



Deborah Uhr

**O APAGAMENTO DO SUJEITO NA
CLÍNICA CONTEMPORÂNEA:
o exemplo da psiquiatria biológica**

Tese de Doutorado

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Junia de Vilhena

Rio de Janeiro
Julho de 2014



Deborah Uhr

**O apagamento do sujeito na clínica
contemporânea: o exemplo da
psiquiatria biológica**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Profa. Junia de Vilhena

Orientadora

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Monah Winograd

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Vera Lopes Besset

Instituto de Psicologia - UFRJ

Profa. Carla Ribeiro Guedes

Instituto de Saúde Coletiva - UFF

Prof. Jairo Roberto de Almeida Gama

NATES - UFJF

Profa. Denise Berruezo Portinari

Coordenadora Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 19 de setembro de 2014.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização do autor, do orientador e da universidade.

Deborah Uhr

Graduada em psicologia pela UFRJ. Especialista em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ e pelo Centro Psiquiátrico Pedro II / Fundação Oswaldo Cruz. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Exerceu atividade docente na Universidade Estácio de Sá e no Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação. É servidora da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, onde atua como supervisora clínico-institucional da rede pública de saúde mental. Psicanalista.

Ficha catalográfica

Uhr, Deborah

O apagamento do sujeito na clínica contemporânea: o exemplo da psiquiatria biológica / Deborah Uhr; orientador: Junia de Vilhena. – 2014.

173 f.; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2014.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Psiquiatria biológica. 3. DSM. 4. Medicalização. 5. Biomedicina. 6. Sujeito. 7. Psicanálise. 8. Clínica I. Vilhena, Junia de. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD 150

Para Nilson, por seu amor, estímulo e disponibilidade.
Obrigada.

Agradecimentos

À minha orientadora, Junia de Vilhena, pela confiança que depositou em mim e por ter me dado a liberdade necessária para que eu transformasse a profusão de ideias em um objeto de pesquisa.

À Vera Besset, pelo estímulo e ajuda na elaboração deste trabalho.

Aos professores que participaram da Comissão examinadora, por suas críticas e sugestões.

À PUC-Rio pelo auxílio concedido, sem o qual este trabalho não poderia ter sido realizado.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica por seus ensinamentos e à Marcelina, pela atenção e gentileza.

Aos colegas de turma, por terem me rerepresentado a riqueza e a diversidade da psicologia e pelas longas e divertidas conversas no café.

Aos parceiros da saúde mental do município do Rio de Janeiro porque esta tese é resultado também do trabalho que desenvolvemos juntos.

A Ana Paula Machado e aos funcionários do ambulatório de adultos do Instituto Nise da Silveira, pela parceria e pela oportunidade de viver a rica experiência que motivou o doutorado.

A Pilar Belmonte, Alexander Carvalho, Leonardo Araújo e Silvana Ferreira, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, pelo apoio sem o qual não teria sido possível a realização do doutorado.

A Francisco Sayão Lobato Filho e Marcos Gago, do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (SES-RJ), por terem concedido a licença necessária para que eu terminasse a tese.

A Valéria Victorino e Andréa Saraiva, pelo trabalho sempre instigante e cooperativo no IBMR.

Aos amigos da Escola Brasileira de Psicanálise Seção-Rio, especialmente Paula Borsoi, pela constante interlocução nos caminhos da psicanálise de orientação lacaniana.

Aos meus pacientes, que me ensinaram tanto sobre a clínica e sobre a vida.

A Marcus André Vieira, pela escuta atenta e generosa.

Aos amigos, irmão e cunhada pelo estímulo.

Aos meus pais, por tudo.

A Nilson, pela compreensão e pelo apoio nos desafios do doutorado.

Resumo

Uhr, Deborah; Vilhena, Junia de **O Apagamento do Sujeito na Clínica Contemporânea: o exemplo da psiquiatria biológica**. Rio de Janeiro, 2014. 173p. Tese de Doutorado. Departamento de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Esta tese analisa o apagamento do sujeito na clínica contemporânea, tomando como exemplo a construção do campo discursivo da psiquiatria biológica. Investiga a construção deste campo como resultado da luta pelo monopólio da autoridade científica. Problematiza o predomínio da abordagem fisicalista acerca do sofrimento subjetivo e a medicalização do mal-estar. Ao longo dos capítulos, a tese discute a constituição de valores individualista e a noção de sujeito do inconsciente. Descreve a trajetória intelectual da psiquiatria para revelar a tensão entre as abordagens física e mental. Examina o projeto psiquiátrico de reduzir a subjetividade ao funcionamento cerebral. Analisa criticamente a classificação dos transtornos mentais, associando-a à inflação diagnóstica. A tese identifica que a psiquiatria biológica tem se deparado com limites clínicos para a imposição da leitura fisicalista. Estes limites relacionam-se à ausência de evidências que confirmem a premissa segundo a qual os transtornos mentais são transtornos cerebrais. Do ponto de vista da psicanálise, o limite está dado pelo fato de que o sujeito é efeito de linguagem e que, portanto, não é possível tomá-lo como duplo do cérebro nem reduzi-lo a categorias diagnósticas universalizantes.

Palavras-chave

Psiquiatria biológica; DSM; medicalização; biomedicina; sujeito; psicanálise; clínica.

Abstract

Uhr, Deborah; Vilhena, Junia de (Advisor). **The Effacement of the Subject in the Contemporary Clinic: the example of biological psychiatry**. Rio de Janeiro, 2014. 173p. Doctoral Thesis. Departamento de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This thesis analyses the effacement of the subject in the contemporary clinic, taking as example the construction of the discursive field of biological psychiatry. It inquires the construction of the field as a result of the battle for monopoly of scientific authority and qualification. It questions the predominance of physicalism regarding subject suffering and the medicalization of uneasiness. Throughout its chapters, the thesis discusses the development of individualistic values and the notion of the unconscious subject. It describes the intellectual path of psychiatry in order to unveil the tension between the physical and mental approaches. Examines the psychiatric project to reduce subjectivity in brain functioning. It analyzes critically the classification of mental disorders in order to associate it to a diagnostic inflation. The thesis shows that the biological psychiatry has faced scientific limits for the imposition of the physicalistic reading. These limits refer to the lack of evidences that confirm the premise according to which mental disorders are brain disorders. From the psychoanalytical point of view, the limit is given by the fact that the subject is a result of language and that, therefore, it is not possible to consider it as a double of the brain, or reduce it to universalizing diagnostic categories.

Keywords

Biological psychiatry; DSM; medicalization; biomedicine; subject; psychoanalysis; clinic.

Sumário

1. Introdução	11
2. Do Sujeito em Questão	28
2.1 O sujeito cerebral	32
2.2 O sujeito do inconsciente	35
3. A Psiquiatria e o Dualismo Corpo e Mente	44
3.1 Os primeiros enunciados da psiquiatria	45
3.2 A clínica psiquiátrica entre o físico e o mental	51
3.3 Bayle, Morel e Kraepelin: os fundamentos discursivos da psiquiatria biológica	52
3.3.1 Bayle	53
3.3.2 Morel	54
3.3.3 Kraepelin	57
3.4 A crítica de Jaspers ao fisicalismo	60
3.5 A ruptura epistemológica de Freud	61
4. O Projeto da Psiquiatria Biológica	65
4.1. A remedicalização da psiquiatria	71
4.2. A disputa territorial no campo da investigação biomédica	81
4.3. o reducionismo e a luta pela competência científica	87
5. A Medicalização do Mal-Estar: o caso do DSM	92
5.1. A proliferação diagnóstica do DSM III	98
5.2. Tristeza e depressão: um breve relato sobre a inflação diagnóstica	108
5.3 As reações ao DSM	116
6. Considerações Finais	123
7. Referências Bibliográficas	128
8. Anexos	153

Lista de quadros e tabelas

Quadro 1. Diagnóstico de histeria – comparação DSM I, DSM II, DSM III e DSM III-R	100
Quadro 2. DSM I – Classificação de quadros clínicos onde a sintomatologia depressiva tem papel preponderante	109
Quadro 3. DSM II – Classificação de quadros clínicos onde a sintomatologia depressiva tem papel preponderante	110
Tabela 1. DSM – Número de Categorias Diagnósticas e Número de Páginas, 1952-2013	107

Sabidamente não há classificação do universo
que não seja arbitrária e conjectural.

Jorge Luis Borges

1

Introdução

Esta tese tem como objetivo a análise do apagamento do sujeito na clínica psiquiátrica por meio da redução do psíquico ao cerebral. A motivação para a compreensão das condições de possibilidade para o apagamento do sujeito na psiquiatria está associada às inquietações originadas no trabalho em um ambulatório de hospital psiquiátrico público no Rio de Janeiro¹. No ambulatório, chamava atenção que grande parte dos pacientes que procuravam o serviço adotava o termo “depressão” para nomear seu mal-estar. Em consonância com esse autodiagnóstico, reportavam-se ao ambulatório para obter tratamento farmacológico. Poucos eram os casos em que os pacientes se indagavam sobre o sentido de seu mal-estar ou procuravam psicoterapia. Diante desse modo de configuração da demanda, se fez necessário pesquisar se aquela era uma situação particular ou se refletia um fenômeno mais amplo.

A inquietante impressão de uma possível “epidemia de depressão” (Pignarre, 2001), acompanhada pelo uso crescente de psicofármacos, parecia ser efetivamente ratificada por pesquisas contemporâneas. Estudo com os 1324 pacientes acolhidos nos grupos de recepção desse ambulatório entre 2 de abril de 2007 e 31 de março de 2008 identificou que 25% dos casos foram diagnosticados com depressão² (Valverde, 2008). Gonçalves et al. (2014) também demonstraram que de 20 e 30% da clientela atendida na atenção primária apresentam depressão. Para os autores, aos quadros de depressão se somariam os quadros de ansiedade, que fariam com que incríveis 50 a 60% da população tivessem os chamados transtornos mentais comuns!³

¹ O ambulatório tinha cerca de 20 profissionais de nível superior, metade deles psiquiatras, e contava com aproximadamente 4000 pacientes.

² No CID X a depressão é nomeada como episódio depressivo (F32) ou como transtorno depressivo recorrente (F33).

³ O termo “transtorno mental comum” é utilizado nos estudos epidemiológicos para identificar a prevalência de quadros marcados por queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, falta de concentração e que não necessariamente preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão, ansiedade e transtorno somatoforme (Fonseca et al., 2008).

Esses números talvez expliquem o crescimento expressivo de consumo de antidepressivos, estabilizadores de humor e ansiolíticos no Brasil. Somente entre 2011 e 2012 houve alta de 8,72% na quantidade de caixas vendidas, o que significa que os gastos com esses medicamentos passaram de 38,04 milhões para 42,33 milhões no período. Esse padrão de gastos coloca o Brasil dentre os países que mais consomem psicotrópicos no mundo (Jornal Estado de Minas Gerais, 2013).

A prevalência dos transtornos mentais comuns ratifica sem ressalvas a constatação feita pela Organização Mundial de Saúde na década passada, onde a depressão foi considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública (OMS, 2001). Estudo recente estima que a depressão afeta mais de 350 milhões de pessoas e que, em 2030, será a principal responsável pela carga global da doença no mundo, ou seja, pelos anos de vida perdidos por morte prematura ou incapacitação (OMS, 2012).

Esses dados impressionantes devem ser avaliados com cautela. É recomendável refletir sobre um possível viés diagnóstico, que diz respeito a categorizar como depressão casos que talvez fossem melhor classificados como variações normais do humor, retirando o caráter patológico das queixas apresentadas e relacionando-as a um traço do sujeito ou a eventos estressantes da vida.

É necessário assinalar que, na experiência ambulatorial, a classificação como depressão de 25% dos quadros clínicos apresentados prevaleceu mesmo em um contexto onde havia preocupação com o risco de medicalização da demanda e com os efeitos subjetivos da atribuição diagnóstica. Os profissionais estavam advertidos quanto aos riscos da localização do mal-estar em uma classe, ainda que para fins administrativos (Vieira, 2001).

Naquela instituição pública a clínica psicanalítica pôde dialogar com a força do saber biomédico. Apesar do diálogo, talvez a equipe tenha reproduzido a tendência identificada por Shorter (2009) de privilégio da utilização da categoria depressão em lugar de categorias diagnósticas menos patologizantes. Esse privilegiamento leva à produção de falso-positivos para depressão, ou seja, de diagnósticos de depressão em quadros onde a doença de fato não existe.

É possível interrogar se a tendência à produção de falso-positivos não constitui um efeito necessário da lógica dos manuais classificatórios psiquiátricos. Neles, a dimensão subjetiva é tomada como acessória em relação aos sintomas. Diante dessa racionalidade, não parece fortuito que cada vez mais pessoas cheguem aos ambulatórios públicos (e também aos consultórios privados) dizendo-se deprimidas e em busca de medicamentos para curar seus males.

Já há algumas décadas ganha força a tese de que a subjetividade deve ser definida em termos corporais e que os fenômenos mentais têm causalidade física. Sentimentos, expectativas, comportamentos, escolhas são creditados prioritariamente à fisiologia cerebral, em uma clara desconsideração ou desvalorização da cultura e do psiquismo. Essa transição no campo *psi* parece acompanhar a mudança mais ampla na biomedicina e na sociedade, relativa ao desenvolvimento da cultura somática (Novas e Rose, 2000; Costa, 2004) e à naturalização da mente ou do pensamento (Ehrenberg, 2004, 2008; Bezerra Jr., 2013; Russo e Ponciano, 2002; Canguilhem, 1980/2006; Winograd, 2006, 2010). Esta tese investiga o modo pelo qual a psiquiatria biológica relaciona-se a esse processo de naturalização da mente e ao apagamento do sujeito na clínica contemporânea.

Para dar conta dessa proposta de investigação, a psiquiatria biológica é considerada como uma formação discursiva, um saber, não uma ciência propriamente dita. A análise do domínio discursivo distancia, em um primeiro momento, a tese da compreensão das condições de possibilidade da cientificidade dessa especialidade médica. Em vez disso, é feita a escolha de analisar o campo psiquiátrico como *saber*, ou seja, como um discurso. Com esse deslocamento, a tese aceita inicialmente a démarche metodológica de Foucault, que recusa o uso da epistemologia para estudar os saberes (Machado, 1982).

Segundo Machado, é a singularidade da psiquiatria, assim como da medicina, com relação “aos conhecimentos propriamente científicos como a física e a química que impede que elas sejam estudadas de modo eficaz em uma perspectiva epistemológica” (Machado, 1982, p. 12). Com esse deslocamento, Machado argumenta que a psiquiatria detém propriedades intrínsecas que permitem compreendê-la enquanto uma formação discursiva.

O afastamento da análise epistêmica não necessariamente significa desconsiderar o alcance do projeto normativo da medicina. Pelo contrário, é necessário reconhecê-lo a despeito da cientificidade imperfeita da medicina face ao modelo das ciências formalmente constituídas (Foucault, 1969/2012). Portanto, a preservação da análise conceitual, como utilizada por Canguilhem, é crucial e serve de referência teórica para a compreensão desse projeto normativo.

Nesse sentido, o estudo da psiquiatria biológica e do apagamento do sujeito na clínica contemporânea ampara-se na reflexão de Canguilhem sobre o positivismo médico. No livro *O Normal e o Patológico*, Canguilhem questiona o esforço da medicina para alinhar-se à epistemologia positivista, segundo a qual o conhecimento é expressão de um real absoluto, onde não há lugar para a discussão de valores (Soares e Camargo Jr, 2007). Para Canguilhem, o conhecimento pode ser relativizado porque existe um valor fundamental, ontológico, na própria vida. Em consonância com essa premissa, o autor argumenta a favor de um campo específico da normalidade e da patologia que escapa ao domínio da ciência. Considera os conceitos “normal” e “patológico” como expressão de valores, não aceitando pressupostos da medicina que os tomam como expressão do conhecimento objetivo e neutro.

O autor recusa a concepção estritamente positivista na medicina, bem como seu viés experimental e quantitativo. Ao fazê-lo, defende que o essencial da medicina é “a clínica e a terapêutica, ou seja, uma técnica de instauração e de restauração do normal que não pode ser inteiramente reduzida ao simples conhecimento estatístico” (Canguilhem, 1966/1982, p. 16).

Se assim o fosse, seus efeitos seriam nefastos, como adverte Lecourt:

se a norma aparece como fato, inscrita em uma natureza e suscetível de dar lugar a uma formulação estatística, as consequências sobre o indivíduo são graves. Com efeito, o indivíduo se arrisca a cair sob o império de uma concepção despótica da saúde. (Lecourt, 2006, p. 298).

Ao rejeitar a posição de Comte e Claude Bernard sobre a conceituação de doença como uma realidade objetiva acessível ao conhecimento, Canguilhem revela um erro central da abordagem positivista: a definição da doença como uma simples alteração *quantitativa* da normalidade, como expressão exagerada,

diminuída ou anulada de sua função normal correspondente. Essa definição, estabelecida no século XIX, tinha por objetivo suprimir da técnica médica qualquer indício de aferição subjetiva ou valorativa dos estados normal e patológico. Considerava-se que, ao atribuir um conteúdo experimental e quantitativo ao conceito de normal, se garantiria à medicina um enfoque científico acerca da normalidade.

Canguilhem, contudo, afirma a diferença de natureza *qualitativa* entre as noções de normal e patológico. Sustenta que a ambição de anular o patológico como um fenômeno de natureza específica desconsidera que um sintoma ou mecanismo funcional deve ser relacionado à totalidade do comportamento individual do qual faz parte. O conhecimento acerca da doença, diz o autor, tem sua origem na “experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio” (Canguilhem, 1966/1982, p. 65).

O mesmo ocorre com a saúde. Ela é uma noção que também depende da apreciação do indivíduo sobre seu estado e sobre o modo como ele experimenta a dinâmica da separação entre saúde e doença. Essa dinâmica se apresenta em primeiro lugar como individual. É em relação a um estado anterior de saúde que um indivíduo se declara doente. Ele assim o avalia porque considera que sua capacidade de responder ao meio apresenta-se diminuída. Em contraposição, um indivíduo acredita-se em boa saúde quando tem segurança (ainda que ilusória) de que pode cair doente e que se restabelecerá. Nessa perspectiva “a saúde se apresenta não como a conformidade a uma norma dada, mas como a manutenção de um poder normativo tão flexível quanto possível em relação ao meio” (Lecourt, 2006, p. 297). Expressa diferentes padrões e não se limita à adaptação a um padrão objetivamente definido.

Assim, saúde e doença não são definidos exclusivamente por referência à normalidade como fato, à normalidade no sentido estatístico e descritivo, àquilo que é prevalente em uma determinada população e que pode ser objetivamente mensurável. Elas são definidas também por referência à normalidade como valor. Nessa segunda acepção, diz-se que determinado organismo ou indivíduo é ou está normal quando ele é normativo, ou seja, capaz de mostrar-se plástico, criativo frente às injunções da vida.

Esse modo de pensar a normalidade oferece novas possibilidades para a compreensão da saúde e da doença, pois ambas implicam certa norma de vida. Especialmente importante é que o patológico deixa de ser concebido como desvio em relação a um parâmetro objetivamente definido. Ele é entendido como expressão de uma potência normativa constrangida, uma resposta criativa, mas “infeliz” às injunções da vida no meio em que o ser vivo se encontra (Bezerra Jr., 2006, p. 101).

A compreensão da normalidade a partir da normatividade também permite rever as noções de anomalia e de mutação. Elas deixam de ser patológicas *per se* para tornarem-se fatos biológicos insólitos que expressam outras formas de vida possíveis, mais ou menos normativas. Distinguir anomalia e estado patológico, bem como retirar da variedade biológica o valor de negatividade permitem que Canguilhem enuncie a tese segundo a qual “atribui-se ao próprio ser vivo, considerado em sua polaridade dinâmica, a responsabilidade de distinguir o ponto em que começa a doença” (Canguilhem, 1966/1982, p. 144).

Cabe especialmente chamar atenção, para o desenvolvimento desta tese, que Canguilhem advoga a reformulação da prática clínica da medicina. Propõe que o ser humano e sua experiência de sofrimento e impotência, seu “sentimento de vida contrariada” sejam colocados no centro da prática médica (Canguilhem, 1966/1982, p. 187). Nessa perspectiva, a supressão da doença e a redução dos constrangimentos impostos por ela - metas da medicina - não se ancorariam exclusivamente em dados biológicos e estatísticos. Elas também teriam por referência a experiência dos indivíduos, aquilo que eles reconhecem como limites à sua existência (Bezerra Jr., 2006). Assim escreve Canguilhem:

A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente. (...) O indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas consequências no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe. (Canguilhem, 1966/1982, p. 145).

