspers, in which the stress provoked by living through the morbid jealousy of her husband causes the patient’s wife to find consolation in another man’s arms, thereby verifying the patient’s delusion. Nothing in the patient’s mind has changed: he still holds that his wife is unfaithful without having any evidential justification. So it is not the truth-value of the proposition or propositions held by delusional patients that is epistemologically interesting to the characterization of delusions, but the fact that they are ‘sustained despite what constitutes incontrovertible and obvious proof or evidence to the contrary’, etc. As Golda Meir is reputed to have quipped after being accused of being paranoid by Henry Kissinger for hesitating to grant further concessions to the Arabs during the 1973 Sinai talks, ‘Even paranoids have enemies’.

Does delusion have to be based on inference? As Martin Davies and colleagues (2001, p. 134) observe, a subject might form a delusional belief simply by taking an anomalous perceptual experience to be true, and it is not obvious why this might involve an inferential step. Furthermore, Philip Gerrans has advanced a theory that relieves the emphasis on hypothesis confirmation to which the inferential view alludes, proposing that processes of selective attention and recall exert their effects instead on autobiographical narrative. In his words, ‘Someone with a delusion is not a mad scientist but an unreliable narrator’ (2009, p. 152). Therefore, the inferential nature of delusion formation is a point of contention. This raises the further question of whether definitions of mental

disorders should include explicitly theoretical elements.

Does delusion have to be about external reality? Consider delusions that concern the subject's own body — such as manifestations of Cotard's syndrome in which the patient affirms that some of her internal organs are missing, or somatoparaphrenia, which involves the denial of ownership of one or more of one's limbs or sometimes an entire side of one's body — or delusions that concern the subject's own thoughts — such as thought insertion, in which the subject reports that another's thoughts occur in her own mind without her volition. Whether it is about “external” or “internal” reality — a terminology so vague as to merit scientific disrepute — is of no consequence to the delusional character of a belief.

Does delusion have to be firmly sustained? While that may be the case in many if not most manifestations, the conviction of delusional subjects is subject to fluctuation. At least some delusional patients show appreciation of the implausibility of their delusional beliefs. Consider, for example, the following excerpt of an interview with a patient who maintained that his house and family had been replaced by duplicates:

E: Isn't that [two families] unusual?

S: It was unbelievable!

E: How do you account for it?

S: I don't know. I try to understand it myself, and it was virtually impossible.

E: What if I told you I don't believe it?

S: That's perfectly understandable. In fact, when I tell the story, I feel that I'm concocting a story ... It's not quite right. Something is wrong.

E: If someone told you the story, what would you think?

S: I would find it extremely hard to believe. I should be defending myself.
(Alexander, Stuss, and Benson, 1979, p. 335)

Furthermore, does delusion have to contradict what almost everyone else believes? Or: does the attribution of delusion have to take into consideration the person's culture or subculture? Davies and colleagues (2001, p. 133) object that if a bizarrely implausible belief is formed and sustained in ways that are characteristic of delusions, it seems that it should be grouped together with delusions even if many other subjects believe the same thing. However, as *ad hoc* a clause as it may seem, cultural exemption may make sense of the fact that we do not think that individuals who belong to other cultures which hold peculiar beliefs are delusional. Dominic Murphy reports on the fieldwork done by Wendy James in the Sudan, where it is believed that trees convey information: ‘You can learn what they know by burning an ebony twig, dipping it in water and reading the pattern of ashes in the water’ (2013, p. 119). The cultural exemption clause encodes into the definition of delusion the fact that we would attribute a delusion to someone in our (Western) culture if they held that they gathered knowledge

about the plans of witches from trees, but not with respect to the Uduk. However, as with the inferential nature of delusion formation, the cultural exemption clause is again a point of contention.

Does delusion have to occur in the face of incontrovertible and obvious proof or evidence to the contrary? Consider the case of mirrored-self misidentification — the delusion that one’s reflection in the mirror is not one’s own. It sometimes is accompanied by the conviction that whoever the person in the mirror is, he or she is following the subject around. Now, are these patients in possession of ‘incontrovertible and obvious proof or evidence’ that, although they fail to identify the face in the mirror, it is nevertheless theirs? Consider that just as not all hallucinatory symptoms lead to delusion, an otherwise normal subject presented with the anomalous experience of not recognizing oneself in the mirror would presumably not arrive at the belief that, say — although the mirrored person is waving just like I am, wearing the same clothes, sporting the same hairstyle, etc. — that person is not me. In addition to these overriding facts (which point to the great plausibility that there is something wrong with *me*), the testimony of each and everyone of one’s epistemic peers would also weigh in heavily in the reasoning of a person whose thoughts did not mark the presence of some deficit, or bias, or both. So imperviousness to evidence does indeed seem to be a central feature of delusion.

Indeed, delusion is often not only impervious to evidence that tells against it, but it also persists in spite of bad consequences — even self-perceived harmful and imprudent consequences. A final observation of the inadequacy of the DSM definition is that it captures exclusively epistemological features, failing to take the disruption of day-to-day functioning into account (McKay et al., 2009) — that which is typically the focus of clinical concern and treatment. It ultimately ignores the fact that, as George Graham sums up, ‘Living through a delusion *hurts* a person’ (2010, p. 203, my emphasis).