A importância da perspectiva do doente no pensamento de Canguilhem deve-se, sobretudo, à ideia de que a doença é uma experiência vivida por um indivíduo, é criação de uma nova norma. Nessas bases, o diagnóstico e o tratamento deveriam considerar a perspectiva do doente, e não apenas as técnicas

de exame. A terapêutica deveria respeitar o novo modo de vida instaurado pela doença, não agindo intempestivamente no sentido do retorno ao normal.

Bezerra Jr. considera que as ideias de Canguilhem deveriam estar no “centro da reflexão clínica” dos profissionais de saúde. Porém, diante do domínio da perspectiva positivista na medicina, o autor constata que os profissionais

acabam por assimilar os conceitos e pontos de vista sobre a saúde e a patologia que refletem o imaginário social e teórico vigente, transformando-se – à sua revelia – em agente de um processo crescente de medicalização da existência e patologização do normal. (Bezerra Jr., 2006, p. 93).

A conclusão de Bezerra Jr. explicita duas questões teóricas importantes: 1) a natureza do campo científico como espaço de disputa pela autoridade científica; 2) o problema da medicalização. É necessário discuti-las, no âmbito desta tese, para mostrar que a ausência da reflexão sobre os conceitos de normalidade, saúde, doença, vida e singularidade na biomedicina provoca deslocamentos importantes em direção à patologização daquilo que escapa ao normal como fato (Bezerra Jr., 2006).

O Campo Científico - A questão posta por Bourdieu associa prática científica e estratégia de dominação. A lógica dos campos científicos permite compreender as disputas epistêmicas como estratégias impositivas de autoridade científica. Estratégias antagônicas realizam disputas concorrenciais que resultam na subordinação de uma das forças oponentes. O campo científico é, portanto, um campo relacional de luta entre desiguais: os dominantes ocupando posições mais altas nas estruturas de distribuição de capital científico e os dominados acessando marginalmente os recursos científicos acumulados.

Nessa guerra de posição, os sistemas de classificação conceitual são expressão de interesses opostos no campo da produção simbólica. Ademais, os sistemas de classificação oferecem um sólido recurso de dominação, reforçando as posições sociais dos seus detentores e a autoridade cognitiva no campo científico (Wacquant, 1992, p. 14).

Ao longo da década passada, a literatura brasileira compreendeu a difusão da perspectiva biológica como uma luta pelo monopólio do saber. Os autores utilizam

a categoria de fisicalismo reducionista, um dos tipos de naturalismo, para sintetizar a posição sectária da psiquiatria acerca do mal-estar.

O fisicalismo é uma maneira de descrever a existência do ser e da realidade que dispensa o recurso a alguma ordem que não a natural. No que diz respeito à relação corpo e mente, a posição fisicalista sustenta que mesmo as propriedades mentais ou abstratas dependem diretamente da existência de coisas físicas. Quando o fisicalismo é associado ao reducionismo, considera-se que a mente não é nada além de circuitos neuronais (Bezerra Jr., 2000).

Serpa Jr. afirma que, na perspectiva fisicalista da psiquiatria biológica:

“não se trata de oferecer uma descrição alternativa, mas de prescrever uma forma descritiva que, por pretender-se mais científica, acredita-se mais próxima da verdade e em condição de avaliar pejorativamente quaisquer abordagens dos fenômenos mentais não adequadas aos seus cânones, indicando que o único lugar destinado a estas é o lixo do esquecimento” (Serpa Jr., 1998, p. 239).

Com a mesma preocupação, Costa esclarece que esse tipo de fisicalismo é reducionista porque tenta fazer com que todo enunciado não fisicalista da vida mental seja “desdobrado em enunciados quantitativos e equiparado a leis nomológicas previsíveis e controláveis experimentalmente” (Costa, 1998, p. 14). O fisicalismo é também eliminativista porque compreende que “todo enunciado mentalista sobre o psíquico, nas ciências humanas ou na psicologia popular, pode ser substituído, sem perda de sentido e eficácia fundamental, por enunciados fisicalistas” (Costa, 1998, p. 14).

Frente a eventuais limites para essa substituição, o fisicalismo eliminativista procura ignorar o enunciado. Furta-se ao diálogo com outras formas de investigação, preferindo tratar a questão como ilusória ou mesmo inexistente (Bezerra Jr., 2013). Assim, na perspectiva reducionista eliminativista da psiquiatria biológica só é pertinente aquilo que é passível de explicação em termos fisicalistas.

As considerações sobre o fisicalismo fazem da reflexão acerca da psiquiatria biológica uma necessidade, pois o reducionismo eliminativista é um recurso de dominação simbólica. Ele tem efeito no modo como o discurso médico-psiquiátrico responde à condição de mal-estar. É preciso questionar a pretensão psiquiátrica de descrever a vida mental, a experiência subjetiva e os fenômenos

psicopatológicos como sendo, em sua verdadeira essência ou natureza, de ordem fisicalista (Bezerra Jr., 2000). Atentar para o reducionismo eliminativista significa questionar o projeto biopsiquiátrico de reduzir a experiência humana a efeitos de operações físico-químicas. Essa compreensão tem consequências clínicas graves, que apagam o sujeito. Além disso, restringe a leitura sobre o homem e sobre os modos de lidar com seus impasses.

Medicalização – O conceito é definido como o processo por meio do qual a jurisdição da medicina foi ampliada pela definição de fatos e experiências cotidianos em termos médicos. A reflexão sobre medicalização teve início na década de 1960, no contexto da contracultura. Ganhou expressão nos anos 70 com as obras Freidson (1970) e Zola (1972), que chamaram a atenção para o controle social da medicina e a extensão da jurisdição da profissão médica para questões tradicionalmente remetidas à religião e à justiça. A medicalização, para esses autores, retrata o domínio da profissão médica tanto em relação a comportamentos considerados desviantes, a exemplo da loucura, alcoolismo, homossexualidade, infertilidade, quanto ao que concerne a processos naturais como nascimento, desenvolvimento infantil, menopausa, morte.

As reflexões sobre a medicalização foram seguramente fortalecidas com a publicação do livro “A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina”, de Illich (1975/1976). O autor afirma que a empresa médica é danosa, pois ameaça a saúde, aliena os meios de tratamento nas ações técnico-especializadas e monopoliza o conhecimento acerca do processo saúde/doença. Situa a medicina como uma política, um instrumento que visa conservar a capacidade produtiva e transformar os indivíduos em demandantes de ações e serviços médicos. Para o autor, o processo pelo qual se instaura nos indivíduos esse desejo de tratamento e de regulação médica é nomeado *medicalização da vida*. Na perspectiva de Illich, a medicalização é um fator central na dificuldade dos indivíduos para lidarem com o sofrimento, incidindo de modo um tanto inexorável sobre a população.

Na década de 90 a reflexão sobre a medicalização foi retomada por influentes sociólogos, dentre eles destaco a produção intelectual de Conrad (1992, 2007), que compreende a medicalização como um processo social complexo,

ambíguo e passível de contestação ou de reforço pela população leiga. Diferente dos primeiros teóricos, Conrad rejeita a ideia de que a medicalização é um empreendimento prioritariamente médico. Compreende-a como um processo sociocultural que pode ou não envolver a profissão médica. Chama a atenção para a dimensão interativa da medicalização, que sofre interferência de atores diversos como associações de pacientes, empresas do complexo médico-industrial e burocracias públicas⁴.

Essa pluralidade de interesses faz com que o processo de medicalização assuma graus diversos de acordo com o suporte da profissão médica, a disponibilidade de modos de intervenção e tratamento, a cobertura pelo plano de saúde e a presença de grupos que contestam a definição médica. Ela ocorre em três níveis: conceitual, pela utilização de vocabulário ou modelo médico para regular ou definir um problema; institucional, via adoção de enfoque médico para lidar com um problema no qual a organização se especializa, e interativo, quando a medicalização é efeito direto da interação médico-paciente.

Conrad (1992) considera que a chave do controle social da medicina está no nível conceitual, pois é dali que advém a autoridade para definir comportamentos, pessoas ou coisas como fatos médicos. Além da questão conceitual, o autor também chama a atenção para o *status* e o monopólio da medicina. Para ele, quanto mais elevados o *status* e o monopólio médicos, maior a capacidade da profissão de legislar sobre eventos que possam ser definidos como saúde ou doença. Na penetração da medicina no cotidiano, o autor localiza alguns efeitos danosos: assunção da neutralidade moral médica, dominância por especialistas, despolitização do comportamento, deslocamento de responsabilidade, uso de tecnologias médicas e exclusão social.

Rosenberg (2006) associa-se ao debate sobre a medicalização e também contesta as análises dos anos 70, que obscureceriam a natureza complexa, contingente e passível de debates e disputas da medicalização. Para o autor, entretanto, o fato mais relevante em termos de medicalização diz respeito à tendência a explicar sentimentos, comportamentos, males físicos em termos

⁴ Paradoxalmente, as associações de pacientes podem atuar decididamente no sentido do reconhecimento de seu problema como uma patologia, em geral com o fito de obter cobertura previdenciária e assistencial, especialmente dos planos de saúde, ou de tratamento especial no trabalho ou na escola (Conrad, 1992).

somáticos, fisicalistas. A adoção do modelo somático é acompanhada da desconsideração de impasses afetivos e sociais, em um reducionismo que é especialmente pernicioso nos problemas cuja expressão é comportamental ou emocional.

No debate sobre medicalização, cabe finalmente destacar a leitura de Rose (2003, 2006, 2013), que enfatiza os efeitos da biomedicina na cultura e nos indivíduos. O autor considera que, nos países desenvolvidos, a medicina tem desempenhado papel decisivo na produção de pessoas ao moldar o regime ético, as relações que temos para conosco, os julgamentos acerca do tipo de pessoas que desejamos ser. Assim, a medicalização não tem se restringido à redefinição de problemas em termos médicos; “fez de nós o que somos” (Rose, 2007a, p. 700).

A leitura de Rose sobre o processo de medicalização inspira-se claramente na obra de Foucault, para quem a medicalização é parte do biopoder, tipo de poder que toma a vida como objeto a fim de *fazer viver*. No biopoder, interessa reforçar a vida, controlá-la, vigiá-la, majorá-la, pois assim se obtém a disciplina dos corpos e a gestão das populações (Foucault, 1997/1999).

O poder sobre a vida comporta duas tecnologias distintas e complementares: a anátomo-política do corpo humano e a biopolítica das populações. A primeira tem por base a disciplina do corpo individual e é operada por meio de técnicas, dispositivos, mecanismos, instrumentos de poder que “permitem um controle minucioso das operações do corpo, que asseguram a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade” (Foucault, 1975a/1977, p. 126). A essa tecnologia se associam as instituições que visam à socialização do indivíduo – família, escola, fábrica –, bem como aquelas que tratam dos desvios, como o hospital, o asilo, a prisão. A disciplina ali exercida serve ao adestramento dos indivíduos, à ampliação de suas aptidões, à extorsão de suas forças, em um empreendimento que se baseia na vigilância, no exame, no treinamento contínuo e perpétuo.

A anátomo-política do corpo humano “é a disciplina enquanto ela reduz uma massa confusa, dispersa do homem a um quadro especial capaz de captar os corpos em sua individualidade” (Sugizaki, 2008, p. 191). Ao distinguir o indivíduo da massa, individualizá-lo, o poder disciplinar não opera somente na

negatividade, na coerção, na destruição do indivíduo. Ele é positivo, produz o homem como objeto de saber-poder. Como afirma Machado,

O adestramento do corpo, o aprendizado do gesto, a regulação do comportamento, a normalização do prazer, a interpretação dos discursos, com o objetivo de separar, comparar, distribuir, avaliar, hierarquizar, tudo isso faz com que apareça pela primeira vez na história esta figura singular, individualizada – o homem – como produção de poder. (Machado, 1982, p. 198).

A segunda tecnologia, a biopolítica das populações, se dirige à multiplicidade dos homens afetada por processos que são próprios da vida, como nascimento, morte, doenças, reprodução, incapacidades biológicas etc. A biopolítica lida aqui com a população, tomando-a como um problema ao mesmo tempo científico e político, como um problema biológico e de poder.

Diferentemente da anátomo-política que, por meio da disciplina, vigia e treina os corpos, individualizando-os, a biopolítica dirige-se à população a fim de gerir e administrar seus processos biológicos e biosociológicos. Para isso usa mecanismos reguladores ou regulamentadores e não disciplinares. Adota previsões, estimativas estatísticas e medições globais. Intervém no nível das determinações dos fenômenos que afetam a população. Assume uma função preditiva, que visa antecipar e controlar os eventos fortuitos que podem ocorrer na população, colocando-a em risco. Além disso, procura compensar eventuais desequilíbrios que ameacem a pretensa homeostase populacional (Foucault, 1997/1999).

Segundo Foucault, ao articular biopolítica das populações e anátomo-política do corpo humano, o biopoder fez com que a vida caísse, ao menos em parte, no campo de controle do saber e da intervenção do poder. Ele o fez mediante o jogo duplo das tecnologias disciplinares e das tecnologias regulamentadoras, que, conjugadas, investiram todo o espaço de existência, definindo o que deve ser feito e como deve ser feito (Foucault, 1976/1988; 1997/1999). Com isso, o biopoder produziu, para Foucault, uma sociedade normalizadora, que qualifica, mede, avalia, hierarquiza comportamentos e afetos.

As conclusões sobre a guerra de posição no campo científico, medicalização e biopoder parecem indicar que efetivamente vive-se sob a plena hegemonia

positivista no campo da medicina. O papel normativo da medicina consolidou-se graças ao avanço científico ocorrido no final do século XVIII e início do século XIX (Foucault, 1963/1977). O desenvolvimento da anátomoclínica trouxe um significado adicional para o campo médico: a doença deixou de ser uma espécie mórbida para localizar-se no *corpo*, como expressão de uma lesão. A redefinição conceitual possibilitou uma mudança expressiva na produção do conhecimento: o cadáver, antes signo do fracasso médico, tornou-se fonte de saber. Com isso, a anatomia patológica e, depois, a fisiologia assumiram lugar central ao fazer do corpo objeto de pesquisa e intervenção. Essa transformação foi decisiva para os rumos da medicina, doravante centrada no corpo e nas lesões (Camargo Jr. 2005).

Cabe chamar atenção que, nessa transformação, as pesquisas biológicas experimentais permitiram à medicina ajustar-se à racionalidade científica. Com a biologia experimental, a medicina tem buscado fixar as leis que regulam o corpo, estipulando enunciados universais que independam do contexto e da particularidade individual (Luz, 1988). A relação entre o conhecimento científico produzido no campo da biologia e a medicina estreitou-se a ponto de criar uma nova denominação para a medicina contemporânea, designada como *biomedicina* (Camargo Jr, 2003).

A busca da origem das enfermidades no organismo foi consolidada com a identificação da estrutura celular, o conhecimento dos principais processos fisiológicos e a postulação da teoria evolutiva das espécies na segunda metade do século XIX. Além disso, a descoberta dos micro-organismos pela bacteriologia no final do século XIX permitiu à medicina revelar os agentes etiológicos associados às enfermidades infecciosas e parasitárias (Rosen, 1958/1994, 1974/1979; Adam e Herzlich, 1994/2001). A bacteriologia postulou que os processos infecciosos eram gerados pela ação de vírus ou bactérias que se alojavam no corpo humano, provocando adoecimento. Assim, ela estabeleceu o modelo da doença específica, segundo o qual cada patologia infecciosa tinha um agente motivador próprio, como na relação entre o bacilo de Koch e a tuberculose.

O sucesso desse modelo reforçou as teorias unicasais, que ultrapassaram o âmbito das infecções e foram replicadas no que dizia respeito às mais diversas patologias, inclusive psiquiátricas (Rosenberg, 2006; Healy, 1997). As teorias unicasais ratificaram a ênfase no corpo e na doença inaugurada com a

anatomoclínica, fazendo avançar a tese de que a elucidação do adoecimento deveria ancorar-se na biologia (Helman, 1984/1994; Camargo Jr, 2003; Castiel, 1999).

Camargo Jr resume bem os efeitos dessa opção ao afirmar que a biomedicina é orientada por um suporte comum, não claramente enunciável, onde as doenças são consideradas como “coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa” (Camargo Jr, 2005, p. 186). Assim, elas se expressariam por um conjunto de sinais e sintomas, manifestações de lesões, que devem ser buscadas no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta: medicamentosa ou cirúrgica. Desse modo, as questões relacionadas à saúde e à doença tendem a ser objetivadas como problemas técnicos, que devem ser resolvidos por meio de procedimentos tecnológicos ou biotecnológicos. Esses procedimentos são os exames de imagem, técnicas de transplante, técnicas de reprodução, próteses, manipulação genética, além das ações rotineiras, como anamnese, exame físico, administração de injeções e prescrição de medicamentos (Lock & Nguyen, 2010).

A habilidade de tratar os corpos fora do contexto tem permitido à biomedicina intervir e reconfigurar a vida em todos os lugares. Essa habilidade se ampara nas suposições de que os corpos são essencialmente os mesmos e de que as taxonomias das doenças e condições médicas são aplicáveis em qualquer lugar. Le Breton (1990/2011) indica, adicionalmente, que a biomedicina não se restringe à descontextualização do corpo e da doença. A biomedicina coloca o homem em posição de exterioridade em relação ao seu próprio corpo. Reduz o corpo a um conjunto de engrenagens, pois é esse corpo – esvaziado de subjetividade – que serve ao controle da medicina, aos seus procedimentos clínicos e tecnológicos.

Diante dos avanços da biomedicina, o alerta de Canguilhem sobre o lugar do paciente no processo terapêutico repercutiu de modo residual. A adoção da perspectiva de Canguilhem implicaria em duas consequências fundamentais: 1) a colocação da experiência do sofrimento no centro da terapêutica: nenhum dado objetivo, parâmetro ou evidência poderia colocar em segundo plano a essência da *ars curandi*; 2) a transferência ao indivíduo da última palavra em matéria de sofrimento em contraposição ao objetivismo reinante na biomedicina (Bezerra Jr., 2006, p.106-108). Nessa situação, o indivíduo estaria em melhor posição do que a

biomedicina para indicar a existência e a extensão de suas limitações e o alcance de suas possibilidades (Serpa Jr., 2003).

Desenho do estudo

Esta tese investiga o modo pelo qual o alinhamento à biomedicina conduziu ao afastamento da experiência do paciente na clínica psiquiátrica. Para responder a este desafio, analisa a formação discursiva da psiquiatria biológica. A tese localiza a psiquiatria no âmbito da constituição histórica das “ciências do homem” na modernidade, enquanto um saber (Foucault, 1969/2012). Nesses limites, esta investigação inspira-se nos trabalhos de Foucault *As Palavras e as Coisas* e *Arqueologia do Saber* para delimitar a revisão do campo discursivo e das práticas sociais da psiquiatria biológica, ainda que reconheça a inexistência de uma unidade metodológica em Foucault. Como adverte Machado “qualquer livro [do autor] é, do ponto de vista metodológico, sempre diferente do livro anterior”, levando-o a falar em “trajetória da arqueologia” na obra de Foucault (Machado, 1982, p. 13).

Na *Arqueologia do Saber* a análise da formação discursiva para a compreensão dos saberes e da ciência aparece seguramente explicitada como domínio de pesquisa. Foucault escreve que:

no caso em que entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, se puder definir uma regularidade, diremos, por convenção, que trata de uma formação discursiva – evitando, assim, palavras demasiado carregadas de condições e consequências, inadequadas (...) tais como *ciência* ou *ideologia*, ou *teoria* ou *domínio de objetividade*. (Foucault, 1969/2012, p. 47).

Resta precisar como que determinados tipos de enunciação e conceitos podem pertencer à mesma ordem de discurso (Foucault, 1969/2012, p. 38). Para Foucault, as respostas para essa delimitação estão associadas a quatro possibilidades. Primeiro, quando os enunciados, diferentes em forma, dispersos no tempo, formam um conjunto ao se referirem a um único e mesmo objeto; segundo, quando um corpo de conhecimento enuncia uma mesma visão das coisas, um mesmo esquadrinhamento do campo perceptivo, mesmo sistema de transcrição por vocabulário descritivo e metáforas; terceiro, quando é possível caracterizar e individualizar os enunciados dispersos e heterogêneos, assinalando

como se excluem e se supõem, a transformações sofridas, o jogo de seu revezamento e substituição. Por fim, quando é possível explicar a identidade que apresenta e a persistência do tema (Foucault, 1969/2012, p. 44-47).

Machado destaca que Foucault privilegia na *História da Loucura* as práticas institucionais de internamento, o saber que as acompanha e as transformações econômicas e políticas que a elas se articulam. Porém, ao abandonar provisoriamente essa perspectiva, retomada com a análise genealógica em *As Palavras e as Coisas*, ele estuda a constituição das ciências humanas a partir do estabelecimento de uma rede conceitual de saberes e situa de maneira sistemática o saber – e não mais a percepção – como nível próprio de análise. Com isso, abre uma ampla possibilidade para que a compreensão de determinados saberes a partir do seu interior, do que é exclusivamente discursivo (Machado, 1982, p.180).

A análise da formação discursiva trouxe como possibilidade a procura de respostas a problemas da pesquisa no *edifício filosófico* dos grandes formuladores e também nas expressões culturais que geram discurso sobre determinados temas. Para Foucault “há pensamento na filosofia, mas também num romance, numa jurisprudência, no direito, até mesmo num sistema administrativo, numa prisão” (Foucault, 1966b/2011, p. 144).

Esta tese privilegia o exame do desenvolvimento interno do discurso psiquiátrico, revisitando os seus grandes formuladores e a análise das suas práticas sociais. As versões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais americano (DSM) serviram como referências centrais para circunscrever a expressão, enquanto prática social, do saber psiquiátrico na contemporaneidade. A análise do DSM permite identificar o esforço normativo da psiquiatria para definir conceitualmente os transtornos mentais e, mais recentemente, de alinhar-se à orientação fisicalista da biomedicina.

A larga difusão dos argumentos biomédicos e sua influência na cultura motivaram a pesquisa em revistas e jornais. A semanária brasileira Revista Veja e o jornal Folha de São Paulo foram escolhidas por serem os veículos de maior circulação nacional. Foram pesquisadas as versões impressas e eletrônicas das publicações. Foi feito um recorte temporal de cerca de 2 anos e meio, de 01 de

janeiro de 2012 a 30 de maio de 2014, e utilizados como descritores os termos psiquiatria, DSM, depressão e autismo.

Para dar sustentação aos argumentos da tese, o capítulo 2 discute a constituição de valores individualista e a noção de sujeito do inconsciente. Também questiona o projeto psiquiátrico de reduzir a subjetividade ao funcionamento cerebral ou ao determinismo genético. No capítulo 3 é apresentada a trajetória da psiquiatria desde o século XIX para ressaltar que a especialidade foi marcada por um jogo de revezamento e substituição entre as abordagens física e mental dos transtornos mentais, o que permitiu à psiquiatria acolher, em determinadas conjunturas, contribuições da psicanálise. No Capítulo 4 demonstra-se como a medicalização da psiquiatria foi acompanhada da ascensão de um reducionismo fisicalista de caráter eliminativista, que nega a contribuição conceitual da psicanálise e, portanto, a noção de sujeito do inconsciente. No Capítulo 5 a classificação psiquiátrica americana é compreendida como estratégia privilegiada da psiquiatria biológica para difundir uma leitura medicalizante do mal-estar. A limitação do projeto da psiquiatria biológica é retomada e problematizada nas considerações finais. No anexo são incluídos dois artigos escritos pela autora da tese antes e durante o doutorado. Os artigos estão na tese porque tratam da experiência que motivou o doutorado e fundamentalmente porque contemplam a tentativa de fazer uma clínica centrada no sujeito em um ambulatório público de saúde mental. Atestam que, mesmo em um cenário de crescente hegemonia da visão naturalista da mente, é possível trazer à cena propostas amparadas no sujeito do inconsciente, no um a um e não em categoriais diagnósticas universalistas, no reducionismo biológico ou na normalização de comportamentos e afetos.

2

Do Sujeito em Questão

Na obra *O Normal e o Patológico*, Canguilhem chamou atenção para a necessidade de dar lugar à experiência individual de sofrimento no contexto de tecnificação da medicina. Essa preocupação conceitual do autor é especialmente interessante para esta tese porque resgata o debate sobre o indivíduo nas ciências da vida. Usualmente quem trata dessa questão são os cientistas sociais, que problematizam a representação liberal do indivíduo autônomo, ideal da cultura da modernidade ocidental (Bauman, 2001/2008).

É possível, por exemplo, destacar em Simmel a vertente subjetivista do individualismo. Para o autor, o processo individualista experimentou duas revoluções internas que produziram, respectivamente, uma percepção jurídica e outra psicológica do indivíduo. O século XVIII mostrou-se como o momento em que foi possível ao indivíduo libertar-se das restrições impostas por sua condição social. Com isso desenvolveu-se o individualismo quantitativo ou da *singleness*, marcado pela ideia de que todos os indivíduos são livres e iguais do ponto de vista da “lei natural” (Simmel, 1917/1950, p. 68).

No século XIX, contudo, a igualdade cedeu lugar à diferença, produzida de dentro para fora pelos próprios indivíduos e não por valores que os transcendem. Essa desigualdade ou diferenciação interna entre os indivíduos formou o chamado individualismo qualitativo ou da *uniqueness*. Nele, a liberdade em relação às atribuições e instituições sociais transmutou-se na liberdade em direção ao aprimoramento de si, denotando um indivíduo marcado pela introspecção, pela ideia de um mundo interno.

O autor afirma que os dois aspectos do individualismo se complementam e expressam, respectivamente, os sentimentos de identidade entre os indivíduos, e a percepção de uma alteridade absoluta do ser humano. Senhor de si tanto do ponto de vista jurídico quanto psicológico, o indivíduo de Simmel se autodetermina e estabelece com a sociedade uma relação de oposição e autonomia. Procura dentro

de si mesmo o ponto de referência perdido na relação anteriormente estabelecida com a sociedade.

Ao examinar a obra de Simmel, Salem (1992) afirma que as qualidades de interiorização psicológica, auto-exame, privatização de sentimentos não contestam a afirmação do indivíduo no plano jurídico. Na realidade, a autonomia característica da representação jurídica aparece no indivíduo psicológico sob a forma de uma autonomia subjetiva radical, que dispensa mediações externas significativas. É como se, tão logo fosse socialmente engendrado, o indivíduo se convertesse em uma mônada psicológica: autocontido, autorreferenciado e dotado de auto-suficiência interna.

De modo diverso em relação à Simmel, que analisou a sociedade alemã, a perspectiva de Mauss tem raízes nos estudos etnológicos sobre a condição de pessoa nas sociedades tradicionais. Esses estudos lhe permitiram definir, por contraste, a noção do “eu” como a representação do ser humano na modernidade européia (Mauss, 1938/1974). Essa noção está relacionada a uma progressiva identificação do “eu” com o conhecimento de si e com a consciência psicológica. Segundo o autor, essa identificação foi impulsionada pelos movimentos filosóficos e religiosos ocorridos na Europa nos séculos XVII e XVIII, que estabeleceram uma vinculação entre a pessoa e o “eu” e deste com a consciência. Mauss identifica o “eu” à pessoa como fato psicológico, entendendo-o como expressão da consciência e da razão buscada pela filosofia política e pela teoria econômica na modernidade.

Ao dar continuidade à obra de Mauss, Dumont (1971/1992; 1983/1985) sustenta que a transição do pensamento tradicional para o moderno teve origem no direito e na ciência. A possibilidade de o homem tornar-se produtor de conhecimento e de leis - ações até então restritas à ordem do divino ou da natureza e conhecidas pelo homem somente através da revelação ou da atribuição do todo social - marcou o início de seu processo de emancipação em relação à natureza. A afirmação do indivíduo como valor, independente do universo relacional suscitou a fragmentação da totalidade, o esfacelamento da idéia de transcendência e o deslocamento da *universitas* para a *societas*. O Renascimento e a Reforma Luterana solidificaram o fenômeno de dessacralização do mundo e o estabelecimento do individualismo como ideologia característica da modernidade.

De acordo com essa percepção, o indivíduo aparece como valor moral central da sociedade e sujeito normativo das instituições. Dessa proposição decorre a representação ideal encontrada nas sociedades modernas, segundo a qual o indivíduo seria autossuficiente, livre dos constrangimentos sociais e igual ao seu semelhante. O indivíduo seria senhor de si, de sua humanidade, liberdade e vontade. O caráter de autonomização em relação ao todo social atribuí ao indivíduo não só um estatuto de existência anterior à sociedade bem como a capacidade de constituição da mesma pela via da livre associação e pelo contrato social, com o objetivo de proteger os interesses individuais. Independente em relação às atribuições coletivas, o indivíduo se separa da natureza e assume sobre ela uma função de domínio e de produção de conhecimento, expressas na ciência, afirmando-se como sujeito da razão.

Se a definição do individualismo como ideologia característica da sociedade é um fato da modernidade, as relações estabelecidas entre indivíduo e sociedade não são fixas. Há, conforme aponta Elias (1987[1939]/1997), uma relação de reciprocidade contínua, que permite à sociedade moldar a individualidade de seus membros e aos indivíduos formar a sociedade a partir de suas ações. Nessa interação, o processo de individualização muda e assume novas formas. Com isso, já não pensa os indivíduos hoje nos mesmos termos em que se pensava no início da era moderna.

Bauman é claro em relação a essa mudança ao ratificar a visão de Beck, segundo a qual o individualismo é uma dimensão da modernização contínua e continuadora. Nesse sentido, a individualização, entendida como um *novo modo* de socialização na relação entre indivíduo e sociedade, pode ser tomada como uma experiência em marcha, inacabada e sem um destino pré-ordenado (Beck, 1986/2010, p. 189). Assim, se “a individualização é um destino, não uma escolha”, o modo como ela ocorre e os efeitos que produz apresentam variações (Bauman, 2001/2008, p. 64).

Ehrenberg (1998/2000) é um dos autores que se dedicam à reflexão sobre as mutações do individualismo moderno e seus efeitos sobre o homem. Afirma que o indivíduo soberano da contemporaneidade radicaliza o indivíduo autônomo moderno, transformando a todos em *homens sem guia*; em condição de ter que julgar por si mesmos e construir seus próprios referenciais. O indivíduo moderno,

diz o autor, foi convertido em indivíduo puro, no sentido de que nenhuma lei moral nem nenhuma tradição vem indicar-lhe, desde o exterior, o que deve ser e como deve se portar. Desde esse ponto de vista, o ponto de equilíbrio permitido-proibido, que regulava a individualidade, teria perdido sua eficácia.

Paralelamente à relativização da noção de proibido, argumenta Ehrenberg, o lugar da disciplina nos modos de regulação da relação indivíduo-sociedade se reduziu:

Apela-se menos ao recurso da obediência disciplinar que à decisão e à iniciativa pessoais. Em lugar de que uma pessoa seja *posta em ação* por uma ordem exterior (ou pela conformidade à lei), se faz necessário que ela se apóie em seus recursos internos, que recorra a suas competências mentais. (Ehrenberg, 1998/2000, p. 16, grifo do autor).

Com isso, as noções de projeto, de motivação, de comunicação tornaram-se as normas de hoje. Converteram-se em um hábito ao qual os indivíduos são forçados a se adequar. Nesses termos, a medida do indivíduo ideal é menos a docilidade da sociedade disciplinar que a iniciativa. Nessa passagem (da docilidade à iniciativa) reside uma das mutações decisivas das formas de vida atuais, pois esses modos de regulação não são uma eleição que cada pode fazer de maneira privada, mas uma regra comum, que vale para todos, sob pena de se ficar à margem da sociabilidade. Frente à impossibilidade de os indivíduos responderem integralmente à exigência de iniciativa, restam a impotência e a inadequação, das quais a depressão é um exemplo ímpar (Ehrenberg, 1998/2000). Nesse cenário, o discurso científico, em especial o biológico, aparece como fonte de orientação (Bezerra Jr., 2010).

Assim, a prevalência da formação discursiva das neurociências na contemporaneidade estaria menos associada à eficácia das suas respostas científicas e práticas a questões concretas do que ao manejo das fragilidades resultantes da “autonomia individual generalizada” (Ehrenberg, 2004, p. 147). Diz o autor: as neurociências consolam aqueles que têm dificuldade para encarar o mundo da decisão e da ação. Dão esperança de que sua “incapacidade social” seja tratada por meio do aprimoramento cognitivo e do controle emocional. Desse modo,

A extensão das fronteiras de si que a normatividade da autonomia (valorização da realização de si, da ação individual, do *self-ownership*) recobre faz com que as condições pareçam unidas para que uma representação de si como cérebro constitua uma referência semântica apropriada. (Ehrenberg, 2004, p. 10).

2.1 O sujeito cerebral

O conceito de *sujeito cerebral* certamente representa uma instigante reflexão teórica do campo das ciências sociais sobre a tentativa de reduzir o ser humano a seu cérebro. Esse conceito é desenvolvido no contexto do debate sobre a virada naturalista da psiquiatria ocorrida nas últimas décadas do século passado (Ehrenberg, 2004; Vidal, 2005; Ortega e Vidal, 2007). Os autores analisam o projeto das neurociências e da psiquiatria biológica de redução da vida subjetiva à biologia.

Ehrenberg afirma que, até os anos de 1980, as disciplinas hoje reagrupadas sob a etiqueta das neurociências interessavam-se prioritariamente pelo estudo do movimento, dos sentidos, da aprendizagem e das doenças neurológicas, deixando para a psiquiatria a pesquisa acerca das patologias mentais. Desde então, o quadro mudou substancialmente. Por um lado, os avanços científicos deram a entender que doenças neurológicas e transtornos psiquiátricos poderiam ser tratados como uma única espécie de doença. Por outro, o raio de ação das neurociências foi estendido às emoções, aos comportamentos sociais e aos sentimentos morais.

Com o desenvolvimento dos exames de imagem cerebral e das técnicas de biologia molecular que permitem “ver o cérebro em ação”, acenou-se para a possibilidade de progressos no tratamento das patologias mentais e, mais ainda, para o surgimento de uma biologia da consciência ou do espírito. Dito de outro modo, para uma biologia da mente. A partir de então, divulgou-se no meio científico e também social a ideia de que apreender o cérebro é condição indispensável para compreender o ser humano (Ehrenberg, 2004, p. 131).

Ehrenberg argumenta que as neurociências defendem programas científicos de configuração fraca e forte. O programa fraco tem por objetivos o progresso no tratamento das doenças neurológicas e a descoberta dos aspectos neuropatológicos das doenças mentais. O programa forte, por outro lado, identifica, no plano

filosófico, o conhecimento do cérebro com o conhecimento de si e, no plano clínico, acredita poder fundir neurologia e psiquiatria. Com isso, pretende tratar as psicopatologias neuropatologicamente e agir sobre o cérebro para aumentar as capacidades de decisão e ação do homem.

O programa forte propõe a construção de uma biologia do espírito ou uma neurobiologia da personalidade que contemple a totalidade do ser. Ou seja, uma biologia que demonstre experimentalmente a associação entre as funções mentais e o funcionamento neuronal (Ehrenberg, 2008). O êxito desse programa, portanto, permitiria a construção de uma biologia do indivíduo que identifica o ser ao corpo.

Nessa empreitada, o programa forte desenvolve três perspectivas diversas: teórica, prática e social. A perspectiva teórica pretende explicar o espírito (a mente, o psiquismo) sobre uma base exclusivamente materialista (fiscalista), adotando como postulado que o cérebro é o fundamento do espírito. Essa perspectiva não é nova e remonta ao projeto naturalista presente na psiquiatria e na neurologia desde o início do século XIX, com a proposição da teoria da localização cerebral (Gall e Spurzheim, 1809). Atualmente, contudo, essa perspectiva teórica assumiu um viés prático, que visa fundir neurologia e psiquiatria e tratar patologias psiquiátricas como problemas neurológicos. A perspectiva social se situa simultaneamente na esfera clínica e além dela, com a transformação do cérebro em ator social e com a progressiva transformação no modo como as pessoas compreendem suas dificuldades relacionais e psicológicas. Segundo Ehrenberg (2004), há um declínio da percepção social de que essas dificuldades são pessoais, ou seja, relativas ao sujeito ou indivíduo. Instaure-se em seu lugar a noção de que o problema é neuroquímico.

Ortega e Vidal (2007) igualmente afirmam que as neurociências têm contribuído decisivamente para a construção de um novo modo de leitura dos indivíduos sobre si mesmos. Sustentam que isso ocorre porque as neurociências estão incrustadas no tecido social, engendrando disciplinas, práticas, grupos sociais pautados pela cerebriedade, ou seja, pela idéia de que o sujeito *é* um cérebro, e não de que ele *tem* um cérebro. Essa ação tem efeitos diretos sobre o indivíduo, colando-o ao seu cérebro e instituindo uma apreensão de si mesmo construída prioritariamente a partir de um vocabulário fiscalista.

A consideração de que o cérebro é suficiente para determinar o que somos é tributária do desenvolvimento da individualidade somática (Novas e Rose, 2000; Rose, 2003). Por individualidade somática Novas e Rose compreendem a tendência a definir aspectos-chave da individualidade em termos corporais, o que inclui pensar em si como 'encarnado' e entender o corpo a partir da linguagem biomédica.

A ascensão desse tipo de individualidade nas sociedades contemporâneas vem progressivamente substituindo a individualidade psicológica como modo privilegiado de os indivíduos se perceberem. Assim, noções como interioridade, profundidade, alteridade, história – que caracterizavam o indivíduo psicológico dos séculos XIX e XX – têm cedido lugar ao achatamento do psiquismo, à superfície plana do funcionamento cerebral, à engrenagem neuroquímica (Rose, 2013). Cabe notar que não se trata da substituição integral de uma forma de representação do indivíduo por outra, mas da convivência entre arranjos internalistas e modulações somáticas (Zorzaneli e Ortega, 2011).

Ehrenberg está atento à produção de subjetividade presente nas neurociências e na biomedicina de modo geral, mas não superestima essa perspectiva porque assume que a mudança no modo como os indivíduos se percebem não é efeito de transformações regionais (no caso, da biomedicina), mas estruturais. Assim, o autor defende que o programa forte é um sub-produto típico de uma das principais crenças individualistas: a crença de que o homem está primeiramente fechado na interioridade de seu corpo (lugar de sua verdade) e que só posteriormente entra em relação com outrem para formar uma sociedade.

No caso específico das neurociências, a crença aparece sob a forma de que o homem tem de saída um si-mesmo biológico, ao qual se acrescenta uma relação intersubjetiva. Com isso, o mundo desaparece da análise neurocientífica. Desaparece também o “*fato natural*” de que o homem vive de maneira comunal, que o contrato social é parte da condição humana (Ehrenberg, 2008, p. 81, *itálico no original*).

Diante disso, é necessário problematizar os limites teóricos da noção de indivíduo presente no programa forte dentro do campo sociológico. A crítica diz respeito ao fato que mesmo o indivíduo soberano idealizado pela sociologia

contemporânea é parte de uma totalidade social que interfere em todas as dimensões da vida. Beck chama atenção que:

a vida privada individualizada se torna cada vez mais dependente de circunstâncias e condições que escapam inteiramente ao seu controle. Surgem situações de risco, conflitivas e problemáticas, que se contrapõem a qualquer tipo de arranjo individual. (Beck, 1986/2010, p. 194).

A esfera privada, na contemporaneidade, não seria, portanto, uma esfera delimitada em oposição ao mundo à sua volta, enfraquecendo a tese da individualidade soberana¹.

2.2 O sujeito do inconsciente

Os psicanalistas de orientação lacaniana também reconhecem na contemporaneidade a derrisão dos ideais responsáveis pela organização societal e procuram analisar os efeitos subjetivos dessa derrisão (Miller, 1997; Laurent, 2007a). Sua crítica se ampara na leitura de Lacan (1960b/1998) para quem o sujeito não é a causa de si mesmo, é efeito de linguagem. Assim, diferentemente dos cientistas sociais, não consideram o sujeito como soberano, autônomo e muito menos como uma mônada. Sustentam que o sujeito (do inconsciente) só se constitui na relação com a alteridade e que ele é, desde sempre, dividido, faltoso.