The ontology of delusion

The fact that the standard definition of delusion has proved so problematic raises the question of whether delusion can ever be given a proper definition in terms of necessary and sufficient conditions. Put another way, it raises the question of whether all the various types of delusion we have discussed share a common essence, something to which we could refer in order to ultimately decide if something is or is not a delusion. Is delusion a class of things akin to quarks, noble gases, and tigers, in their suitability for the purposes of scientific investigation? Does delusion as a kind “carve nature at its joints,” latching on to a

real distinction in nature? In other words, is delusion a *natural kind*?

‘Natural kind’ is philosophical jargon and, therefore, the question ‘Is delusion a natural kind?’ merits further analysis. Beyond depending on an investigation of the characteristics of delusions as a whole, an answer to it will be determined by one’s view of what requisites a class of things should fulfill in order for it to be considered a natural kind. The traditional account of natural kinds is represented by various forms of *essentialism*, which usually involves three main tenets (Ereshefsky, 2009). First, all and only the members of a kind share a common essence. Second, that essence is a property, or a set of properties, that all the members of a kind must have. And third, a kind’s essence causes the other properties associated with that kind. So, for example, the essence of gold is gold’s atomic structure, and that atomic structure occurs in all and only pieces of gold. That structure is a property that all gold must have as opposed to such accidental properties as being valuable to humans. And the atomic structure of gold causes pieces of gold to have the properties associated with that kind, such as readily dissolving in mercury at room temperature, conducting heat and electricity, and being unaffected by air and moisture.

174

As essentialism holds that natural kinds exist independently of our classifications, it behooves scientists to discover their inherent essences and classify them accordingly. The conceptualization of scientific kinds as essentialistic natural kinds has indeed been applied with success, especially in physics and chemistry, but is it applicable to psychiatric kinds, or even biological kinds? Can psychiatric disorders and symptoms be exhaustively defined by fixed and inherent properties? Can delusion, in light of the fact that the conditions in its standard definition are not necessary or even jointly sufficient?

On the other hand, assuming that there is no essential criterion or set of criteria for being a delusion does not, by itself, entail that delusion as a kind is nothing but an arbitrary clustering of properties. ‘Delusion’ picks out reasonably stable, nonarbitrary patterns, and application of delusion as a classification seems justified by its usefulness for clinical purposes (Bell et al., 2006). In consonance with these observations, Peter Zachar (2000) has proposed that mental disorders be conceptualized as *practical kinds*. As an example, Zachar (2014, pp. 154-5) alludes to the distinction between an adult and a child. Although the kinds ‘adult’ and ‘child’ are not in themselves sharply demarcated, the uses for which we deploy them will determine where their boundaries should be drawn. Consequently, many distinctions between adults and children are context-dependent. For example, if our aim is to decide who is able to vote, engage in consensual sex, get married, be sent to prison, drink alcohol, or enter into a legal contract, each of those considerations will result in different ways of demarcating adulthood (Horwitz and Wakefield, 2012, p. 53).

Is Zachar right in arguing that psychiatric kinds are practical kinds that pick out mind-dependent distinctions? Or do they pick out mind-independent distinctions in nature? Importantly, what is the relevant sense of mind-independence with regard to the characterization of natural kinds? Richard Samuels argues that it is what Sam Page (2006) calls *individuating independence*: ‘Roughly put, a kind, K, is individually independent if it is circumscribed by boundaries that are totally independent of where we draw the lines. In other words, individually independent kinds are the sorts of kinds whose existence does not (metaphysically) depend on how we categorize things’ (Samuels, 2009, p. 54). Page illustrates his concept by alluding to the individuation of the night sky into constellations: ‘Though it is *prima facie* plausible that reality is individuated intrinsically into stars, reality is not individuated intrinsically into constellations, since it is people who divide the night sky into constellations’ (Page, 2006, p. 328). Furthermore, although the International Astronomical Union divides the celestial sphere into 88 official constellations, there can be as many different star maps as there are people willing to point out a few stars and name clusters of stars.

With respect to individuating independence, then, Zachar’s practical kinds model has the import of making psychiatric kinds out to be akin to constellations rather than stars. However, since psychiatric kinds are manifold and differ greatly with respect to validity, it is possible for some to be mind-dependent kinds, and for others to turn out to be mind-independent — and, among those that are merely mind-dependent kinds, some may be practical kinds in Zachar’s sense, while others may not even rise to such a status. With regard to the specific case of delusion, three considerations put pressure on the assumption that it constitutes a mind-independent kind. First, delusions may be an artifact of our folk psychology, our commonsense mode of thought about mental states and processes, as Murphy (2006) proposes:

Whether or not something is a delusion is a matter of how it strikes us, and that depends on how well it comports with our understanding of what people are like, both in general terms and within our culture. It does not depend on some psychological mechanism or a formal property of beliefs. (p. 180)

Murphy’s observation that being a delusion is a response-dependent property stems from reflection on the attribution of delusion. He argues that a delusion is attributed to a subject when our explanatory resources run out and we cannot make sense of how and why someone has a certain belief: ‘a delusion is a belief that is acquired in ways that defeat our expectations about belief acquisition’ (2013, p. 117).