O conceito sujeito do inconsciente foi cunhado por Lacan (1955a/1985) para diferenciar o sujeito da psicanálise do indivíduo sociológico, do sujeito da consciência da filosofia e da psicologia e ainda da noção psicanalítica de ego². Lacan (1966/1988) sustenta que a psicanálise como prática e o inconsciente como descoberta freudiana só se tornaram possíveis com o nascimento da ciência no século XVII. O autor situa no *Cogito* cartesiano a ruptura com o mundo tradicional, com a crença na existência do Cosmo e na ordenação hierárquica de mundo. No cogito cartesiano “penso, logo sou” Lacan encontra os traços do sujeito da ciência. Afirma que esse sujeito, da ciência, é o sujeito da psicanálise.

¹ Para uma crítica sociológica pormenorizada à noção de indivíduo soberano, ver Beck (1986/2010)

² No âmbito da teoria lacaniana, a noção de sujeito é postulada de diferentes maneiras, que, entretanto, não serão trabalhadas nesta tese porque escapam ao seu escopo. Privilegiarei a discussão da obra freudiana.

Talvez essa afirmação inesperada de Lacan possa ser compreendida pelo fato de ter sido no cientificismo de sua época que Freud encontrou a via que o permitiu fundar a psicanálise. Por outro lado, a leitura da obra freudiana desautoriza qualquer relação de continuidade entre o sujeito do pensamento consciente e o sujeito da psicanálise, como destaca Lacan (1957/1988). A descontinuidade entre o sujeito do pensamento consciente e o sujeito da psicanálise deve ser atribuída à radicalidade da noção de inconsciente e ao fato de que, com sua postulação, todos os seres humanos se viram deslocados em relação à noção de indivíduo. Para Freud, há uma divisão, dada por estrutura, entre aquilo que o sujeito inconscientemente deseja e aquilo que ele conscientemente refuta ou ignora querer (Quinet, 2000). Essa condição faz com que o homem não seja senhor de si mesmo e experimente uma determinação inconsciente que muitas vezes age à sua revelia e pela qual, ainda assim, ele deve se responsabilizar (Lacan, 1966/1998).

Essa determinação mostra que o inconsciente freudiano não diz respeito a algo que está fora da consciência, no sentido descritivo, mas à outra cena, que opera segundo leis próprias (Freud, 1915b/2001). No registro inconsciente não há temporalidade, nem contradição. Há traços deixados pela experiência do sujeito. Esses traços não têm sentido e se associam segundo os mecanismos de condensação e deslocamento. São palavras, fonemas, letras que escapam ao controle do eu da consciência e que habitam o sujeito como restos da fala, do discurso (Freud, 1896/2001). Constituem o desejo do sujeito a partir do que vem de fora e orientam suas ações, escolhas e até mesmo seus sintomas (Fink, 1998).

Ao considerar que nada no homem escapa à ação do inconsciente, Freud confronta as fronteiras do normal e do patológico, indicando que a patologia, de modo paradoxal, se encontra em todos os homens. Abala também as concepções tradicionais da medicina acerca do corpo. Amparado nos estudos sobre a histeria, Freud indica que o corpo é construído, não um dado *a priori* (Freud, 1914/2001, 1915a/2001). A materialidade física existe, mas ela é insuficiente para explicar os processos psíquicos e mesmo alguns fenômenos somáticos. Isso porque o corpo é marcado pelo investimento libidinal do outro parental e do próprio sujeito, o que faz com que cada órgão tenha, além de sua função biológica, uma significação sexual (Freud, 1905b/2001, 1910/2001). Freud se apercebe desse fato ainda nos

primórdios da psicanálise ao afirmar que “a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse notícia alguma dela” (Freud, 1893/2001, p. 206). A histeria, portanto, responde a uma determinação outra, que não exclusivamente orgânica. É dessa determinação – inconsciente e pulsional – que a psicanálise, como discurso e como prática, vai se ocupar.

Um passo importante nessa direção foi dado com a criação do conceito de pulsão (Freud, 1905b/2001, 1915a/2001). Com ele Freud refuta a ideia de que o homem é regido por instintos, que seguem um padrão de comportamento fixo e biologicamente herdado que visa à reprodução da espécie e à autopreservação. Em seu lugar, afirma que o homem é movido pela pulsão e que, no que diz respeito ao sexual, não há padronização. Ao contrário, a sexualidade é o que há de mais diverso e errático, não se reduzindo nem ao sexo genital nem à reprodução. É perverso-polimorfa e admite qualquer objeto. A falta de um objeto pré-determinado, entretanto, faz com que a satisfação pulsional seja sempre parcial e que o sujeito seja infinitamente remetido a um novo objeto de desejo. É esse movimento desejante que coloca a vida em movimento. Ele também atesta que, para a psicanálise, não há completude e que o sujeito é o sujeito da falta (Lacan, 1958/1998).

Amparado nessa premissa, o analista debruça-se sobre o sintoma como solução particular inventada pelo sujeito para lidar com essa ausência de satisfação plena (Laurent, 2007b), rejeitando a opção adaptativa. Ao invés de adequar o sujeito à norma e aos costumes compartilhados socialmente, procurou provocá-lo em direção à sua “verdade” inconsciente, ao desejo, do qual ele costuma nada querer saber. Faz isso tomando em consideração o sintoma como uma manifestação subjetiva, não um simples efeito de alterações funcionais ou anatômicas do sistema nervoso, ainda que elas possam existir.

No período de estudos pré-psicanalíticos, Freud situa o sintoma como expressão de uma disputa entre o impulso de satisfação libidinal e a defesa. No início do século XX mantém a tese original, mas vislumbra um sentido no sintoma. Sustenta que o relato do paciente permite descobrir sua significação e leva à cura (Freud, 1917b/2001). Freud dá à palavra um lugar de destaque na clínica. Situa na biografia dos pacientes, ou melhor, no seu discurso acerca dos fatos da vida, a via pela qual o psicanalista pode ter acesso à dimensão

inconsciente. Não o faz, contudo, privilegiando o enunciado consciente, mas o que Lacan posteriormente chama de enunciação inconsciente ou simplesmente enunciação (Lacan, 1964/1985). Também não o faz em busca de algo escondido nas profundezas do ser, na sua suposta interioridade. A sua preocupação está nas lacunas, nos lapsos, nas deformações presentes nos sonhos, nos atos falhos, nos sintomas, pois que é ali que o inconsciente – logo o sujeito – se manifesta (Freud, 1900/2001; 1905a,c/2001).

Em 1917 Freud afirma que decifrar a mensagem contida nas formações inconscientes é o caminho para a extinção do sintoma (Freud 1917b,c/2001). A despeito dessa orientação, que toma a fala como objeto privilegiado na clínica, Freud vê-se frente aos limites do tratamento pela via do sentido. A dificuldade dos pacientes em abrir mão de seu sintoma força o psicanalista a reconhecer que “o ser humano nunca abandona de bom grado a posição libidinal antes ocupada” (Freud, 1917a/2001, p. 104).

A clínica com a neurose obsessiva traz para o primeiro plano a tenacidade com que a libido adere a determinadas tendências ou objetos e, fundamentalmente, a dimensão da repetição presente no sintoma. A concepção do sintoma como mensagem, modelo da histeria, passa a conviver com um novo modo de entendimento do sintoma, marcado pela compulsão à repetição, onde a dimensão pulsional, mais do que a significante, é posta em cena (Miller, 1997, 2012).

A compulsão à repetição aparece para Freud na clínica, pela via da transferência, e também por meio de situações peculiares como os sonhos na neurose traumática e a brincadeira do *fort-da*³. Nessas ocasiões a premissa de que o psiquismo é regido pelo princípio do prazer é questionada, pois o sujeito repete experiências que desde sempre foram desagradáveis. Essa compulsão à repetição mostra-se mais primitiva, elementar e pulsional que o princípio do prazer, o que leva Freud a supor um mais-além do princípio do prazer.

O criador da psicanálise revê sua teoria de que a pulsão é um impulso em direção à vida e afirma que há dois tipos de pulsão, uma de vida e outra de morte (Freud, 1920/2001). Esta última está na raiz da compulsão à repetição, da reação

³ Brincadeira infantil testemunhada por Freud em que uma criança revive a experiência de desaparecimento e retorno da mãe por meio do uso de carretel e linha (Freud, 1920 [2001]).

terapêutica negativa e do masoquismo primário e conduz o sujeito à mortificação (Freud, 1923/2001, 1924/2001). Sua existência constitui um impasse para o tratamento psicanalítico posto que exige um tipo paradoxal de satisfação – pelo sofrimento – e faz com que o sintoma resista ao dizer, não ceda, retorne sempre ao mesmo lugar.

As discussões feitas por Freud em “Análise Terminável e Interminável” parecem indicar que a alternativa à mortificação está na articulação da pulsão de morte com a pulsão de vida ou, em termos lacanianos, do gozo com o prazer, do gozo com o desejo. A questão que se apresentou para o autor foi saber como incidir sobre a pulsão de morte tendo em conta os limites da interpretação pela via do sentido. Freud não dá solução para o impasse, apontando que há um resto, um incurável na análise (Freud, 1937).

Assim, para além do que se interpreta do sintoma, resta o traço de um gozo não reabsorvível pelo simbólico e do qual o sujeito, por vezes, não abre mão (Gaspard, 2012). O gozo do sintoma faz limite ao ideal de cura e à ideia utilitarista de que ele faz escolhas racionais e trabalha para seu próprio bem (Lacan, 1960/1997).

A prática psicanalítica refuta respostas de caráter adaptativo, próprias à psiquiatria e às práticas psicoterápicas, posto que ignoram o sujeito do inconsciente e a satisfação pulsional, em especial a pulsão de morte. Em vez de procurar livrar o sujeito do sintoma, a psicanálise tenta fazê-lo falar, dando lugar ao que insiste e que, por provocar horror ou êxtase, tende a ser ignorado ou recusado na medicina, na psiquiatria e nas práticas psicoterápicas. Toma o sintoma de modo original em relação ao campo médico-psicológico. Pensa-o como um arranjo particular do sujeito para lidar com o gozo e sublinha que qualquer modificação em relação a esse modo paradoxal de satisfação exige um trabalho árduo e longo do sujeito.

O analista assume um papel singular em relação à prática médica. Não é o mestre que pergunta ao paciente o que vai mal para apoderar-se desse saber e, com base no conhecimento científico, explicar o que se passa com ele e curá-lo. Essa conduta submete o paciente e coloca-o na posição de objeto da ciência e do próprio médico (Alberti e Elia, 2008). Tampouco é, como propõe Jaspers

(1913/2003), um *sujeito* que, por identificação imaginária, procura compreender o que se passa com o paciente. Com o discurso inaugurado por Freud, o analista é o *objeto* que pode causar o paciente – este sim um sujeito – a querer saber o que vai mal, evitando seu apagamento sob o conhecimento científico ou sob a subjetividade do médico ou do psicólogo.

Essa perspectiva do analista remete a Canguilhem e ao lugar que ele reivindica para o sujeito na clínica. Para ele, o médico é aquele que aceita que, de modo geral, o sujeito o instrua sobre aquilo que só ele pode dizer, ou seja, sobre o que seu corpo anuncia por meio de sintomas e cujo sentido ele próprio desconhece. O médico é aquele que aceita que o sujeito veja nele um exegeta antes de vê-lo como reparador (Canguilhem, 1990/2005).

O que está em jogo nesse modo de pensar a clínica não é a tentativa de fazer corresponder o prazer e a dor relatados pelo paciente ao conhecimento científico, aos protocolos e mesmo ao sentido. Trata-se de situá-los na transferência. Como afirma Miller (2008) ao comentar esta passagem da obra de Canguilhem, o fato de pôr em palavras, inclusive o sintoma orgânico, constitui o médico na condição de um leitor do sintoma. Seguisse o médico as indicações de Canguilhem, ele se aproximaria da figura do analista e identificaria o que há de transferencial na base do endereçamento feito pelo paciente.

O campo biomédico, entretanto, ignora a dimensão da transferência e especialmente do gozo presente no sintoma (Lacan, 1966/2001). Ao tentar firmar-se como uma ciência das doenças, a medicina se afasta da clínica como arte. Acompanha a ciência, que funda o sujeito, mas o ignora, foraclui. Nega tudo que está fora do campo da representação. Com isso, deixa de fora o gozo, aquilo que do encontro do corpo com a linguagem não se deixa reabsorver, que não entra totalmente na ordem do significante (Miller, 2004).

É justamente essa dimensão inassimilável ao campo do simbólico que a ciência foraclui. Para a ciência só é possível investigar aquilo que é da ordem do pensável e do dizível (Alberti e Elia, 1998). A psicanálise, de modo distinto, trata exatamente daquilo que é vazio de significantes, daquilo que não é possível situar completamente no campo do conhecimento (Lacan, 1973/1982). Isso porque postula que o sujeito do inconsciente situa-se entre a linguagem e o gozo.

Privilegiar a dimensão simbólica do sujeito, restringindo-a ao seu aspecto de sentido, e deixar de lado o que está fora de sentido seria mimetizar a ciência, que lida com o sujeito somente a partir do que é mensurável, localizável, cognoscível.

A versão mais notável desse reducionismo científico é a afirmação naturalista de que tudo o que existe pertence ao mundo natural e que, portanto, não faz sentido postular a existência de instâncias ou entidades fora dele (Bezerra Jr., 2013). O naturalismo se opõe a dualismos do tipo corpo e mente, defendendo o monismo, a unidade corpo e mente.

Na defesa do monismo, o naturalismo pode assumir versões mais ou menos reducionistas. No monismo de duplo aspecto, por exemplo, concebe-se que propriedades não físicas (crenças, desejos, sentimentos) emergem da substância física (cérebro), mas adquirem características próprias. Essa concepção assume que a mente depende do corpo, mas não é reduzível a ele.

No outro extremo do naturalismo encontra-se o materialismo ou fisicalismo eliminativista que propõe “não apenas reduzir fenômenos mentais complexos às suas bases neurobiológicas, mas (...) tornar obsoletas descrições psicológicas, descrições da vida mental, fazendo-as desaparecer por ilusórias e inúteis” (Bezerra Jr., 2013, p. 197).

O fisicalismo eliminativista recusa a ideia de mente ou psiquismo. Defende que sentimentos, expectativas, decisões e mesmo a experiência de identidade pessoal resultam da interação entre as células nervosas, sem qualquer referência à ideia de vida subjetiva. Os autores que abraçam esse tipo de naturalismo têm razão ao afirmar que a vida subjetiva não surge fora do mundo natural, nem se dá independentemente de processos biológicos. Contudo, eles dão um passo a mais, excessivo, ao decretar como inexistente tudo aquilo que não é passível de explicação segundo seu enquadre teórico. Na análise de Bezerra Jr. (2013), isso que resiste à redução é exatamente a experiência na primeira pessoa, o modo como os fenômenos aparecem para o sujeito.

Assim, afirma o autor:

o problema do eliminativismo, na verdade, não está no reducionismo [metodológico]. Está naquilo que ele inerentemente não pode explicar e que, em vez de ceder a outras formas de investigação, pretende simplesmente varrer como ilusório ou inexistente. O problema está na insistência em definir como pertinente apenas um plano da realidade, o físico. (Bezerra Jr., 2013, p. 206).

A análise de Bezerra Jr. traduz com clareza o problema experimentado na psiquiatria hoje, onde a associação com o *programa forte* das neurociências faz avançar o projeto de naturalização da mente. Nesse projeto, o que está em jogo é “encontrar, para os fenômenos psíquicos individuais, descrições universais referidas à neurobiologia da espécie humana e, portanto, imunes a quaisquer contaminações ideológicas, humanistas ou sociais” (Winograd, 2010, p. 522).

Miller (2004) também critica a tentativa de identificar o mental e o cerebral, ainda que não descarte a existência de uma base material para o mental. Sustenta que o sujeito não pode identificar-se com seu corpo. Isso porque ele não é a causa de si mesmo, é efeito de linguagem, é uma resposta à incidência dos significantes sobre o corpo (Lacan, 1960b/1998; 1973/1982). Assim, por mais corporal que seja o homem, ele não é só isso. O discurso afeta o corpo, deixa marcas significantes, causa gozo, produz sintomas, que não podem ser reduzidos à dimensão de natureza, que escapam à equação ser = corpo.

Como apontado anteriormente, a impossibilidade de identificação subjetiva ao corpo se evidencia claramente na histeria, onde o corpo afetado pelo significante e pelo gozo encontra pouca ou nenhuma correspondência com o organismo. A histeria dá notícias da distância para com o corpo-organismo. Melhor dizendo, dá notícias de que se *tem* um corpo e não de que se *é* um corpo. Ignorar essa diferença, fazendo equivaler o ser e o corpo, tem por resultado apagar o sujeito (Miller, 2004). Conforme se busca argumentar ao longo da tese, o apagamento do sujeito é um resultado intencional do alinhamento da psiquiatria à perspectiva naturalista radical das neurociências, que pretende definir o psiquismo como duplo do cérebro, como duplo do orgânico.

Na leitura de Miller (2012), essa duplicação abole o sujeito e joga fora o psíquico. Desconsidera que o sujeito é efeito de discurso e que a biologia não dá conta de isolar questões centrais como a pulsão de morte e mesmo a interação entre cérebro e cultura, cara aos neurocientistas. A reticência do autor em relação à biologia não implica uma negação do real do corpo. Tampouco implica a negação do esquema imaginário, a partir do qual o ser humano tem a experiência de integração, de totalização corporal. Entretanto, chama atenção que a integração

é sempre parcelada e que o sujeito é justamente o que é parcelado nessa integração. Assim, não há como encarnar o sujeito em um corpo e muito menos no cérebro. Há uma incompletude, uma falta-a-ser que define o sujeito do inconsciente (Miller, 2012).

Nos próximos capítulos discuto como a psiquiatria se articula à individualização e ao programa forte das neurociências. Tomo como ponto de partida a formação discursiva da psiquiatria, que se organiza a partir da tensão entre uma concepção do homem como ser corporal e cerebral e outra do homem como ser social e falante. Essa tensão é explicável pela análise das principais correntes que tratam da “patologia mental”. Tomo por referência a indicação de Ehrenberg de que essa patologia é um bom terreno para clarear a confusa questão do indivíduo/sujeito, pois é o “domínio onde a dupla constituição biológica e social da espécie humana, dupla constituição que condiciona a possibilidade de nossa vida psíquica, se mistura inextricavelmente” (Ehrenberg, 2004, p. 132).

A Psiquiatria e o Dualismo Corpo e Mente

Neste capítulo explicito a inserção particular da psiquiatria no campo médico a partir da revisão dos argumentos dos principais pensadores da especialidade do século XIX e início do século XX. Amparada na reflexão de Bezerra Jr. (1999), defendo que, distintamente das demais especialidades que tomaram o corpo como objeto, a psiquiatria nasceu sob a égide do dualismo corpo e mente¹.

O dualismo é uma concepção filosófica que postula a existência de dois tipos de domínios ontológicos distintos – mente e corpo – ou dois tipos de propriedades distintas – físicas e mentais, cujos elementos são mutuamente exclusivos. O monismo, de modo diverso, defende a unidade entre a mente e o corpo. Apresenta-se quase sempre sob a forma de um materialismo (fiscalista, behaviorista, funcionalista, etc.) de cunho reducionista, onde a mente “*não é nada mais que...*” (Serpa Jr., 2000).

O dualismo presente na psiquiatria relaciona-se ao fato de a especialidade ter resultado do processo histórico de assunção da moderna visão de mundo². A psiquiatria é fruto das transformações dos saberes que culminaram no nascimento da medicina moderna, que toma o homem e seu corpo como *locus* de investigação e intervenção (Foucault, 1963/1977). Ao mesmo tempo, é fortemente marcada pelo movimento de transformação da cultura e da sociedade que permitiu a emergência do individualismo (Dumont, 1983/1985, 1971/1992) e, em especial, do indivíduo psicológico (Simmel, 1950). Foi no contexto da sociedade individualista que se desenvolveu a ideia de um ser humano portador de

¹ O debate filosófico acerca do dualismo mente e corpo é complexo e sua investigação pormenorizada escapa ao escopo desta tese, que abordará o tema unicamente para discutir os efeitos da adoção de uma posição monista fiscalista que desconsidera a dimensão psíquica e cultural no entendimento da doença mental e da própria subjetividade. Para uma compreensão aprofundada sobre a relação mente e corpo, remete-se o leitor aos estudos da filosofia da mente (James, 1900; Davidson, 1980; Rorty, 1991; Flannagan, 1993).

² O saber psiquiátrico também encontra, na confluência de outros saberes e práticas, científicos ou não, as condições de possibilidade de sua constituição. A esse respeito, ver Foucault, 1961/1978.

intimidade produzida pelo cultivo e investigação de si (Mauss, 1938/1974). Desenvolvo os argumentos deste capítulo considerando centralmente que a articulação entre estes dois modos de conceber o homem – corpo e mente – tem sido um dos principais desafios da psiquiatria.

A fim de assinalar o dualismo que caracteriza a psiquiatria, faço uma análise histórica da especialidade. Inicialmente recorro às obras de Pinel e Esquirol. Depois examino os argumentos de três autores centrais da perspectiva fisicalista do século XIX – Bayle, Morel e Kraepelin –, com o objetivo de retratar os esforços de alinhamento da psiquiatria ao modelo médico. Por fim, recorro à obra de Jaspers para destacar um movimento distinto, que privilegia a dimensão psíquica no entendimento da doença mental. Embora Freud tenha sido um psicanalista, ele também está situado nessa discussão porque a psicanálise influenciou decisivamente a psiquiatria

A exposição do debate psiquiátrico do século XIX e do início do século XX aponta para os dilemas com os quais a psiquiatria tem se debatido desde sua fundação: a disputa entre o monismo fisicalista e a perspectiva antirreducionista, que procura articular natureza e cultura na investigação da experiência humana (Bezerra Jr., 2013).

3.1 Os primeiros enunciados da psiquiatria

A psiquiatria não existia como disciplina até fins do século XVIII. Não existia como um corpo de orientações terapêuticas e identidade de valores profissionais, a despeito de alguns médicos terem se ocupado individualmente do cuidado dos considerados insanos e da existência de manuais sobre a loucura desde a Grécia Antiga (Shorter, 1997). Ainda assim, a institucionalização da loucura esteve presente na Europa durante toda a Idade Moderna e mesmo no período medieval por meio da internação de loucos em hospícios, asilos, casas de correção, prisões e albergues. Sem recorrer a qualquer base terapêutica, a institucionalização se caracterizava por grande violência e abandono, mimetizando a postura das famílias e da sociedade europeia para com os considerados insanos.

Nessa perspectiva, tanto no Renascimento quanto na Época Clássica predominou a intolerância com os mentalmente adoecidos. Os loucos foram tratados na família, na comunidade ou nas instituições com brutal falta de sentimento, pois sua estranheza e agitação despertavam horror e repulsa na sociedade (Shorter, 1997). A intolerância com os considerados insanos favoreceu a multiplicação de instituições destinadas exclusivamente a eles, a despeito da ausência de qualquer proposta de cuidado. Com isso, se produziu uma progressiva transição da responsabilidade em relação aos loucos, saindo do âmbito da família para as instituições. Foram, em conjunto com doentes e pobres, encaminhados aos hospitais gerais. A despeito do nome, esses hospitais não eram instituições médicas, mas estruturas semi-jurídicas que tinham por objetivo a exclusão, o amparo social e a correção dos miseráveis de toda ordem (Foucault, 1961/1978).

A mudança substantiva no papel social dos hospitais gerais ou das casas para loucos (hospícios) aconteceu quando essas instituições de isolamento social assumiram também função terapêutica. A institucionalização do papel terapêutico do hospício foi a chave para o nascimento da psiquiatria como disciplina do campo médico (Shorter, 1997). A legitimação social da psiquiatria só ocorreu quando a sociedade admitiu a loucura como doença, categorizada como alienação mental (Pinel, 1801/1809). A partir de então, a competência para tratamento da alienação mental foi delegada aos alienistas³.

Para tratar os doentes mentais, os alienistas articularam dimensões até então diversas, a saber: o progressivo refinamento do quadro classificatório das doenças, o trabalho nas instituições totais e o tratamento. Produziram a chamada “síntese alienista”, formada pela classificação do espaço institucional, pelo tratamento moral e pelo arranjo nosográfico das doenças (Castel, 1977/1978, p. 81). A confiança da psiquiatria em relação à cura da doença mental fez parte de um otimismo terapêutico que tomou toda a medicina desde a segunda metade do século XVIII.

No início do século XIX a doença mental era concebida predominantemente como uma *patologia do sistema nervoso*, semelhante às demais doenças físicas

³ “Alienista” era o termo utilizado para designar os psiquiatras no final do século XVIII e parte do século XIX. Ele acompanhava a designação da época para doença mental, “alienação mental”, e da psiquiatria, que recebia o nome de “alienismo” (Shorter, 1997).

com a especificidade de atingir o cérebro. Essa concepção coexistia com a associação entre doença mental e *problemas de ordem moral*. Nessa associação, o adoecimento adviria da inadequação de hábitos e afetos aos costumes e crenças partilhadas socialmente (Bercherie, 1980/1989). A perspectiva moral também indicava que, na época, a psiquiatria lidava com questões da alma e do que escapava ao orgânico (Serpa Jr., 2004).

Havia um consenso de que o ordenamento do hospício era nodal para a recuperação do alienado e de que a terapêutica a ser aplicada era o tratamento moral (Bercherie, 1980/1989). Esse consenso resultava da influência direta de Pinel, um dos primeiros alienistas, autor do *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, de 1801, e criador do tratamento moral.

No *Traité*, Pinel postula que os conteúdos da mente dependem das percepções e sensações que os homens experimentam e que a doença mental é uma doença cerebral de origem predominantemente moral (1801/1809, p. 10). Em razão desse entendimento, Pinel determinou que o tratamento implicava em completo isolamento social do alienado. O isolamento retiraria o doente de seu meio, de suas tensões habituais – geradoras ou partícipes no adoecimento – e garantiria a permanência em um ambiente calmo, disciplinado e regido pela lei médica. A vida regrada do hospício seria, para Pinel e seus contemporâneos, o antídoto adequado para a cura da doença mental.

A terapêutica proposta por Pinel recebeu o nome de tratamento moral porque ela era exercida sobre a alma, a mente do alienado, não sobre seu corpo. Visava a subjugar e domar o alienado com o objetivo de modificar a cadeia viciosa de suas ideias. Tratava-se de reeducar o alienado, de submetê-lo ao regime médico de depuração dos hábitos morais e intelectuais, a fim de que ele internalizasse a instância de julgamento e se adaptasse aos ditames sociais. (Bercherie, 1980/1989).

A teoria de Pinel é um bom exemplo do esforço da psiquiatria, desde seu nascedouro, para tratar da relação corpo e mente. No *Traité*, Pinel defende também a ideia de que a doença mental era uma patologia orgânica: um desarranjo das faculdades cerebrais. Faria parte das afecções do sistema nervoso sem inflamação nem lesão estrutural, cuja causalidade era física, hereditária ou moral.

Entretanto, ainda que Pinel considerasse os fatores físicos, incluindo-se a hereditariedade, sua atenção voltava-se para as causas morais. Para ele, a questão moral é a razão mais importante e frequente no desenvolvimento das doenças mentais (Pinel, 1801/1809, p. 12). Sendo assim, Pinel privilegia a moralidade e seus desvios ao definir a doença mental e seu tratamento. Nesse contexto, a moral relacionava-se às paixões, aos excessos de todos os tipos, às irregularidades dos costumes e hábitos de vida e à educação perniciososa (Bercherie, 1980/1989). Pinel presume que esses afetos e comportamentos perturbam o organismo, suas vísceras e funções como circulação e respiração. A concepção é de que a perturbação atinge a região do estômago e do intestino, propagando-se até o cérebro por simpatia, ou seja, pela ligação entre os órgãos do corpo. A doença afeta o sistema nervoso, mas não tem nele sua origem (Bercherie, 1980/1989). Há um descolamento entre corpo e doença, que mantém sua natureza a despeito do órgão afetado. O que define a doença mental são os sintomas apresentados, não a alteração orgânica.

Essa concepção do adoecimento é própria da medicina classificatória do século XVII e primeira metade do século XVIII. Na medicina classificatória, a dissociação entre corpo e doença procedia da adoção do modelo da história natural, ciência taxonômica que identificava, descrevia, nomeava e classificava os seres vivos, ressaltando sua forma, não espessura e função (Foucault, 1966a/1981)⁴.

A medicina classificatória compreendia as doenças como espécies mórbidas, com natureza comparável à das plantas; essência de existência independente do corpo do doente. O sintoma era o mais próximo que se conseguia chegar dessa essência. Era o que se oferecia ao olhar e que permitia nomear a doença, descrevê-la, compará-la e inseri-la em um quadro nosográfico. O sintoma era, portanto, o objeto privilegiado de investigação da medicina classificatória, característica dos séculos XVII e XVIII (Machado, 1982).

A ênfase no visível, no sintoma, foi responsável pelo obscurecimento da anatomia e do funcionamento do organismo. Isso porque o organismo era

⁴ A classificação segundo o modelo da história natural agrupava plantas e animais por seus atributos visíveis e comuns, distribuindo-os hierarquicamente em espécie, gênero, família, ordem, domínio, classe, filo, reino.

entendido como suporte do adoecimento e não como sua condição (Foucault, 1963/1977, 1966/1988). Prova disso era a ideia de que as doenças podiam mudar a localização corporal sem prejuízo de sua natureza e que atingir um órgão não era necessário para gerar uma afecção. Segundo essa racionalidade:

uma mesma afecção espasmódica pode se mudar do baixo-ventre, onde provocará dispepsias, ingurgitamentos viscerais e interrupções do fluxo menstrual ou hemorróidas, para o peito, com sufocamento, palpitações, sensação de bolo na garganta, acessos de tosse, e finalmente ganhar a cabeça, provocando convulsões epiléticas, síncope ou sono comatoso (Foucault, 1963/1977, p. 9).

O que definia a doença, no caso o espasmo, era sua forma, suas características visíveis comuns, não o local afetado, origem ou causa. O corpo do doente, portanto, era um fato exterior em relação àquilo que ele sofria. Cabia ao médico abstrair os acidentes que esse corpo produz para encontrar a forma original da doença, prevista na classificação das espécies mórbidas. Logo, não se tratava de gerar conhecimento a partir do exame do doente, mas de confirmar o saber adquirido por meio do estudo da taxonomia. A taxonomia estabelecia a ordenação das doenças em uma classificação que prescindia da análise da estrutura interna e do funcionamento o corpo humano.

Diante dessas concepções, apesar de Pinel abordar os problemas mentais como de ordem cerebral, ele não estabeleceu umnexo causal entre doença (mental) e lesão (cerebral). As lesões, se existem, são das faculdades mentais do entendimento e da vontade. Pinel tampouco adotou a ideia de que a etiologia dessa patologia é física. Para ele, o físico e o moral são inextricavelmente articulados, e a dimensão moral está presente na hipótese etiológica, nos critérios diagnósticos e no tratamento – marcado pela reeducação do alienado, pela reforma de seus hábitos. Pinel se filiou à medicina classificatória do seu tempo e nela ancorou suas teses sobre a doença mental e seu tratamento.

Importante ressaltar que, para o psiquiatra francês, a alienação é uma contradição da razão, não sua supressão absoluta (Pinel, 1801/1809). Assim, Pinel considerou que, a despeito do exercício da racionalidade, o homem pode ser submetido à alteração dos afetos, ao desatino das paixões. O tratamento moral é uma aposta de resgate da racionalidade e da moralidade perdida.

Segundo Foucault (1961/1978), com o tratamento moral, a psiquiatria pretendeu assegurar a universalidade da moral burguesa, segundo a qual a sociedade se organiza em torno do contrato social. O tratamento moral tinha por objetivo superar a divergência entre o comportamento socialmente desejado e a incapacidade dos alienados de responderem às expectativas do contrato social decorrente da devassidão, do mau comportamento, da perversidade dos costumes e da preguiça. Para o autor, o hospício desempenhou papel central nesse projeto, pois atuou como um instrumento de resgate da razão e adaptação dos indivíduos.

Gauchet e Swain (1980) advogam que o tratamento moral, no lugar de ser uma prática de segregação social, foi uma maneira de afirmar a condição humana do alienado e de resgatar seu lugar junto à sociedade. Os autores defendem que a psiquiatria pineliana abriu espaço para a consideração de que as paixões se impunham internamente ao indivíduo, a despeito de seu esforço racional para controlá-lo. Assim, não havia exterioridade absoluta entre o sujeito da razão e o alienado. O tratamento moral visava estabelecer uma comunicação entre o psiquiatra e o alienado.

A despeito da ressalva de Gauchet e Swain, deve-se levar em consideração que Foucault teve o mérito de desvelar a imposição do isolamento como condição para a cura e, mais do que isso, ressaltar a dimensão do biopoder presente na psiquiatria. O autor revela o caráter ordenador, normalizador da especialidade e sua relação com as demandas da sociedade francesa após a revolução burguesa em 1789. Castel (1977/1978) ratifica Foucault ao defender que a psiquiatria de Pinel administrou o problema da loucura no contexto da revolução francesa ao articular tratamento e exclusão. A psiquiatria forneceu o amparo legal ao sustentar que o isolamento social era uma indicação terapêutica. Construiu identidade e legitimidade social exatamente na interface entre a oferta terapêutica e a resposta ao pedido de segregação dos alienados. Revelou, desde seu início, o quanto podia funcionar como uma “tecnologia geral do corpo social” (Foucault, 1977/2002, p. 326), alinhada aos interesses da sociedade burguesa nascente. Prova disso foi o fato de a prática do internamento ter persistido como modo de intervenção privilegiado ao longo dos séculos XIX e XX, a despeito de mudanças nas considerações sobre a etiologia das doenças mentais e do advento de novos recursos terapêuticos.

3.2 A clínica psiquiátrica entre o físico e o mental

A prática do internamento, ao concentrar os alienados no hospício, tornou obsoleta a ideia de que havia uma única forma de insanidade (Healy, 1997, 2002). O ordenamento do hospício incluiu a distribuição metódica dos doentes segundo seu comportamento, introduzindo uma nova racionalidade no entendimento da loucura. Instituiu-se, assim, a redefinição da loucura, agora entendida como alienação mental, bem como a classificação de seus sintomas e categorias diagnósticas. A psiquiatria reivindicou o estatuto de “ciência” a partir desse esforço de observação e catalogação (Castel, 1977/1978).

O legado de Pinel foi reiterado pelo trabalho do discípulo Esquirol (1838). Este alienista amparou-se na observação sistemática de sintomas para definir e delimitar síndromes psicopatológicas, impulsionando e qualificando a nosografia proposta por Pinel (1801/1809). Esquirol sustentou igualmente a concepção de que a explicação da doença mental não poderia ser exclusivamente biológica, devendo levar em conta a questão moral: paixões exacerbadas – orgulho, medo, susto, ambição, desgraças e problemas domésticos – capazes de desencadear perturbações mentais. Também atentou para o modo como as paixões podiam ser domadas, favorecendo a recondução do alienado à razão. Isso porque, para o discípulo de Pinel, as paixões eram, ao mesmo tempo, os sintomas mais essenciais e os mais poderosos agentes terapêuticos da loucura (Esquirol, 1838).

De acordo com Bercherie (1980/1989), os enunciados de Esquirol encontraram maior ou menor convergência com as teses de outros alienistas do século XIX, em disputa acerca da explicação da gênese da doença mental. Isso porque o dualismo psiquiátrico punha em oposição a concepção biológica (ou física) e a concepção psicológica (ou moral) quanto à causalidade da doença mental. De acordo com a primeira, a doença mental seria de ordem orgânica, resultado de lesões no corpo ou no cérebro, devendo ser objeto de intervenção nos moldes da medicina moderna (Griesinger, 1845/2007). As perturbações psíquicas seriam consequência da alteração corporal e o tratamento moral teria um valor secundário em relação ao tratamento físico. A abordagem psicológica, por outro lado, pretendia identificar na ordem moral as origens da doença mental, entendida

como enfermidade das paixões (Esquirol, 1838; Heinroth, 1818, 1823). As alterações do corpo seriam consequências de um transtorno localizado no plano das faculdades morais. O tratamento moral seria indicado como instrumento privilegiado de cura nas duas abordagens (Birman, 1978).

3.3 Bayle, Morel e Kraepelin: os fundamentos discursivos da psiquiatria biológica

Ao longo do século XIX, os avanços da medicina experimental positivista impeliram a psiquiatria em direção ao fundamento biológico da doença mental, em um progressivo abandono do vocabulário descritivo pineliano (Bercherie, 1980/1989). Nesse novo contexto, a manutenção da legitimidade da psiquiatria como especialidade médica foi subordinada à capacidade de adequar seu modelo de conhecimento à nova racionalidade científica da medicina (Shorter, 1997), onde a definição e a classificação das enfermidades tornavam-se cada vez mais alicerçadas em substratos anatômicos e teciduais.

Canguilhem (1980/2006) localiza naquele momento o início do processo de naturalização da mente, ou melhor, do pensamento. Para ele, a teoria das localizações cerebrais, proposta em 1809 pelo médico alemão Gall, foi um marco na disputa do positivismo com o espiritualismo. Gall inaugurou a chamada “ciência do cérebro” ao estabelecer que o órgão é a sede das faculdades mentais. Mais do que isso, afirmou que as qualidades morais e os poderes intelectuais eram inatos e tinham por fundamento o substrato anatômico do cérebro, não a substancialidade ontológica da alma (Canguilhem, 1980/2006).

As concepções de Gall competiam com as descrições de Pinel e Esquirol. A difusão do localizacionismo cerebral, em conjunto com o avanço da medicina experimental, colocou a psiquiatria em posição desafiadora, de rejeição das bases conceituais pinelianas e aderência à nova fundamentação teórica, de cunho positivista e normativo. Bayle, Morel e Kraepelin aderiram e impulsionaram o projeto de naturalização da mente, razão pela qual seus discursos são delimitados a seguir.

3.3.1 Bayle

O psiquiatra francês Bayle (1822/2009, 1826) procurou responder ao desafio de adequar o saber psiquiátrico ao modelo anatomoclínico na segunda década do século XIX. Na tese em medicina *Recherches sur les Maladies Mentales*, defendida em 1822, o psiquiatra francês demonstra que a inflamação crônica de uma das membranas cerebrais é a causa de um tipo particular de doença mental, a paralisia geral progressiva (PGP) ou neurosífilis. Sua descoberta foi um marco na história das concepções biológicas em psiquiatria, pois, pela primeira vez, se comprovou a existência de umnexo causal entre uma entidade psicopatológica típica e uma lesão cerebral específica e objetivamente demonstrável (Pereira, 2009).

Bayle chegou a essa conclusão pela identificação, *post mortem*, de substratos anatomopatológicos presentes no cérebro de indivíduos afetados pela doença mental. Também se baseou na observação das manifestações clínicas da paralisia geral progressiva, marcada por um prognóstico reservado tanto nos sintomas motores quanto nos psiquiátricos. Percebeu que os distúrbios motores atingiam vários grupos musculares, enfraquecendo-os e levando à prostração física e à paralisia. Os sintomas psiquiátricos variavam no tempo e eram progressivamente agravados, migrando de uma leve exaltação para um quadro de delírio maníaco generalizado e posteriormente para a demência, com prejuízo das funções cognitivas, debilidade física e morte.

A descoberta de Bayle teve um efeito marcante na história da psiquiatria ao possibilitar que a especialidade se adequasse, ao menos em parte, à nova racionalidade da medicina. Com isso, os defensores da abordagem biológica se dirigiram para uma explicação estritamente fisicalista dos fenômenos psicopatológicos e sinalizaram, para o campo médico, que a psiquiatria tratava também do corpo e não somente da alma, da mente ou da moral.

Ao longo de décadas e com auxílio de avanços em outros ramos da medicina, foi possível desenvolver um modelo explicativo para a neurosífilis. Ele é composto pelos seguintes estágios: a) identificação da paralisia geral progressiva como uma síndrome; b) localização de uma correspondência entre essa síndrome e a lesão das meninges; c) descoberta de que a síndrome psiquiátrica era a terceira

fase de uma doença infecciosa (sífilis); d) revelação do agente etiológico causador da doença (*Treponema pallidum*); e) desenvolvimento de medicamentos para sua cura; f) criação de estratégias de prevenção.

O modelo causal da neurosífilis tornou-se referência para explicação das demais patologias mentais (Andreasen, 2001). Sua generalização, contudo, nunca se deu. A impossibilidade de generalização do modelo causal deixou a psiquiatria em uma posição controversa em relação ao restante das especialidades médicas.