Second, as I have pointed out when discussing the cultural exemption clause in the DSM definition of delusion, what is considered a delusion in one place (or at

one time) may not be considered in another. This ties neatly with Murphy's theory of delusion attribution as a failure of folk epistemology to account for someone's acquiring a belief, as what will count as a reason for holding a belief will ultimately depend on the context of attribution. Consider again the example of Sudan's Uduk-speaking peoples. Believing that ebony trees can eavesdrop on conversations and that information about such conversations can be read off from them through divination will count as a reason for refusing to conduct a conversation near an ebony tree (Boyer, 2001, p. 69). In Uduk society, in contrast with Western society, this kind of reasoning will be understandable. To the extent that what is a delusion depends on what beliefs are socially prevalent in the context of attribution, cultural relativity suggests that being a delusion is a response-dependent property.

Third, delusions are normatively assessable: to be deluded usually (if not necessarily) means that something is *wrong*. While this does not necessarily entail mind-dependence, if the norms to which the assessment of delusion is subject are in any way social, then the very existence of delusions would turn out to depend on our cultural modes of thought. In other words, the boundaries of delusion would be at least partly dependent on where we draw the lines. Hence, delusion would not be an individually independent kind. But are the norms that govern delusion social?

Delusions may be subject to at least two kinds of norms, namely, medical norms and norms of rationality (Samuels, 2009). On the one hand, it is difficult not to accept that delusions are typically, if not always symptomatic of pathology — and even the least socially laden theories of mental disorder accept that the notion of harm should be understood in sociocultural terms (Wakefield, 1992). On the other hand, it is hard to avoid the conclusion that some, if not all, delusions are epistemically irrational — although whether norms of rationality are even partially socially constructed is much more controversial.

Against these threats, Samuels (2009) has argued that the line of reasoning present in the mind-dependence objections to the natural kind status of delusion conflates the metaphysics of delusion with its epistemology:

The relevant metaphysical issue concerns the *nature* of delusions: roughly, what is it to be a delusion. The relevant epistemic question concerns the *evidential basis* for our judgements about delusion: roughly, the sorts of evidence we invoke in judging that someone is deluded. (p. 68, my emphases)

However, even if such evidential basis were necessarily linked to culture-bound folk epistemologies and mind-dependent norms, Samuels argues, there remains the modal point that this alone would not establish a necessary link between what it is to be a delusion and our judgments about what it is to be a delusion — the connection may be a contingent one.

Ultimately, the importance of investigating what kind of thing delusion is lies in determining if it constitutes an appropriate category for the purposes of scientific

176

inquiry, such as inductive generalization, empirical discovery, and mechanistic explanation. Toward that end, the essentialist demand that all and only members of a kind share intrinsic properties as a matter of metaphysical necessity may be overly restrictive, since many kinds that successfully figure in scientific practice, such as biological taxa, do not meet these conditions. Partly for this reason, the predominant opinion in philosophy of science is that such a *sortal* notion of essence should be replaced by a merely *causal* notion that entails only the existence of a set of empirically discoverable causal mechanisms that explains the covariation of the characteristics or symptoms co-instantiated by instances of a kind. Such a refined (if mitigated) essentialism is exemplified in Richard Boyd's (1991) *homeostatic property cluster* account, the most widely accepted model of natural kinds.

Settling the dispute about whether delusion constitutes a practical kind or a natural kind in the liberal sense will depend, then, on ascertaining through exploratory research whether delusion as a kind is individuated by a causal essence. A strong indication that this is the case would be for explanations of delusion to exhibit some kind of unity. So far, such unity remains a distant goal and the options are all still on the table, including the possibility that delusion as a generic kind picks out a merely practical distinction while some of its subtypes possess the individuating independence and causal unity required of natural kinds. However, even if the investigation of the neurobiological causes of delusion reveals that delusion as such is not nondisjunctively characterizable in the vocabulary of biological neuroscience, explanatory unity may be found at other levels of explanation. Causal explanations of delusion have mostly focused on computational processes at the cognitive level. Ultimately, however, given that many factors are implicated in delusion development, and the contribution of each in individual cases varies, seeking an explanation that *integrates* the various levels of description — from neurobiological to phenomenological — may turn out to be our best chance to arrive at a unified theory of delusion (Gerrans, 2014).

177

Conclusion

Through the preceding examination of foundational problems involved in determining the nature of delusion, I have tried to show some of the reasons why philosophers have been progressively disregarding disciplinary boundaries and contributing to the debates outlined above. Especially, I have made an effort to justify the engagement of philosophers with the clinical literature on delusion, and the collaboration between philosophers and psychiatrists, which ideally is a two-way street: while philosophers profit from psychiatry inasmuch as the clinical literature provides real-life, as opposed to merely imaginary, cases for

philosophy of mind to engage with, philosophers can contribute not only by clarifying concepts and working out the implications of empirical results, but also in building explanatory models of delusion and suggesting new avenues for empirical research (e.g. Davies et al., 2001; Gerrans, 2014). The best way for philosophers to contribute to the understanding of the relevant phenomena, I suggest, is for us to heed Louis Sass's (2004, p. 71) advice and resist the tendency to formulate issues and arguments in overly polarized terms and then to rely uncritically on these formulations in exploring the domain of inquiry, so as not to actually hinder our understanding of phenomena which are fraught with ambiguities and complexities that defy standard conceptualizations.