A descoberta de Bayle fez, ainda assim, com que a busca pelos mecanismos orgânicos causadores da doença mental fosse expressivamente impulsionada. Foi acompanhada por modificações nos critérios que orientavam a nosologia (*nosos*: enfermidade; *logos*: estudo) e a nosografia (*nosos*: enfermidade; *graphein*: descrição) psiquiátricas. À classificação sindrômica (baseada em sintomas) se somaram outras, de caráter evolutivo, etiológico e anatômico.

Sob a inspiração de Bayle, a psiquiatria procurou se adequar à classificação médica na época e mantida até hoje. Essa classificação se baseia nos seguintes métodos: descritivo (método clínico: baseado em sintomas e síndromes, e método evolutivo ou patocrônico: apoiado na evolução, no curso da doença); etiopatogênico (assentado nas causas da doença), fisiopatológico (baseado no funcionamento orgânico durante o adoecimento) e anatomopatológico (apoiado em alterações estruturais, morfológicas) (Stagnaro, 2012).

3.3.2 Morel

O *Traité des Dégénérescences* e o *Traité des Maladies Mentales*, publicados pelo psiquiatra franco-austríaco Morel em 1857 e 1860, são importantes exemplos da tentativa de conciliação entre a perspectiva fisicalista e ideias de cunho moral. O autor retomou a noção de hereditariedade, presente marginalmente em Pinel (1801/1809), Esquirol (1838) e J-P Falret (1864), para propor uma nova etiologia da doença mental, distanciando-se de Bayle.

Morel partiu do pressuposto de que o homem teria sido criado segundo um tipo primitivo perfeito, marcado pela dominação do moral pelo físico. Essa dominação permitiria a livre aceitação da lei moral pelo sujeito, que se adequaria sem queixas às normas e exigências sociais. A degeneração referia-se a qualquer

desvio doentio e hereditário em relação a esse homem primitivo (Morel, 1857) e a doença mental seria um dos principais tipos de degenerescência⁵ (Morel, 1860).

A essência da teoria da degenerescência residiu na transmissibilidade, na herança mantida através das gerações. Nessa concepção, a herança não se restringe ao biológico, inclui traços de cunho moral e comportamentos. Um desvio, por simples que seja, marca o indivíduo e suas futuras gerações, de modo progressivo. Para o psiquiatra francês, o germe da degenerescência é capaz de agravar seus efeitos, levando à decadência física, intelectual e moral do próprio indivíduo e principalmente de sua descendência, que se torna estéril e é posteriormente extinta. Além da transmissão hereditária, a degenerescência se caracteriza pela presença de estigmas: traços físicos ou mentais, como tamanho da cabeça, altura, peso, cor dos olhos, cabelos, pele, temperamento, inclinações morais, capacidade intelectual, etc. (Pereira, 2008).

A degenerescência teria como causas intoxicações (impaludismo, álcool, ópio, constituição geológica do solo, fome, epidemias e intoxicações alimentares); meio social (indústrias, profissões insalubres, miséria); afecções mórbidas anteriores ou temperamento malévolos; mal moral (imoralidade dos costumes); enfermidades congênitas ou adquiridas na infância; influências hereditárias (Bercherie, 1980/1989; Castel, 1977/1978). Em resumo, uma profusão de fatores sem nenhuma relação causal e nada em comum a não ser o distanciamento para com o ideal de normalidade. A enumeração das “causas” da degenerescência explicita que, nessa teoria, é o desvio da norma – física ou social – que determina a degeneração (Caponi, 2009).

Um atributo crucial do conceito de hereditariedade presente na teoria da degenerescência é, portanto, o “laxismo causal”, onde tudo podia ser causa de tudo (Foucault, 1975b/2001, p. 399). Com isso, a doença inicial poderia se reproduzir nos descendentes ou originar outras enfermidades que não tivessem qualquer relação com ela (por exemplo, a embriaguez de um indivíduo poderia gerar em seus filhos e netos alcoolismo, mas também tuberculose, doença mental ou delinquência). Tratava-se, portanto, de uma noção de hereditariedade

⁵ Embora os substantivos “degeneração” e “degenerescência” costumem ser utilizados de modo indistinto, vale apontar que o primeiro está ligado à ação do verbo e o segundo ao resultado dessa ação (Serpa Jr., 2010).

particular, “uma herança indefinida, onde toda e qualquer anomalia podia surgir e espalhar-se a partir de um sujeito que é identificado como degenerado ou anormal” (Caponi, 2009, p. 541).

Ainda assim, essa concepção de hereditariedade serviu de base à teoria da degenerescência e permitiu uma aproximação entre o vocabulário psiquiátrico e o vocabulário médico. A teoria da degenerescência tinha flexibilidade explicativa e fornecia ancoragem fisicalista ao estudo da doença mental, mas mantinha-se permeável aos valores morais (Serpa Jr., 2010).

Morel acreditava que a psiquiatria tinha um papel privilegiado na lida com os riscos de adoecimento e degradação, salvando a sociedade dos efeitos da degeneração. Para isso propôs a imposição de um tratamento moral e educativo, que deveria ser aplicado tanto aos adoecidos quanto àqueles que poderiam se tornar degenerados (Morel, 1860). Esse tipo de intervenção, de caráter preventivo, ampliou os domínios da psiquiatria em direção à população em geral, especialmente aos mais pobres.

A teoria da degenerescência, por sua relação com os anseios de regulação da violência, pobreza e doenças, influenciou os debates da criminologia e da saúde pública na segunda metade do século XIX e no início do século XX (Caponi, 2009; Serpa Jr., 2010). Na criminologia, serviu de base para as teses de Lombroso (1876), que postulou a existência do criminoso nato, biologicamente predisposto à criminalidade. Na saúde pública, a preocupação com a progressão da degenerescência conduziu à eugenia, que visava melhorar as características físicas e mentais da população através do estudo da hereditariedade humana proposto por Galton (1869, 1883). Na prática, a eugenia visou à purificação racial, incentivando a união entre pessoas consideradas saudáveis e interditando o casamento entre indivíduos afetados por patologias consideradas hereditárias (doenças mentais e infecciosas). No limite, chegou a justificar esterilizações ou assassinato de doentes e povos considerados inferiores.

Com a teoria da degenerescência, postulada por Morel em 1857 e largamente adotada por contemporâneos e sucessores, a psiquiatria ampliou o escopo de suas ações, pois deveria estar atenta não só aos manifestadamente loucos, mas também àqueles que infligiam costumes, ideias e convenções do

período. Assim, abandonou o diagnóstico com base exclusiva na comparação do indivíduo consigo mesmo, com as rupturas que o adoecimento teria provocado em sua existência, e passou a compará-lo com o comportamento ideal dos pontos de vista fisiológico, psicológico, social, moral ou mesmo jurídico (Bercherie, 1980/1989).

Morel, ao produzir um deslocamento da doença mental para a degenerescência, permitiu aos psiquiatras do fim do século XIX extrapolar a questão da cura da loucura e dedicarem-se à gestão da anormalidade. Com isso, a psiquiatria outorgou-se a tarefa de “moralização das massas” (Castel, 1977/1978, p. 263), de proteção da sociedade contra os perigos da anormalidade e da degenerescência (Foucault, 1975b/2011). Veiculou valores da época, reduzindo os dilemas do homem e da sociedade a problemas de ordem hereditária e moral, a serem resolvidos na esfera médica (Pereira, 2008).

3.3.3 Kraepelin

Kraepelin (1883; 1899/1902; 1904/1968; 1920/2009), o último grande expoente do projeto intelectual da psiquiatria fisicalista, produziu sua obra na virada do século XIX para o século XX. Comumente designado o criador da psiquiatria moderna (Shorter, 1997), o psiquiatra alemão foi responsável pela proposição de uma orientação fortemente biológica para o estudo das doenças mentais. Kraepelin sustentava que a psiquiatria, como as demais especialidades médicas, deveria se amparar nas pesquisas experimentais para fazer avançar o conhecimento acerca do funcionamento mental (Decker, 2007). Assim, em 1917, Kraepelin cercou-se de profissionais das áreas da psicologia experimental, neuropatologia, farmacologia e genética e fundou o Instituto Alemão de Pesquisa Psiquiátrica, primeiro centro especificamente planejado para investigação multidisciplinar das doenças mentais (Jablensky, 2007). O programa de pesquisa de Kraepelin tinha por objetivo definir grupos válidos de patologias e identificar as leis que associam o quadro clínico às alterações cerebrais. Adotou a teoria da localização cerebral e acreditou que as doenças mentais eram doenças cerebrais (Berrios e Hauser, 1998/2013).

Ainda que filiado ao modelo médico, Kraepelin deu relativamente pouca atenção ao debate sobre a *etiologia* das doenças mentais por considerar que faltavam recursos tecnológicos e conhecimento teórico para estabelecer determinantes biológicos. Ao privilegiar a análise do *curso* da doença, adiou a esperança de encontrar uma correspondência entre a anatomia/fisiopatologia e o quadro clínico (Berrios e Hauser, 1988/2013; Engstrom e Weber, 2005). Para dedicar-se ao exame dos desdobramentos do quadro clínico, Kraepelin rompeu com a tradição psiquiátrica de classificação diagnóstica sindrômica, baseada na observação transversal dos sintomas. Voltou-se para os estudos de *follow-up* e revisou a classificação diagnóstica tendo por parâmetro a evolução e o prognóstico das patologias (Berrios e Hauser, 1988/2013). Realizou, ainda, exaustiva investigação acerca do caráter hereditário da doença mental, pois, em alguma medida, Kraepelin compartilhava das ideias de Morel (1857, 1860) sobre o caráter hereditário das doenças mentais (Caponi, 2011a, b).

O trabalho de Kraepelin deu origem ao *Compendium der Psychiatrie* (1883), sistematicamente revisto ao longo de trinta anos. A sexta edição, datada de 1899, tornou-se especialmente conhecida porque nela foi apresentada a tese de que há essencialmente duas formas de doenças mentais, a loucura maníaco-depressiva e a demência precoce. Ambas seriam entidades nosológicas isoladas e clinicamente distintas, cuja diferenciação diagnóstica deveria ser feita prioritariamente com base no curso longitudinal da doença (Berherie, 1980/1989). Somente assim, argumentava Kraepelin, seria possível distinguir os sintomas essenciais dos sintomas acidentais da doença (Kraepelin, 1899).

A formalização dessas duas grandes categorias permitiu reunir, em cada uma delas, um grupo de patologias distintas. De um lado, situavam-se a loucura maníaco-depressiva, a mania simples, a melancolia e outros transtornos menores caracterizados por alterações do humor; do outro lado, a demência precoce, a catatonia, a hebefrenia e a paranoia. A importância da tese kraepeliniana foi tamanha que a distinção entre loucura maníaco-depressiva e demência precoce se mantém como um dos pilares da psicopatologia contemporânea⁶ (Pereira, 2002).

⁶ A designação loucura maníaco-depressiva sofreu inúmeras transformações, dando origem à categoria diagnóstica transtorno bipolar do humor. A doença conhecida como demência precoce foi rebatizada, por Bleuler em 1911, como esquizofrenia (Healy, 1997).

Outra contribuição de Kraepelin foi a correspondência entre tipos clínicos e processos cerebrais, por analogia ao modelo da doença específica da bacteriologia (Healy, 1997). Conforme o modelo bacteriológico, as doenças teriam causalidade única, produzida por um agente patogênico específico. Kraepelin procurou incorporar o modelo bacteriológico à psiquiatria e adotou a noção de entidade mórbida proposta por J-P Falret (1864). Acreditava que a validação da noção de entidade mórbida adviria da neuropatologia, da fisiologia e da bioquímica cerebral (Jablensky, 2007), mas reconhecia os limites dos estudos laboratoriais. Assim, voltou-se para a abordagem descritiva e classificatória, pois entendia que a clínica apurada contribuiria com o avanço da psiquiatria. A atenção dada à clínica, sustentava o psiquiatra, favoreceria a identificação precisa das correlações entre sintomas, curso e desenlace da doença.

De modo curioso e na contramão de seus pressupostos teórico-clínicos, Kraepelin e os colegas do Instituto Alemão de Pesquisa Psiquiátrica ajudaram a desfazer a tese de que todas as doenças mentais teriam uma base cerebral. Isso se deu porque eles reportaram seus achados laboratoriais como fatos neurológicos, não como eventos psiquiátricos, a exemplo do ocorrido com a descoberta da Doença de Alzheimer. Essa escolha respondeu à distinção entre neurologia e psiquiatria própria ao período em que Kraepelin produziu sua obra. A neurologia respondia pela investigação das alterações mentais ligadas a modificações anatômicas do cérebro (as doenças da lesão) e a psiquiatria pelo tratamento das doenças sem correlato anatômico (as doenças da função)⁷. Se a Doença de Alzheimer apresentava lesão cerebral, então ela deveria ser definida como doença neurológica, estatuto que porta até hoje.

Embora as ideias de Kraepelin ainda sejam aceitas e tenham sido alçadas à condição de inspiração para os psiquiatras biológicos nos anos de 1970 (Klerman, 1978), elas encontraram muita resistência quando de sua divulgação. As críticas questionavam a preferência pelo diagnóstico evolutivo no lugar do sindrômico, a tentativa de subordinação de todas as doenças mentais às categorias loucura maníaco-depressiva e demência precoce, as revisões erráticas do *Compendium der*

⁷ Naquele momento, “funcional” era um termo que descrevia uma doença não relacionada à patologia cerebral, um transtorno da função psicológica mais do que da estrutura orgânica (Rose, 2007b).

Psychiatrie, a noção de entidade mórbida e o enfoque estritamente orgânico das doenças mentais (Shorter, 1997).

Segundo Shorter (1997), as críticas não foram responsáveis pela perda de influência de Kraepelin e da orientação biológica da psiquiatria de então. Para o autor, o declínio foi produzido internamente pela cisão entre os neurologistas e psiquiatras na época. A hipótese de Shorter é plausível, ainda que valorize em excesso as tensões internas ao campo da orientação biológica. É possível igualmente atribuir a mudança na correlação de forças contrárias à escola de Kraepelin ao fortalecimento das abordagens que relacionavam o desenvolvimento das doenças mentais a questões de ordem subjetiva, como a fenomenologia e a psicanálise.

3.4 A crítica de Jaspers ao fisicalismo

Em 1913 o psiquiatra e filósofo alemão Jaspers publicou o livro *Allgemeine Psychopatologie*, onde realiza a crítica conceitual sistemática da psicopatologia e do paralelismo psicofisiológico em psiquiatria e psicologia.

Jaspers acreditava na fundamentação material da mente, mas afirmava ser necessário distinguir o que era efetivamente sabido daquilo que era suposto. Nesse sentido, criticou a noção de entidade mórbida de Kraepelin, pois as pesquisas da época não permitiam estabelecer uma relação causal entre tipos clínicos e alterações do funcionamento e da anatomia cerebral (Bercherie, 1980/1989).

O valor central da obra de Jaspers, entretanto, encontra-se na proposta de novos parâmetros para a psicopatologia, cujo objeto é o fenômeno psíquico consciente (1913/2003). O psiquiatra e filósofo alemão pretendeu *compreender* a experiência subjetiva, em especial seus fenômenos patológicos. Considerou, contudo, que os métodos comuns às ciências naturais e que orientam a psiquiatria e a psicologia (a descrição dos sintomas, a *explicação* do quadro clínico) são incapazes de permitir tal compreensão. Para isso, seria preciso ir além das aparências. Tratava-se de saber o que os homens vivenciam e como o fazem.

Jaspers entendeu que isso só poderia ocorrer se o psiquiatra se mostrasse empático em relação ao que acontece com o paciente, pondo-se em seu lugar. A empatia seria exatamente o compartilhamento intuitivo, não reflexivo, da

experiência de outrem. A “compreensão empática”, por seu turno, permitiria que o psiquiatra traduzisse de modo descritivo a experiência de adoecimento do paciente. De acordo com Rodrigues (2005), a psicopatologia geral, de matriz fenomenológica, articulava empatia e compreensão empática com o intuito de responder à necessidade de cientificidade e, ao mesmo tempo, sustentar a centralidade da experiência subjetiva.

Com a proposição da psicopatologia geral, Jaspers recuperou a narrativa subjetiva e valorizou a relação médico-paciente. Situou-os no cerne da prática psiquiátrica, deixando em segundo plano a explicação causal e estritamente fisicalista dos fenômenos psíquicos. A ênfase na compreensão da vivência subjetiva, em lugar da exclusiva descrição de sintomas, expressava a concepção do homem como irreduzível à objetividade conceitual (Moreira, 2011; Rodrigues, 2005)

Jaspers rompeu com a abordagem psiquiátrica de seu tempo, de inspiração kraepeliniana. Com ele, a psicopatologia surgiu como disciplina não médica, mergulhada no particular da experiência íntima do sofrimento individual, e preocupada em produzir proposições de caráter geral sobre as formas específicas do padecer psíquico. Jaspers deixou um importante legado na psiquiatria do século XX, tendo em consideração o *sujeito da consciência* (Pereira, 1998).

3.5 A ruptura epistemológica de Freud

Freud também produziu uma importante ruptura com o fisicalismo reducionista de sua época para fundar a psicanálise. O neurologista austríaco reconheceu a materialidade em que repousa o psiquismo, mas não o reduziu a ela. Desde seus estudos iniciais, Freud recusou o monismo fisicalista reinante na neurologia e na psiquiatria biológica. Em seu lugar, adotou o chamado monismo de duplo aspecto, onde se considera que o psiquismo depende da realidade material do cérebro, mas apresenta propriedades autônomas que não podem ser explicadas com base em descrições materiais (Bezerra Jr., 2013).

A posição de Freud teve a marca de pesquisadores que o precederam. Dos mestres germânicos, Freud reteve a ideia de que era impossível conceber funções mentais sem a participação da atividade cerebral. De Charcot (1882), célebre

neurologista francês e mentor de Freud, preservou o método clínico-descritivo (Bezerra Jr., 2013). Manteve ainda o interesse pela histeria que, em conjunto com a neurastenia, a hipocondria e a epilepsia, integravam o grupo das neuroses. No século XIX as neuroses eram consideradas doenças do sistema nervoso e, portanto, seu tratamento ficava a cargo da neurologia e não da psiquiatria. Como dito há pouco, a neurologia se encarregava das patologias estruturais e a psiquiatria das patologias funcionais.

A histeria representava um enigma para os neurologistas de então, pois os histéricos apresentavam alterações motoras sem a presença de modificações estruturais que as justificassem. Isso produzia uma desconfiança em parte dos neurologistas, que consideravam os sintomas histéricos como simulação e não como patologia. Entretanto, ganhou força a ideia de que a neurose envolvia uma alteração funcional, portanto não estrutural, do sistema nervoso. Essa alteração seria relativa ao esquema do arco reflexo, teoria dominante naquele momento e que explicava a atividade psíquica como um processo associativo tanto no sentido psicológico da associação de ideias quanto no sentido do feixe associativo dos neurologistas. Considerava-se que alguns reflexos podiam ser aberrantes e que isso poderia resultar na perda de associações mentais entre pensamentos, imagens e memórias dos indivíduos (Healy, 1997; Bercherie, 1980/1989).

As investigações de Charcot (1882) seguiram a tese de que a histeria era uma doença funcional. Chamaram a atenção para a semelhança entre o quadro clínico da histeria e aquele provocado pela hipnose, pois em ambos o paciente era capaz de produzir alterações corporais por sugestão médica. A despeito de o neurologista francês ter vislumbrado a força da sugestão na histeria, não atribuiu a causalidade da doença a qualquer fenômeno de ordem psíquica. Para ele, suas causas situavam-se em uma predisposição hereditária que, impulsionada por um trauma psicológico, era capaz de produzir o quadro histérico.

Freud assumiu as ideias de Charcot, mas a clínica o fez redefinir o lugar do psíquico na histeria. Os sintomas foram explicados por sua relação com a cena traumática e considerados fruto da defesa contra as lembranças dolorosas, de natureza sexual (Freud, 1894/2001; Breuer e Freud, 1895/2001). No primeiro momento, Freud acreditou que a cena traumática remontava a tentativas reais de sedução ocorridas na infância. Logo abandonou essa hipótese em função do

privilégio dado à fantasia. Freud deslocou-se da realidade factual para a realidade psíquica e localizou ali o terreno onde se desenvolviam sintomas. Esboçava-se um dos fundamentos da clínica psicanalítica, segundo o qual o que interessa a um psicanalista é a experiência vivenciada pelo paciente. Pouca diferença faz se os fatos narrados ocorreram ou não, uma vez que, “no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a decisiva” (Freud, 1917c/2001, p. 336).