References

- Alexander, M.P.; Stuss, D.T. & Benson, D.F. (1979). Capgras' syndrome: A reduplicative phenomenon. *Neurology*, 29, 334-339.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition. American Psychiatric Association.
- Bell, V., Halligan, P.W. & Ellis, H.D. (2006). Diagnosing delusions: a review of inter-rater reliability. *Schizophrenia Research*, 86, 76-79.
- Berrios, G.E. (1996). *The History of Mental Symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Boyd, R. (1991). Realism, anti-foundationalism and the enthusiasm for natural kinds. *Philosophical Studies*, 61, 127-148.
- Boyer, P. (2001). *Religion Explained: The Evolutionary Origins of Religious Thought*. Basic Books.
- Coltheart, M. (2013). On the Distinction between Monothematic and Polythematic Delusions. *Mind & Language*, 28(1), 103-112.
- David, A.S. (1990). Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808.
- Davies, M.; Coltheart, M.; Langdon, R. & Breen, N. (2001). Monothematic delusions: Towards a two-factor account. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 8, 133-58.
- Ereshefsky, M. (2009). Natural kinds in biology. In E. Craig (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Philosophy*. London: Routledge.
- Gerrans, P. (2009). Mad scientists or unreliable narrators? Dopamine dysregulation and delusion. In M. Broome and L. Bortolotti (Eds.), *Psychiatry as Cognitive Neuroscience: Philosophical Perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Gerrans, P. (2014). *The Measure of Madness: Philosophy of Mind, Cognitive Neuroscience, and Delusional Thought*. Cambridge, MA: MIT Press.

OBSERVANDO A PSIQUIATRIA

- Graham, G. (2010). *The Disordered Mind: An Introduction to Philosophy of Mind and Mental Illness*. London: Routledge.
- Horwitz, A.V. & Wakefield, J.C. (2012). *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Jaspers, K. (1963). *General Psychopathology*. Trans. J. Hoenig & M.W. Hamilton. Manchester: Manchester University Press. (Original work published in 1913).
- Leeser, J. & O'Donohue, W. (1999). What is a delusion? Epistemological dimensions. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 687-694.
- McKay, R.; Langdon, R. & Coltheart, M. (2009). "Sleights of Mind": Delusions and Self-deception. In T. Bayne and J. Fernández (Eds.), *Delusion and Self-Deception*. Psychology Press.
- Murphy, D. (2006). *Psychiatry in the Scientific Image*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Murphy, D. (2013). Delusions, Modernist Epistemology and Irrational Belief. *Mind & Language* 28(1), 113-124.
- Page, S. (2006). Mind-independence disambiguated: separating the meat from the straw in the realism/anti-realism debate. *Ratio* 19(3), 321-335.
- Samuels, R. (2009). Delusions as a Natural Kind. In M. Broome & L. Bortolotti (Eds.), *Psychiatry as Cognitive Neuroscience: Philosophical Perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Sass, L.A. (2004). Some reflections on the (analytic) philosophical approach to delusion. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 11(1), 71-80.
- Schreber, D.P. (2000). *Memoirs of My Nervous Illness*. Trans. I. Macalpine & R.A. Hunter. New York Review of Books. (Original work published in 1903).
- Wakefield, J.C. (1992). Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review*, 99, 232-247.
- Weinstein, E.A. & Kahn, R.L. (1955). *Denial of Illness*. Charles C. Thomas.
- Zachar, P. (2000). Psychiatric disorders are not natural kinds. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 7(3), 167-182.
- Zachar, P. (2014). *A Metaphysics of Psychopathology*. Cambridge, MA: MIT Press.

179

Resumos

(A classificação, definição e ontologia do delírio)

Apesar de o delírio ser um dos conceitos centrais da psicopatologia, ainda escapa à conceptualização precisa. Neste artigo, apresento alguns problemas fundamentais a respeito da classificação e definição do delírio, bem como sobre seu estatuto ontológico. Por meio do exame desses problemas, tenho como objetivo

esclarecer a ambiguidade do termo clínico “delírio” e sua extensão, bem como fornecer pistas sobre o motivo de filósofos cada vez mais se juntarem a psiquiatras, psicólogos e neurocientistas na tarefa de chegar a uma compreensão global do delírio.

Palavras-chave: Delírio, nosologia, metafísica da psicopatologia, DSM-5

(Classification, définition et ontologie du délire)

Bien que le délire soit l'un des concepts centraux de la psychopathologie, il échappe encore à la conceptualisation précise. Dans cet article, je présente quelques problèmes fondamentaux concernant la classification et la définition du délire, ainsi que son statut ontologique. Par le biais de l'examen de ces problèmes, je cherche à faire la lumière sur l'ambiguïté du terme clinique « délire » et son ampleur, ainsi qu'à fournir des indices sur la raison pour laquelle les philosophes se joignent de plus en plus aux efforts des psychiatres, psychologues et chercheurs en neurosciences pour parvenir à une compréhension globale du délire.