No relato das pacientes, o prazer desconhecido contido no sintoma chamou a atenção de Freud. Se o sofrimento era aquilo que se anunciava de imediato, o tratamento por meio da associação livre fez ver que havia algo mais no sintoma: a realização de um desejo inconsciente. Curiosamente, essa realização produzia sofrimento e prazer. Tal condição do sintoma levou o fundador da psicanálise a acreditar que o funcionamento psíquico operava por meio de dois processos distintos e conflitantes. Freud definiu-os como processo primário, próprio ao inconsciente e que visava à satisfação, e processo secundário, dominado pelo consciente e que interpunha barreiras à realização dos desejos inconscientes, de natureza incestuosa (Freud, 1900/2001).

Essas barreiras, do recalque, são erigidas para defender o psiquismo do desprazer, posto que a manutenção ou obtenção do prazer é o princípio fundamental do aparelho psíquico. Assim, os sintomas surgem como modos de satisfação sexual substitutiva, como soluções de compromisso entre a exigência de satisfação e os limites para realizá-la. Indicam – em conjunto com os sonhos, os atos falhos e os chistes – a divisão constitutiva do sujeito e sua determinação inconsciente, conforme apresento no capítulo dois. Indicam, ademais, que em psicanálise não é possível conceber o sintoma como “exterior” ao sujeito, como simples efeito do funcionamento cerebral ou da herança genética. O sintoma é um arranjo particular, um modo de o sujeito se colocar no mundo, de fazer laço social.

Para efeito de análise neste capítulo, destaco o fato de que a obra de Freud exerceu imensa influência na psiquiatria do século XX, sendo responsável pela proposição de conceitos decisivos como inconsciente, transferência, pulsão (Briole, 1998). A psicanálise deslocou a noção de indivíduo, pensado no registro da consciência, da moral e da autonomia, propondo em seu lugar a ideia de um sujeito do inconsciente. Além disso, deu outro contorno ao debate sobre o corpo,

relativizando a concepção estritamente biológica que predominava na medicina. Ao menos no campo psiquiátrico, o corpo como organismo perdeu a dominância argumentativa.

No lugar de reproduzir a organogênese ou a psicogênese das teorias psiquiátricas que a precederam, a psicanálise, como Freud a criou, articulou corpo e psiquismo. A consideração de que o sujeito é dividido e de que goza de seu sintoma é um dos maiores legados de Freud para a cultura. No Capítulo 4 mostro como o legado freudiano está em risco em razão da disseminação uma visão cerebralista, que apaga o sujeito.

O Projeto da Psiquiatria Biológica

Neste capítulo analiso o desenvolvimento da psiquiatria nos Estados Unidos e o programa de pesquisas das neurociências. A hegemonia do sistema classificatório da psiquiatria americana na contemporaneidade justifica a análise dessa experiência nacional, assim como a problematização do projeto fisicalista das neurociências.

Na segunda metade do século XIX a psiquiatria americana assumiu um viés fortemente biológico, acompanhando o esforço da psiquiatria europeia de adequar-se ao modelo da medicina moderna. O declínio da abordagem biológica na Europa no início do século passado repercutiu também nos Estados Unidos, onde os psiquiatras abandonaram os estudos sobre o substrato orgânico dos transtornos mentais em favor de um enfoque psicossocial (Shorter, 1997).

Meyer, suíço que migrou para os Estados Unidos em 1892, se tornou o psiquiatra de maior influência na psiquiatria americana da primeira metade do século XX. Foi o principal responsável pela transição da abordagem biológica para a abordagem psicossocial da patologia mental no ambiente americano (Horwitz e Wakefield, 2007). Em consonância com a psiquiatria realizada na Europa, em especial na Alemanha, e influenciado pelas ideias de Kraepelin, Meyer inicialmente adotou a tese de que os transtornos mentais eram entidades mórbidas naturais e biologicamente especificáveis.

Posteriormente, desenvolveu uma teoria própria, que privilegiava a análise do curso de vida, da personalidade e da capacidade do paciente de responder aos desafios cotidianos (Meyer, 1951). Assim, criou uma abordagem de cunho biopsicossocial, que salientava a interação entre a predisposição individual (biológica ou psicológica) ao adoecimento, as circunstâncias ambientais e as experiências existenciais na formação do estado mental. Definiu os transtornos mentais como prejuízos na habilidade de responder adaptativamente a situações

estressantes (Horwitz e Wakefield, 2007), em um deslocamento importante em relação às teses de Kraepelin.

Por sua influência nos Estados Unidos, Meyer levou os psiquiatras daquele país a considerarem a história de vida, a experiência pessoal e o contexto familiar e social como elementos centrais na compreensão da patologia mental. Abriu espaço para que eles levassem em conta os aspectos psíquicos na análise dos casos.

A abordagem de Meyer inspirou profundamente a primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM I), onde o transtorno mental foi definido como reação a problemas da vida e situações difíceis impingidas ao indivíduo (Gaines, 1992). A visão de Meyer foi dominante nos Estados Unidos até os anos de 1950, quando uma leitura particular da psicanálise suplantou a abordagem biopsicossocial (Decker, 2007; Healy, 2002).

A especial difusão da psicanálise produziu desdobramentos importantes na psiquiatria americana naquele momento: fez com que a psiquiatria mudasse seu objeto da psicose para a neurose e migrasse do asilo para o consultório privado (Shorter, 1997). O privilégio dado ao estudo e à clínica da neurose permitiu essa migração. Assim, a psiquiatria americana atraiu para si uma clientela nova, composta de pacientes que sofriam de “doenças dos nervos” e que, durante longo período, estiveram sob os cuidados dos neurologistas e clínicos.

A mudança foi certamente bem acolhida pelos psiquiatras americanos, que aceitaram as teorias propostas por psicanalistas emigrados da Europa no pós-guerra, fundadores da psicologia psicanalítica do ego¹ nos Estados Unidos. Essa aceitação incluiu a ocupação, por psicanalistas, dos principais postos de ensino em psiquiatria e a exigência da formação psicanalítica para o exercício clínico. A confluência de interesses entre psiquiatras e psicanalistas fez com que a psicanálise assumisse uma posição dominante face às correntes psiquiátricas, especialmente nos anos 50 e 60.

Importante caracterizar a peculiar versão da psicanálise realizada nos Estados Unidos: a psicanálise deixou de lado conceitos fundamentais de Freud,

¹ A psicologia psicanalítica do ego ficou mais conhecida como “psicologia do ego”, termo que utilizarei daqui por diante.

como inconsciente e libido, em favor da noção de ego como órgão de adaptação do homem (Lacan, 1955b/1988, 1971/2003). Negou as consequências clínicas da postulação do conceito de pulsão de morte (Freud, 1920/2001) e o mal-estar constitutivo do sujeito (Freud, 1930). Desse modo, a “psicologia do ego” fez da psicanálise uma técnica de adestramento do desejo, de conformação do sujeito à realidade e de adaptação (Baratto e Aguiar, 2007).

Esse projeto, que foi acompanhado da ideia de que todos deveriam fazer análise, reforçou a presença de psiquiatras que praticavam a psicanálise junto à sociedade americana (Healy, 2002; Shorter, 1997). Viabilizou a extraordinária expansão das fronteiras da psiquiatria (Grob, 1987). A psicologia do ego foi um importante instrumento de psiquiatras e psicanalistas na medicalização do mal-estar, em um confronto com o legado freudiano (Mayes e Horwitz, 2005). Além disso, a vã promessa de supressão do mal-estar certamente contribuiu para a perda de prestígio da psicologia do ego nos Estados Unidos nos anos seguintes.

O predomínio da abordagem psicanalítica, segundo Shorter, teve um alto preço para a psiquiatria americana pela “estagnação científica e progressivo desligamento do restante da medicina” (Shorter, 1997, p. 160). A formação de psiquiatras orientados pela psicanálise adaptativa² foi acompanhada do abandono do estudo da psicopatologia, da nosologia e da fenomenologia..

Os psiquiatras de matriz biológica acreditavam que a psicanálise adaptativa concorreu para a desmedicalização da especialidade (Sabshin, 1990; Kandel, 1998; Andreasen, 2007). A fim de recuperar o domínio do próprio campo, propuseram realinhar a especialidade à medicina e expurgar a psicanálise e seus ensinamentos (Guze, 1989, 1993). Só assim, por meio da adoção do modelo médico, entendiam que seria possível avançar nos estudos sobre o componente genético dos transtornos mentais e sobre o funcionamento cerebral, que suscitava pequeno interesse em grande parte dos psiquiatras. A remedicalização da especialidade também favoreceria a pesquisa no campo da psicofarmacologia, fortalecida pela descoberta dos neurolépticos e dos antidepressivos nos anos de 1950 (Kandel, 1998).

² Entendida aqui como psicologia do ego.

Desse modo, a adesão ao modelo médico do estudo experimental surgiu como uma saída para a psiquiatria que precisava recuperar o prestígio com a medicina, comprometido nas décadas de 60 e 70. Esse comprometimento decorria da baixa capacidade de gerar dados confiáveis sobre diagnóstico e tratamento, bem como de regular as condições de tratamento nos hospícios, especialmente os públicos (Decker, 2007; Sabshin, 1990; Grob, 1987).

A crítica ao tratamento nos hospícios era feita por partidários da antipsiquiatria que questionavam o conceito de doença mental, considerando-o um mito (Szasz, 1961/1974). Goffman (1961/1974) e Rosenham (1973) apontavam o caráter totalitário das instituições psiquiátricas e a incapacidade de distinguir pessoas sãs de doentes mentais. Repercutiam o questionamento internacional aos fundamentos da psiquiatria e à institucionalização dos doentes mentais, responsável pelo desencadeamento de experiências de reforma psiquiátrica no mundo. Essas experiências defenderam a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e o deslocamento do *locus* de cuidado dos hospícios para os serviços comunitários (Desviat, 1994).

Os argumentos da antipsiquiatria exerceram grande influência não só no campo científico e nos serviços de saúde mental, mas na sociedade de modo geral. Mobilizaram intelectuais e o público leigo no cenário da contracultura (Mayes e Horwitz, 2005). O filme “O Estranho no Ninho” (*One Flew Over the Cuckoo’s Nest*), de 1976, baseado em um romance de Ken Kesey, um dos heróis da antipsiquiatria, é um exemplo do julgamento negativo sobre a psiquiatria. Estrelado por Jack Nicholson, “O Estranho no Ninho” retrata a história de Randle McMurphy, que simulou um transtorno mental para ser transferido de uma prisão estadual para um manicômio judiciário com o intuito de se ver livre da coerção carcerária. Ao contrário do que esperava, ele experimentou a violência asilar, tendo sido alvo de isolamento, eletroconvulsoterapia (ECT) e finalmente de lobotomia a fim de extinguir seu comportamento inconformista, inapropriado para os padrões institucionais. O filme condena os métodos e práticas da psiquiatria.

A desaprovação em relação à psiquiatria, entretanto, não advinha somente dos antipsiquiatras e dos formadores de opinião. O Estado americano e as seguradoras de saúde exigiam clareza em relação aos resultados da psicoterapia. Criticavam a falta de transparência e objetividade em relação ao diagnóstico e

tratamento. Afirmavam que a psicoterapia era ofertada de modo indiscriminado para resolução de problemas da vida cotidiana, tinha duração elevada e rejeitava avaliação, consumindo recursos em intervenções que nem sempre se mostravam adequadas ou efetivas (Mayes e Horwitz, 2005).

Naquele momento ganhava força a ideia de que o melhor meio para estabelecer a efetividade de um tratamento era a realização de estudos randomizados, duplo-cegos e placebo-controlados – método adequado para fármacos, mas distante da tradição psicoterápica de relato de caso. A centralização da prática psiquiátrica na psicoterapia posicionava os psiquiatras contra a medicina experimental (Horwitz, 2002) e, indiretamente, contra os interesses do Estado americano e das seguradoras de saúde. Para os dois últimos, a psiquiatria aparecia como um poço sem fundo do ponto de vista financeiro (Sabshin, 1990) e deveria ajustar os métodos clínicos.

Cabe ressaltar que, nos Estados Unidos, de modo precoce em relação aos países europeus, a regulação das despesas com a saúde por meio do Estado e das seguradoras buscou reduzir a autonomia dos profissionais na definição do valor de seus serviços e nas suas decisões clínicas. Afetou a prática dos psiquiatras e psicanalistas, cuja relação com o cliente passou a ser mediada por um terceiro pagador. Esses profissionais, de prática tradicionalmente liberal, viram-se obrigados a se adequar ao novo desafio regulatório e econômico imposto pelo terceiro pagador³ (Sabshin, 1990).

Para responder às exigências do mercado de saúde e do Estado, os psiquiatras foram instados a retornar ao modelo médico. Segundo Guze (1993), psiquiatras que esperavam competir com os demais profissionais de saúde mental e prosperar deveriam entrar em acordo com o modelo médico e tudo o que o modelo implicava. A recuperação da legitimidade científica da psiquiatria, propalava o autor, adviria da ampliação da confiabilidade diagnóstica e de tratamento.

Ao mesmo tempo, o retorno ao modelo médico permitiria a diferenciação do psiquiatra em relação aos outros profissionais do campo da saúde mental,

³ Esta questão está no cerne das exigências de padronização e avaliação das práticas psicoterápicas atualmente em voga na Europa. No Brasil, esta questão ainda é bastante residual e a psicanálise se mantém como uma prática essencialmente privada, com pouca regulação do Estado ou dos seguros saúde.

especialmente assistentes sociais e psicólogos. Naquele contexto, esses profissionais eram priorizados pelo Estado e pelas empresas de saúde no diagnóstico e no tratamento dos transtornos mentais em razão do menor custo de seus serviços.

Nos Estados Unidos, os assistentes sociais criaram o chamado serviço social clínico e, desde os anos de 1920, trabalhavam como psicoterapeutas. Os psicólogos, que atuavam predominantemente na área experimental e com testes psicométricos, começaram a clinicar na década de 70, impulsionados pelas publicações de Carl Rogers (Shorter, 1997). As duas categorias profissionais respondiam por uma parcela importante da psicoterapia de pessoas neuróticas ou com problemas da vida cotidiana: os chamados YAVIS (sigla em inglês para jovens, atraentes, verbais, inteligentes e bem-sucedidos). A psicoterapia dos psicólogos e assistentes sociais, contudo, deixava os psiquiatras em posição marginal em um cenário em que suas receitas advinham do atendimento psicanalítico de pacientes neuróticos no consultório.

No mercado do consultório privado, os psiquiatras privilegiavam o tratamento de neuróticos ou de pessoas com problemas da vida cotidiana. A opção pelo consultório distanciou a especialidade dos pacientes gravemente enfermos e desinstitucionalizados nos anos 70 (Mayes e Horwitz, 2005). Os psiquiatras mantiveram-se alheios à clínica com pacientes psicóticos, predominantes entre os desinstitucionalizados (Shorter, 1997). Optaram pela expansão da definição do mal-estar, patologizando comportamentos e sintomas anteriormente compreendidos como normais.

Interessa-me, nesse processo, destacar que, no movimento de retorno ao modelo médico e disputa pelo monopólio de atribuições profissionais, os psiquiatras rejeitaram as tradições das clínicas psicossocial e psicanalítica adaptativa. Ao adotarem uma visão biológica, assumiram a farmacoterapia como tratamento prioritário, impulsionados pela descoberta dos psicofármacos (Healy, 1997).

Essa descoberta fortaleceu, na década de 70, a posição normativa da especialidade na prescrição farmacológica e na realização de pesquisas básicas e aplicadas. Os deslocamentos normativos da psiquiatria americana relacionaram-se

a motivações estratégicas de assegurar as rendas econômicas possibilitadas pelas empresas seguradoras de saúde e pela indústria farmacêutica no contexto americano. Isso se deu não somente em função de os psicofármacos terem efeitos positivos sobre alguns dos transtornos mentais, mas em grande medida porque permitiam tratamentos mais rápidos, portanto, mais adequados aos interesses das seguradoras de saúde (Healy, 1997, 2002; Rose, 2003).

A redefinição dos transtornos mentais em termos biológicos e a adoção da terapêutica farmacológica permitiram ainda que os psiquiatras tivessem acesso a financiamentos de pesquisa pela indústria farmacêutica. Rose (2003) chama a atenção para o viés produzido pela presença da indústria farmacêutica:

quando as empresas farmacêuticas respondem por grande parte do financiamento para pesquisa e desenvolvimento no setor de saúde americano, elas claramente têm poder considerável, não apenas para determinar o desenvolvimento de novos produtos, mas também para moldar os próprios estilos de pensamento que organizam as respostas para a saúde mental e para a doença mental (Rose, 2003, p. 51).

A remedicalização da psiquiatria nos Estados Unidos foi positivamente avaliada por psiquiatras de renome como Sabshin, diretor-médico da Associação Psiquiátrica Americana (APA) de 1974 a 1997, que atribuiu ao processo a capacidade de resgatar uma imagem pública positiva da psiquiatria, recuperar prestígio junto à classe médica e atrair médicos recém-formados (Sabshin, 1990). Nesse percurso, merece ser destacado que os psiquiatras rejeitaram a psicanálise, mas mantiveram a clientela que chegou à especialidade em busca de psicoterapia, passando a tratá-la com psicotrópicos.

4.1 A remedicalização da psiquiatria

Os anos 70 registraram, portanto, a retomada da vertente biológica na psiquiatria americana, como resposta à crise de legitimidade iniciada na década anterior (Decker, 2007). A psiquiatria foi reinsertada no campo médico, pressupondo que apenas o estudo experimental focado na biologia asseguraria a sobrevivência da especialidade (Guze, 1989, 1993).

Os idealizadores do movimento remedicalizante resgataram o ideário da corrente biológica de fins do século XIX, que buscou o fundamento orgânico dos

fenômenos mentais. Para tanto, retomaram especialmente as proposições de Kraepelin (1883, 1899/1902, 1904/1968, 1920/2009). Como já visto, esse psiquiatra alemão foi importante propulsor da pesquisa experimental. As posições teórico-clínicas de Kraepelin revelaram-se adequadas aos psiquiatras de matriz biológica da década 70, época em que a psiquiatria foi intensamente criticada em razão de baixa precisão diagnóstica e escassa formalização científica (Shorter, 1997).

A filiação às ideias de Kraepelin fez com que algumas lideranças intelectuais da psiquiatria ganhassem o apelido de neokraepelinianos (Klerman, 1978). No início dos anos 70, os chamados neokraepelinianos formavam um pequeno grupo, composto por Robins, Guze e Winokur, que trabalhavam na Washington University em St. Louis (Decker, 2007).

Com o tempo, o grupo migrou de uma posição marginal para a de definidor das novas diretrizes da psiquiatria americana (Healy, 1997). Klerman (1978), um dos psiquiatras que aderiu às ideias da chamada Escola de St. Louis, afirmou que o credo dos neokraepelinianos se orientava a partir dos seguintes enunciados:

1. A psiquiatria é um ramo da medicina.
2. A psiquiatria deve utilizar metodologias científicas modernas e basear sua prática no conhecimento científico.
3. A psiquiatria trata pessoas que estão enfermas e que requerem tratamento para doenças mentais.
4. Há uma fronteira entre o normal e o doente.
5. Há doenças mentais distintas. As doenças mentais não são mitos. Não há uma, mas muitas doenças mentais. É tarefa da psiquiatria científica, como uma especialidade médica, investigar suas causas, diagnóstico e tratamento.
6. Os médicos psiquiatras devem estar particularmente focados nos aspectos biológicos da doença mental.
7. Deve haver uma preocupação explícita e intencional com o diagnóstico e a classificação.
8. Os critérios diagnósticos devem ser codificados e deve existir uma área de pesquisas legítima e válida para autenticar tais critérios, por meio de técnicas diversas. Mais ainda, os departamentos de psiquiatria nas escolas médicas devem ensinar esses critérios e não depreciá-los, como tem sido o caso há muitos anos.
9. Técnicas estatísticas devem ser utilizadas nos processos investigativos dirigidos à melhoria da confiabilidade e da validade dos diagnósticos e da classificação (Klerman, 1978, p. 104-105).