Mots clés: Délire, nosologie, métaphysique de la psychopathologie, DSM-5

(La clasificación, definición y ontología del delirio)

Aunque el delirio sea uno de los conceptos centrales de la psicopatología, este aún se escapa de la conceptualización precisa. En este artículo, presento cuestiones fundamentales relacionadas a la clasificación y definición del delirio, así como también acerca de su estado ontológico. A través del examen de estas cuestiones, mi objetivo es dilucidar la ambigüedad del término clínico ‘delirio’ y su extensión, así como proporcionar pistas sobre por qué los filósofos se unen cada vez más a los psiquiatras, psicólogos y neurocientíficos en el esfuerzo por llegar a una comprensión global del delirio.

Palabras claves: Delirio, nosología, metafísica de la psicopatología, DSM-5

(Klassifizierung, Definition und Ontologie des Wahns)

Obwohl der Wahn eines der zentralen Konzepte der Psychopathologie ist, konnte ein genauer Begriff bisher nicht erstellt werden. In dieser Arbeit stellen wir grundlegende Probleme bezüglich der Klassifizierung und Definition des Wahns, sowie seinen ontologischen Status dar. Unsere Problemuntersuchung hat zum Ziel, die Mehrdeutigkeit des medizinischen Begriffs „Wahn“ und seine Erweiterungen zu erläutern, sowie mögliche Antworten auf die Frage zu finden, warum Philosophen sich zunehmend Psychiatern, Psychologen und Neurowissenschaftlern anschließen, um ein umfassendes Verständnis des Wahns zu erlangen.

Stichwörter: Wahn, Nosologie, Metaphysik der Psychopathologie, DSM-5

OBSERVANDO A PSIQUIATRIA

(谵妄症的分类，定义及其存在)

虽然谵妄症是精神病症的主要概念，但是它的概念依然不是很清楚。本论文对谵妄症的分类和定义方面的一些基本问题进行探讨，并且分析了它的本体论的一些问题。通过调查分析这些问题，作者尝试澄清谵妄症这个临床术语的模糊性和它的外延，了解驱使精神分析学，心理学，神经科学，众多学科的学者联合起来，试图对谵妄症进行一个全面的理解的哲学背景。

关键词：谵妄症，疾病分类学，精神病理学的形而上学，DSM-5

Citação/Citation: Porcher, J.E. (2016, março). The classification, definition, and ontology of delusion. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 19(1), 167-181.

Editores do artigo/Editors: Prof. Dr. Claudio E. M. Banzatto e Profa. Dra. Rafaela Zorzaneli

Recebido/Received: 22.11.2015/ 11.22.2015 **Aceito/Accepted:** 26.1.2016 / 1.26.2016

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: Pesquisa subvencionada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES / The research was funded by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

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

JOSÉ EDUARDO PORCHER

Doutor em filosofia; Pesquisador de Pós-Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Federal do Paraná – UFPR (Curitiba, PR, Br).

Rua Dr. Faivre, 405 – Ed. D. Pedro II, 6º andar – Centro

80060-180 Curitiba, PR, Br

e-mail: jeporcher@gmail.com



This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.

Las estructuras clínicas a partir de Lacan.

Vol. I – Intervalo y holófrase, locura, psicosis, psicossomática y debilidad

Vol. II – Neurosis, histeria, obsesión, fobia, fetichismo y perversiones

Alfredo Eidelsztein

Buenos Aires: Letra Viva, 2008, 341 págs. (Vol. I) e 254 págs. (Vol. II)

Um sistema para as estruturas clínicas

Marta Regina de Leão D'Agord*¹

Vitor Hugo Couto Triska*²

182

Alfredo Eidelsztein — autor de *Modelos, esquemas y grafos en la enseñanza de Lacan*, *El grafo del deseo* e *La topología em la clínica psicoanalítica*, elabora os fundamentos da noção de estrutura clínica. No método pelo qual identifica a particularidade de cada estrutura está o mérito do psicanalista argentino. Propondo uma *estrutura das estruturas clínicas* — sendo estrutura, de acordo com a definição do próprio Lacan, “um conjunto covariante de significantes” onde a identidade dos termos é obtida por suas diferenças —, é dentro de um sistema de relações de oposição e vizinhança que cada estrutura clínica será apresentada. Ao mesmo tempo em que busca ser fiel aos textos lacanianos (as citações e matemas abundantes e cuidadosamente analisados o atestam), a maneira como os interpreta não é óbvia, mesmo para o leitor já familiarizado com Lacan. O manejo das formalizações, frequentemente evitadas por seus comentadores, é didático e conduz a conclusões clínico-teóricas cruciais, o que demonstra

*^{1,2} Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRS (Porto Alegre, RS, Br).

que Eidelsztein as toma como os próprios conceitos, não apenas suas figuras. Exemplo disso é a análise crítica dos esquemas R e I, onde I é uma *distorção* de R determinada pela falta da extração do objeto *a*. Essa *distorção* serve de fundamento epistemológico à oposição organizadora e principal da estrutura das estruturas, a saber, entre *holófrase* e *intervalo*, os dois grandes grupos que reúnem as estruturas clínicas trabalhadas pelo autor.

A obra está dividida em dois volumes. O primeiro possui 11 capítulos, dos quais os dois primeiros são dedicados a questões teóricas preliminares, como o sujeito da ciência, a clínica “mais além do pai” e o quadro das estruturas clínicas. Eidelsztein apresenta a psicanálise como a resposta criada por Freud ao mal-estar ineludível a todo sujeito falante na cultura ocidental — definida segundo três fundamentos: linguístico (indo-europeu), religioso (tradição judaico-cristã) e de elaboração do saber (ciência moderna). É apenas circunscrita a esse contexto cultural que a teoria psicanalítica das estruturas clínicas poderia ser aplicada, ficando incerta a sua pertinência em outros contextos. A extração do objeto *a* (nome da falta no Outro) serve como operador teórico chave. Além da oposição holófrase-intervalo, também sustenta a distinção entre uma clínica “do pai” e outra “mais além do pai”. Na primeira clínica, o Nome-do-Pai é um elemento instaurador da falta no Outro. Essa leitura é criticada pelo autor porque faria do pai um limite máximo, um Outro do Outro que impõe sua lei — uma “fantasia neurótica”. Na clínica “mais além do pai”, a prevalência é dada à incompletude fundamental da estrutura significante, que pode ou não ser “legalizada”, isto é, organizar-se segundo o Nome-do-Pai. O “mais além do pai”, ou seja, a falta estrutural no Outro, organizará toda a estrutura das estruturas clínicas, pois é a partir de suas diferentes relações com essa falta que elas serão estabelecidas. O volume I ainda trata de um tema pouco discutido na literatura lacaniana, a saber, a loucura como distinta da psicose, além das estruturas de holófrase: psicose, psicossomática e debilidade mental.

No quadro apresentado no capítulo 2 do volume I aparecem outros tipos clínicos (adições, hipocondria, melancolia etc.) não articulados com o quadro das estruturas, seja porque não o são, seja porque a teoria psicanalítica ainda não pôde apreendê-las e colocá-las em relação às demais estruturas. Serviriam como demonstração da insuficiência da teoria ou, talvez, da impossibilidade radical de formalização: nem toda psicopatologia será compreendida pelo critério de extração do objeto *a*.

O segundo volume trata das estruturas de extração do objeto *a*, ou seja, de intervalo (neuroses, histeria, obsessão, fobia, fetichismo e perversões) e está dividido em dez capítulos e um *post-scriptum*. Não é apenas uma continuação do primeiro volume, pois traz questões que ainda não haviam sido discutidas no volume I, como o termo “estruturas clínicas”. A fórmula do fantasma é o matema

central desse volume. A *inversão* dessa fórmula, explorada minuciosamente pelo autor, sustentará a oposição entre o par neuroses-perversões. Histeria e obsessão também serão comparadas e diferenciadas a partir desse matema. Interessante notar que a fobia é, não por acaso, colocada mais próxima das perversões do que as demais neuroses: já que o quadro das estruturas é proposto como o esquema da estrutura das estruturas, a posição dos elementos no quadro representa as relações da própria estrutura. Por isso, e assim como as demais estruturas, a fobia será definida em articulação com a perversão que lhe é mais próxima, a saber, o fetichismo.

Loucura Hipocondria Melancolia Caracteropatias Adições Autismo	Intervalo (extração do objeto a)				Distorção	Holófrase (Não extração do objeto a)			
	Neurose			Inversão		Perversão	Psicose	Debilidade Mental	Resposta Psicossomá- tica
	Obsessão	Histeria	Fobia						

(p. 76, vol. I)

184

O *post-scriptum*, finalmente, sistematiza as diferenças espaciais entre o sujeito tomado no sentido filosófico e científico na obra de Freud, e o sujeito como conceito da teoria psicanalítica em Lacan. As rupturas entre Freud e Lacan, presentes em ambos os volumes apenas de maneira secundária, são aqui expostas em primeiro plano e esclarecem a leitura de Eidelsztein, segundo a qual as formulações servem de fundamento epistemológico dos conceitos.

Uma leitura crítica desses dois volumes aponta para a seguinte questão: se o sistema da estrutura supõe uma falta, isto é, a operatividade do significante, da diferença, como pensar uma estrutura que não seja intervalar? As questões que os dois volumes suscitam são importantes para os pesquisadores que buscam fundamentos epistemológicos da psicopatologia e da psicanálise, assim como para o clínico interessado em fundamentar sua prática.

Citação/Citation: D'Agord, M.R. de L., Triska, V.H.C. (2016, março). Um sistema para as estruturas clínicas. Resenha do livro *Las estructuras clínicas a partir de Lacan. Vol. I: Intervalo y holófrase, locura, psicosis, psicossomática y debilidad mental. Vol II: Neurosis,*

RESENHAS BIBLIOGRÁFICAS

histeria, obsesión, fobia, fetichis, mo y perversiones. Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental, 19(1), 182-185.

Editor do artigo/Editor: Profa. Dra. Sonia Leite

Recebido/Received: 26.3.2015/ 3.26.2015 **Aceito/Accepted:** 30.3.2015 / 3.30.2015

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.

185

MARTA REGINA DE LEÃO D'AGORD

Professora do Departamento de Psicanálise e Psicopatologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (Porto Alegre, RS, BR) e dos PPGs, Psicanálise: Clínica e Cultura; Psicologia Social e Institucional.
Rua Riveira, 600
90670-160 Porto Alegre, RS, Br
e-mail: mdagord@terra.com.br

VITOR HUGO COUTO TRISKA

Psicanalista; Doutorando no PPG Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (Porto Alegre, RS, BR) .
Rua Dario Pederneiras, 3454/403
90630-090 Porto Alegre, RS, Br
e-mail: vhtriska@gmail.com



This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.

*O homem Moisés e a religião monoteísta –
Três ensaios: o desvelar de um assassinato*

Betty Bernardo Fuks

Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014, 210 págs.

A última interpretação freudiana da religião

Bruno Pinto de Albuquerque*

186

Ao longo de sua gigantesca obra, Sigmund Freud sempre se interessou por estudar os mais variados fenômenos psíquicos e sociais partindo da clínica psicanalítica que inaugurou. Esta se constitui fundamentalmente em um método de investigação e tratamento psíquico, cuja direção é regida pela ética da singularidade. O psicanalista em seu ofício oferece uma escuta cuja atenção é flutuante para deixar sempre aberta a possibilidade de que a fala do sujeito soe estrangeira. A clínica freudiana, construída ela mesma a partir de articulações com muitos outros campos do saber, insiste na aposta de que aquele que decide correr os riscos e pagar o preço da empreitada possa ter algum acesso a essa alteridade radical presente naquilo que possui de mais íntimo. É a abertura para este inominável, mais além da fantasia que recorta com o sentido o mistério inesgotável da vida, que pode aliviar o sintoma do neurótico que sofre pelo excesso de respostas.

Partindo de sua experiência clínica, Freud se aventurou por vários campos, costurando com o conceito de inconsciente o elo perdido

* Mestrando da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (Rio de Janeiro, RJ, Br).

entre psiquismo e cultura. Entre eles, a religião, para a qual ele construiu diferentes chaves de compreensão, sempre ocupou um lugar significativo. O último grande escrito publicado por Freud em vida foi o texto sobre o qual Betty Fuks se debruça, com elegante erudição, para dar prosseguimento ao seu percurso de trabalho no campo da abordagem psicanalítica da religião. A autora sustenta a importância do texto que “contém a última versão do pensamento psicanalítico sobre religião” (p. 30), valorizando sua “relevância e magnitude clínica, teórica e política” (p. 36).

Traçando conexões entre diferentes tempos da obra freudiana, Betty Fuks explora os desdobramentos da aposta feita por Freud de investigar a história de Moisés por meio dos instrumentos de desvelamento dos processos inconscientes que construiu a partir da técnica psicanalítica. Ao ler a história mosaica como lê o inconsciente, ou seja, tratando os registros como uma rede de traços de memória, Freud constrói uma ficção teórica que não deixa de manter um caráter científico, na qual retoma elementos de toda a sua obra para fazê-los trabalhar.

O que o levou a essa empreitada foi a busca de explicações na religião judaica para o ódio aos judeus, que crescia assustadoramente com a ameaça nazista na Europa da década de 1930. Entre as múltiplas origens do antissemitismo identificadas por Freud, tais como a associação da circuncisão com o complexo de castração e a crença judaica na eleição divina, destaco aqui a ênfase dos judeus na impossibilidade de representação de Deus, que ‘sem rosto e sem imagem é o estrangeiro dos estrangeiros’. Ex-timo a seu próprio povo, ocupa o lugar de um verdadeiro ‘continente estrangeiro’ na economia libidinal dos homens” (p. 165-166). O judeu no texto de Freud pode ser tomado como uma das figuras paradigmáticas do excluído, segregado pelo horror à diferença que o constitui. O sujeito, que Jacques Lacan localizou na instância do isso, insiste com o desejo inconsciente, provocando horror à instância do eu, que constrói de si uma versão idealizada e hostiliza o sujeito, tratando-o como marginal. A equivalência entre a constituição de um sujeito e de um povo se sustenta na medida em que ambos delinham seus próprios contornos a partir da alteridade, o que revela a lógica paradoxal do inconsciente.

Como Betty Fuks assinala, o texto de Freud é também uma tentativa de responder ao porquê de a religião não ter desaparecido com o Iluminismo. Considerada por ele uma ilusão, a religião foi a única que resistiu aos ferozes ataques das luzes da razão. A autora aponta que Lacan, em “Ciência e verdade”, indica que, quanto mais a ciência exclui o sujeito do inconsciente, mais a religião ganha terreno. Ela mostra que a crítica de Freud se dirige a discursos fundamentalistas que tentam impedir as pessoas de pensar por si próprias. A aposta freudiana consiste em oferecer um lugar para o sujeito em análise que suporte a equivocidade das palavras e a pluralidade de sentidos. “A paixão pelo estranho,

o inassimilável do saber inconsciente, o desapareço pelo idêntico e por verdades apriorísticas, levou-o a atrelar sua escuta à inesgotável melodia da pulsão, um dos conceitos que instalou, e mantém no campo da psicanálise o lugar inexpugnável da alteridade” (p. 122).

A experiência de acompanhar o estilo próprio da escrita criativa de Betty Fuks nos faz testemunhar a amplitude de sua leitura do texto freudiano. Esta é ainda enriquecida pelo convite que faz a importantes autores para entrar na dança: Jacques Lacan, Hanna Arendt, Michel Foucault, Jacques Derrida e Emmanuel Lévinas, entre outros — a bibliografia, com articulações interessantes e inesperadas, é extensa e rica. Seu livro discute ainda muitas outras temáticas, como a condição dos judeus após o nazismo e o deslocamento para utopias políticas da esperança de proteção contra o desamparo. Concentrei minhas considerações no que tange à religião, mas, como a própria autora sustenta, o texto de Freud é uma obra aberta, onde cabe a cada leitor abrir suas páginas e fazer seu próprio trajeto pelas linhas da última interpretação freudiana da religião.

Citação/Citation: Albuquerque, B.P. de (2016, março). A última interpretação freudiana da religião. Resenha do livro *O homem Moisés e a religião monoteísta – Três ensaios: o desvelar de um assassinato*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 19(1), 186-188.

Editor do artigo/Editor: Profa. Dra. Sonia Leite

Recebido/Received: 14.9.2015/ 9.14.2015 **Aceito/Accepted:** 29.10.2015 / 10.29.2015

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.

BRUNO PINTO DE ALBUQUERQUE

Mestrando em Psicanálise pelo Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (Rio de Janeiro, RJ, Br); Bolsista CAPES
Rua São Francisco Xavier, 524 – Maracanã
20550-900 Rio de Janeiro, RJ, Br
e-mail: brunopintodealbuquerque@gmail.com



This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.

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 dois editores responsáveis e por Editores Associados que respondem pelas seções específicas. Possui, também, Conselho Editorial e Conselho Científico atuantes.

“Editorial” é assinado por Editores Responsáveis ou por alguém convidado, podendo também ser submetido por pessoa com explícito conhecimento a respeito do assunto abordado. Deve apresentar conteúdo científico que justifique sua indexação, publicação e seguimento de desempenho, devendo incluir dados de autoria, afiliação institucional, referências bibliográficas e conteúdo que apresente potencial para receber citações.

A seção “Artigos” é de responsabilidade dos Editores Responsáveis e publica somente artigos inéditos, em português, inglês, espanhol e francês.

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

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

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

“História da Psiquiatria” é composta por artigos inéditos e ensaios sobre o tema baseados em fontes históricas relevantes.

“Observando a Psiquiatria” contém artigos contraditórios sobre esse campo.

“Literatura, Psicopatologia” 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.

“Resenhas Bibliográficas”. Somente serão aceitas resenhas de caráter crítico que apótem novos conhecimentos além do simples resumo de uma obra.

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 cujas questões fomentem a investigação e a elaboração teórica.

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 adotados 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 aos Editores Responsáveis da Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, para: revistalatinodepsicopatologia@gmail.com

Enviar carta solicitando publicação do trabalho na Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Obs: Figuras, tabelas, fotos, constarão de um arquivo separado, no formato adequado.

7.1) Carta de apresentação

Todos os autores devem assinar a carta enviada, 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

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

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 aos Editores Responsáveis, 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). As resenhas devem conter a versão do título para o alemão, chinês (mandarim) 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, seis resumos de mesmo teor, em alemão, chinês (mandarim) 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 caracteres 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.

Descritores

Os descritores, expressões que representam o assunto tratado no trabalho, devem ser em número de 4 (quatro), também em alemão, chinês (mandarim) espanhol, francês, 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*, 2(3), 46-58.

11.3) Artigos de periódicos (dois autores)

Berlinck, M. T., & Fédida, P. (1999, junho). A clínica da depressão: questões atuais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3(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 psicóticos: um encontro fundamental. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 14(150), 27-31.

11.5) Artigos sem nome do autor

Editorial (2001, outubro). *Pulsional Revista de Psicanálise*, 14(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, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, São Paulo, SP.

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>>.

11.11) Obra antiga e reeditada em data muito posterior

Freud, S. (1976). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 117-196). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1905)

11.12) Autoria institucional

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

American Psychological Association (1994). Publication manual (4th ed.). Washington, DC: Author.

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.

11.13) Comunicação pessoal

Pode ser carta, mensagem eletrônica, conversa telefônica ou pessoal. Cite apenas no texto, dando as iniciais e o sobrenome do emissor e a data. Não inclua nas referências.

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.

193

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 que informe.

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

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

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

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 únicos 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 argumento 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

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

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

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.

197

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

**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 alemão, chinês (mandarim), espanhol, francês, inglês e português, 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 o texto por e-mail, de acordo com as Instruções aos Autores.

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 resarch in Fundamental Psychopathology and the publication of the results.

Diretoria (Board) (2014-2016)

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 Cecilia 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 Federa 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

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 Rovalletti – 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 (2012-2016)/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)

199

Título Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental
19(1), mar. 2016

Capa Teresa Berlinck

Imagem da Capa Ana Calzavara. *Do lado de lá*, 2012. Xilogravura a cores. 104 cm x 134 cm.

Projeto Gráfico Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia
Fundamental

Diagramação Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia
Fundamental

Revisão Carmen Simões Costa

Formato 16 x 22 cm

Tipologia Times New Roman (10,5/13,5)
Futura Lt Bt

Papel Cartão Supremo 250g (capa)
Off set 75g (miolo)

Número de páginas 200

Tiragem 160

Impressão Forma Certa