Esses enunciados nortearam as ações dos neokraepelinianos e definiram o que deveria ser a psiquiatria dita científica a partir do final da década de 70. Revelam uma mudança em relação ao lugar da especialidade junto à medicina. Indicam uma nova forma de conceber e investigar os transtornos mentais, doravante entendidos como problemas de ordem cerebral. Ao privilegiar o estudo do cérebro, situam as preocupações relativas ao psiquismo, ao ambiente, à cultura em posição marginal. Como afirma Andreasen, proeminente psiquiatra e neurocientista, essa nova linha de pensamento “produziu uma sensação emocionante de que seria possível entender as causas das doenças mentais em termos de mecanismos biológicos básicos” (1984, p. 138).

A partir dos anos 80, a psiquiatria americana assumiu uma configuração abertamente fisicalista, amparada por pesquisas básicas e aplicadas nas áreas da genética, da farmacologia e das neurociências e de pesquisas de evidência clínica (Schwartz e Corcoran, 2010; Sabshin, 1990). Essa orientação fez com que a vertente alinhada ao modelo médico ganhasse a alcunha de psiquiatria biológica ou biopsiquiatria.

A psiquiatria biológica produziu um deslocamento no centro irradiador do conhecimento psiquiátrico da Europa para os Estados Unidos e orienta a investigação e a prática psiquiátrica internacional. A passagem para a posição de centralidade foi favorecida pela publicação do DSM III e pelos estudos sobre o cérebro e sobre os psicofármacos (Bezerra Jr., 2010).

Alicerçados em teorias fisicalistas, os psiquiatras biológicos concebem os transtornos mentais como doenças orgânicas originadas de uma falha na estrutura ou no funcionamento cerebral, por vezes resultante de processos genéticos subjacentes (Akil et al., 2010; Insel, 2009; Guze, 1993; Andreasen, 1984). Com o propósito de validar suas teses, a agenda de investigação tem sido centralizada na identificação dos mecanismos normais da fisiologia do cérebro a fim de descobrir como seus desvios levam ao aparecimento dos transtornos mentais. Nessa empreitada, os psiquiatras biológicos tentam obter êxito semelhante àquele alcançado com a neurosífilis, cuja etiologia e tratamento foram descobertos e levaram à quase erradicação da doença no Ocidente (Andreasen, 2001).

Em busca do ideal fisicalista, a agenda de pesquisa dos neokraepelinianos supõe que os transtornos mentais encontram sua causalidade no funcionamento dos circuitos neurais e no genoma. Os psiquiatras alinhados ao modelo biomédico procuram, assim, alcançar os “quatro estágios do progresso médico” na compreensão e terapêutica das doenças (Andreasen, 2001, p. 172). O primeiro estágio consiste em isolar uma determinada síndrome a partir da identificação de um grupo de sintomas que ocorrem conjuntamente. O segundo estágio é a identificação da fisiopatologia, ou seja, dos mecanismos que levam ao aparecimento da doença e, no caso das doenças crônicas, fazem-na progredir. O terceiro estágio é o desenvolvimento de um tratamento para reverter a fisiopatologia. O quarto relaciona-se à prevenção da doença e à criação de estratégias que evitem o surgimento da fisiopatologia.

Embora esses estágios pareçam formar uma progressão lógica, nem sempre a compreensão e a terapêutica ocorrem de modo sequencial. Algumas vezes, por exemplo, a invenção do medicamento antecede a evidenciação da fisiopatologia. Isso foi lugar comum na psiquiatria, com a descoberta acidental de neurolépticos, antidepressivos e ansiolíticos nos anos 50 e mesmo depois. Alguns medicamentos, como a clorpromazina e a fluoxetina, foram desenvolvidos a partir de variações moleculares de outros componentes, enquanto que outros foram descobertos por acaso, como o carbonato de lítio, a imipramina e os inibidores de monoamina oxidase (Hyman, 2013; Healy, 1997, 2002).

As descobertas inesperadas possibilitaram, ainda assim, o tratamento farmacológico na psiquiatria e puseram em marcha um novo campo de estudos, a psicofarmacologia. Até a consolidação do tratamento farmacológico os principais meios para tratamento psiquiátrico de pacientes psicóticos eram a insulinoaterapia, a eletroconvulsoterapia e a lobotomia, que sofriam severas críticas por seu caráter violento e por vezes mutilador. O advento dos psicofármacos criou, sem dúvida, uma nova linguagem biológica que reaproximou a psiquiatria da medicina (Healy, 1997).

A psicofarmacologia pretende desenvolver drogas inteligentes: medicamentos com efetividade específica e um mínimo de efeitos colaterais (Healy, 1997; Rose, 2003). A proposta é que esses medicamentos atuem diretamente sobre as causas dos transtornos mentais e não somente sobre o

sintoma. Hoje essa proposta obviamente ainda não é alcançável, uma vez que não se sabe o que ocasiona a patologia mental. Diante desse limite, o desenvolvimento de novos medicamentos tem sido residual desde os anos 80, quando foram criados os antidepressivos inibidores seletivos de recaptção de serotonina, como a fluoxetina, e os antipsicóticos atípicos (Hyman, 2013; Insel e Wang, 2010). Mesmo esses medicamentos – chamados de segunda geração – mostram-se pouco ou nada mais efetivos do que os primeiros antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos, desenvolvidos há 60 anos (Hyman, 2013). Segundo Hyman, os medicamentos de segunda geração avançaram em termos de segurança e tolerância, mas muito pouco no que diz respeito à eficácia.

As pesquisas nas áreas da genética, das neurociências e da farmacologia se propõem superar tamanho retardo pela revelação dos mecanismos biológicos dos transtornos mentais. Esse empreendimento, ao contrário do que esperavam os primeiros psiquiatras biológicos, tem se mostrado cada dia mais incerto, impondo dificuldades expressivas para alcance de resultados exitosos na inovação de medicamentos.

Hyman, ex-diretor do Instituto Nacional de Saúde Mental americano (NIMH), retrata os limites da pesquisa com psicofármacos:

A agenda científica da psiquiatria translacional – a aplicação de descobertas básicas em neurociência, genética, psicologia para compreender a doença e avançar a terapêutica – é desencorajadora. As bases moleculares e celulares dos transtornos psiquiátricos permanecem desconhecidas, há ampla desilusão com os modelos animais utilizados há décadas para prever a eficácia terapêutica, diagnósticos psiquiátricos parecem arbitrários e carecem de provas objetivas, e não há biomarcadores validados para julgar o sucesso dos ensaios clínicos (Hyman, 2013, p. 3)

Um resultado normativo dessa incapacidade da psiquiatria para estabelecer onexo causal entre alterações biológicas e quadros psiquiátricos foi a adoção da categoria classificatória “transtorno mental” e o abandono da designação “doença mental”. O termo “doença” é reservado aos quadros cuja etiologia orgânica é claramente determinada (OMS, 1993; Hyman, 2010).

O fracasso no mapeamento do funcionamento cerebral e da base genética dos transtornos mentais não levou, contudo, ao esvaziamento da agenda de investigação da biopsiquiatria. Pelo contrário, os psiquiatras biológicos têm

reforçado as investigações nas áreas da genética, das neurociências e da farmacologia para estabelecer a esperada correspondência entre tipos clínicos e processos cerebrais. A barreira epistêmica a tal empreendimento é que, à exceção da Doença de Huntington e do Mal de Alzheimer (doenças na interface com a neurologia), a pesquisa na biopsiquiatria não tem sido capaz de identificar quaisquer marcadores biológicos específicos para os transtornos mentais (Insel, 2013).

Os marcadores biológicos ou biomarcadores são, em geral, traços indicativos de um estado biológico. Podem ser células específicas, moléculas, genes, enzimas ou hormônios. Medidos por meio de exames laboratoriais, os marcadores informam acerca de processos biológicos normais e patogênicos e sobre respostas farmacológicas a intervenções terapêuticas.

Os biomarcadores são de diversos tipos: fisiológicos (funções de órgãos), físicos (alterações características em estruturas biológicas), histológicos (amostras de tecido obtidas por biopsia) e anatômicos. Na prática clínica da medicina em geral, ajudam a diagnosticar uma doença específica ou o risco de ocorrência de uma doença (Strimbu e Tavel, 2010). Na biopsiquiatria há inúmeras especulações inconsistentes a respeito dos biomarcadores, especialmente em relação à esquizofrenia, à depressão e ao autismo⁴, largamente observados nas últimas décadas (Insel, 2009). Nenhuma delas foi capaz de estabelecer relações de causa e efeito no que concerne à etiologia e à fisiopatologia dos transtornos mentais (Landman, 2013; Ansermet e Giacobino, 2012/2013; Gonon, 2011; Akil et al., 2010).

A despeito da falha na construção de nexos causais, as especulações vazias sobre os biomarcadores são amplamente acolhidas na imprensa em geral. Cotidianamente são publicados artigos em jornais e revistas e veiculados programas de rádio e televisão sobre os “achados” definitivos da psiquiatria biológica (Soares e Caponi, 2011; Saint Clair, 2013; Pimentel e Vaz, 2009).

Eis alguns exemplos ilustrativos encontrados na Revista *Veja* e no Jornal *Folha de São Paulo*, no biênio 2012 e 2013: *Cérebro: as Imagens que Revelam a*

⁴ Para uma leitura crítica sobre os estudos genéticos acerca do autismo, recomendo o livro “Autismo: a cada um seu genoma”, escrito pelo psicanalista François Ansermet e pela geneticista Ariane Giacobino, médicos e pesquisadores dos Hospitais Universitários de Genebra, na Suíça.

Origem Biológica do Pensamento e das Emoções e Vão Revolucionar o Tratamento das Doenças Mentais (Revista Veja, 2013), *Estudo Identifica 13 Alterações Genéticas Envolvidas na Esquizofrenia* (Revista Veja on line, 2013), *Pesquisas Aprofundam Conhecimento sobre as Causas Genéticas do Autismo* (Revista Veja on line, 2012), *Mutações Genéticas Elevam Risco de Autismo* (Folha de São Paulo on line, 2012).

Alguns veículos assumem posição predominantemente mais triunfalista na divulgação de uma mesma descoberta. Em abril de 2013, por exemplo, a mais prestigiosa revista científica, *The Lancet*, publicou o artigo *Identification of Risk Loci with Shared Effects on Five Major Psychiatric Disorders: a genome-wide analysis*, resultado de uma investigação desenvolvida pelo Consórcio de Psiquiatria Genômica, formado por pesquisadores e instituições de 19 países (Cross-Disorder Group of The Psychiatric Genomics Consortium, 2013), com resultados muito cautelosos na associação entre fatores genéticos e transtornos mentais. No Brasil, a *Folha de São Paulo* referiu-se aos mesmos resultados com uma matéria intitulada *Estudo Acha Riscos Genéticos Comuns A Transtornos Mentais* (Folha de São Paulo on line, 2013). Já na *Revista Veja* suprimiu-se a palavra “risco” e o título da matéria foi: *Identificados Fatores Genéticos Comuns A Cinco Doenças Psiquiátricas* (Revista Veja on line, 2013).

Nas matérias veicula-se a ideia de que há evidências científicas conclusivas sobre a determinação biológica dos transtornos mentais. Essa narrativa dissemina como senso comum que os fenômenos mentais têm causalidade comprovadamente orgânica.

A matéria intitulada *Estudo Mostra como Alterações Genéticas Podem Levar ao Autismo* (Revista Veja on line, 2012) é especialmente interessante para o debate sobre os marcadores biológicos e sobre a difusão da leitura fisicalista do psiquismo. O título leva a crer que alterações genéticas conduzem ao autismo e informa que um estudo recente descobriu como isso pode se dar.

De acordo com a matéria, já há algum tempo se sabia que um defeito no funcionamento de um único gene (PTEN) causa alterações cerebrais que podem levar ao comportamento típico dos indivíduos com autismo. Não se sabia, segundo a matéria, que tipo de alteração era essa.

O suposto achado produzido na pesquisa é que as mudanças nesse gene alteram o modo como os neurônios produzem energia e que disso derivam as mudanças comportamentais consideradas típicas do autismo, como “comportamento antissocial e repetitivo” (Revista Veja on line, 2012 [s/p]). A descoberta do mecanismo, afirma a matéria, permitirá desenvolver novos tratamentos, ou seja, novas drogas para tratar a condição. A conclusão é abusiva e aberrante pelo fato de que a pesquisa foi feita em *ratos*, o que é esclarecido somente na parte final da matéria.

Os pesquisadores foram capazes de alterar o funcionamento do gene PTEN e, em cerca de algumas semanas, os ratos começaram a evitar contato com outros animais e a limpar-se repetidamente, condutas que, segundo a matéria, são típicas do autismo. A hipótese da investigação foi em tese comprovada porque ratos que não tiveram alterações em seu gene não apresentaram nem os defeitos na mitocôndria, produtora de energia, nem as alterações comportamentais.

A matéria exemplifica a simplificação do entendimento dos transtornos mentais, no caso do autismo. Assume uma relação de causa e efeito não verificável experimentalmente em seres humanos, dado que não há relação causal simples entre bases genéticas e fenômenos clínicos no autismo (Ansermet e Giacobino, 2012/2013).

Embora as pesquisas com ratos sejam utilizadas, em especial, para investigar a incidência do meio na genética e no desenvolvimento animal, os debates no seio da própria psiquiatria biológica apresentam uma visão mais rigorosa do que a demonstrada na matéria (Weaver et al., 2004). Apontam as dificuldades da transposição, para os seres humanos, das descobertas feitas em experimentos com animais (Hyman, 2013, 2008; Miller, 2010).

O que causa espanto é que, na matéria, não há qualquer problematização acerca do caráter particular do ser humano na expressão do autismo, como se alterações de comportamento em homens e animais fossem a mesma coisa. Essa posição antropomorfiza os animais, atribuindo-lhes aspectos humanos, e sugere que ratos podem ter autismo. Ao mesmo tempo, desconsidera que um transtorno mental como o autismo se refira a uma resposta possível ao encontro de um *sujeito* com a linguagem (Laurent, 2014). O sujeito sai de cena e o autismo fica

reduzido ao efeito de uma alteração no nível celular, mitocondrial, em um exemplo notável de naturalização da mente.

O enfoque midiático parece refletir um reducionismo que é próprio à biomedicina, pois faz tábula rasa da distância entre o que efetivamente se conhece acerca dos marcadores biológicos e as conclusões abusivas extraídas em nome da ciência experimental. A proximidade entre a ciência e a mídia se relaciona à falta de profissionalismo dos jornalistas, mas conta com a colaboração dos cientistas na deformação da mensagem sobre suas descobertas (Gonon, 2011).

Os defensores da psiquiatria biológica mantêm crença e entusiasmo nos avanços da análise experimental e, incansavelmente, reafirmam a cientificidade de suas teses. A psiquiatria biológica pretende articular disciplinas diversas a fim de compor um retrato coerente da fisiopatologia dos transtornos mentais (Schwartz e Corcoran, 2010). Considera que a pesquisa genômica e as neurociências podem ajudar a redefinir “os transtornos da mente como transtornos do cérebro e, assim, transformar a prática da psiquiatria” (Insel e Wang, 2010, p. 1970; Akil et al., 2010).

Esse projeto científico visa integrar psiquiatria e neurologia em uma nova disciplina, chamada neurociência clínica (Insel e Quirion, 2005; Martin, 2002; Cowan e Kandel, 2001; Price et al., 2000). A neurociência pretende superar o dualismo corpo e mente e substituí-lo por uma visão monista, naturalizante e materialista da mente (Russo e Ponciano, 2002).

Ehrenberg (2004) mostra-se cético em relação a essas ambições, pois julga que a redefinição das fronteiras entre neurologia e psiquiatria não eliminará a tensão entre o sujeito cerebral e o sujeito falante, cerne do dualismo psiquiátrico. Essa tensão não é somente interna ao mundo da psiquiatria e da saúde mental, mas inerente à forma como a sociedade vê o homem.

Os psiquiatras de orientação biológica, por outro lado, acreditam que a redefinição dos transtornos da mente como transtornos do cérebro permitirá à psiquiatria suprimir os dilemas relativos à identificação entre o físico e o psíquico, garantindo, finalmente, um lugar inequívoco para a disciplina no campo médico.

A psiquiatria biológica segue, de modo irredutível, em direção à biologização da especialidade, a despeito de críticas internas, como a da pós-

psiquiatria (Bracken e Thomas, 2001; Matusevich e Pieczanski, 2012) e da psiquiatria crítica (Double, 2000; Thomas, 2013), e externas, da psicanálise, das ciências sociais, da filosofia, etc.

Em sua marcha em direção à biomedicina, também ignora as evidências e reflexões contemporâneas que inovam o campo das neurociências. Mantém uma aderência à visão monista fisicalista da mente, a despeito do questionamento dessa perspectiva.

Ansermet e Giacobino, por exemplo, chamam a atenção para a mudança de paradigma em curso no campo científico:

vemos desenvolver-se um duplo movimento na ciência, em duas vias contraditórias: de um lado, uma ciência que vai em direção ao todos iguais (...), correndo o risco de perder todo o acesso à clínica onde se encontra o inevitável encontro com a singularidade, de outro, uma ciência que isola a diferença e a unicidade (Ansermet e Giacobino, 2012/2013, p. 26).

A psiquiatria biológica, como é possível perceber, alinha-se ao primeiro grupo, ao privilegiar o determinismo biológico. Privilegia ainda o universal da doença em oposição aos arranjos particulares de cada sujeito na delicada articulação entre corpo e meio, corpo e linguagem ou, em termos lacanianos, entre gozo e significante. Nessa posição a psiquiatria confronta a psicanálise. Mais ainda, confronta a ciência de ponta que, conforme o próprio Ansermet (2012), tropeça de maneira radical na irreduzível questão da singularidade. Procurando escapar às incertezas da clínica, a psiquiatria desconhece as incertezas da própria ciência. Além disso, abole o sujeito. Considera o psiquismo como o duplo do cérebro, ou seja, que tudo o que se localiza como atividade cerebral vale, por decorrência, para o psiquismo (Miller, 2012).

Assim, o problema da psiquiatria biológica reside na identificação entre o sujeito e o seu cérebro, com a conseqüente ideia de que o entendimento do funcionamento cerebral é condição *suficiente* para explicar não só o adoecimento mental, mas o próprio psiquismo (Vidal, 2005; Ortega e Vidal, 2007). Essa visão é reducionista, pois implica em compreender os dilemas e as escolhas subjetivos exclusivamente à luz da biologia. Desconsidera que o sujeito é efeito de linguagem, portanto, heterônimo em relação à ordem natural.

4.2 A Disputa Territorial no Campo da Investigação Biomédica

O campo das neurociências é formado por um conjunto de disciplinas que têm em comum o estudo do sistema nervoso, em especial da estrutura e do funcionamento cerebral. Elas investigam diretamente o cérebro, procurando identificar déficits na anatomia e na fisiologia cerebral, além de alterações na comunicação e na química neuronal (Schwartz e Corcoran, 2010). Também examinam a cognição, com o fito de explorar a relação dos processos mentais superiores (sensação, percepção, atenção, memória, emoção, pensamento e linguagem) e do comportamento com o sistema nervoso (Andreasen, 1997).

Os exames de imagem estão entre os principais instrumentos no esquadramento da anatomia e da fisiologia cerebral. Atualmente os mais utilizados são a ressonância magnética (RM), a ressonância magnética funcional (RMf), a tomografia computadorizada (TC) e a tomografia por emissão de pósitrons (TEP). Com eles se procura identificar o tamanho e a forma das estruturas cerebrais e suas possíveis modificações – atrofia, danos, tumores –, além de visualizar a atividade cerebral no momento em que ela ocorre.

A proposta dos exames de imagem é conhecer a anatomia e a dinâmica cerebrais normais para analisar de que modo elas podem estar modificadas nos transtornos mentais (Cowan and Kandel, 2001). Os achados desses exames têm levado os pesquisadores da área a julgarem que os transtornos mentais estão mais ligados a alterações sutis no funcionamento cerebral do que a lesões anatômicas (Schwartz e Corcoran, 2010; Insel, 2009). Assim, as investigações sobre o cérebro têm sido conduzidas também no nível microscópico, relativo às células nervosas, ou seja, aos neurônios.

O funcionamento dos neurônios constitui um dos mais importantes eixos de pesquisa na psiquiatria biológica. A investigação das células nervosas busca descobrir de que modo ocorre a comunicação neuronal e como ela pode influenciar no desenvolvimento dos transtornos mentais. Por alguns anos, os estudos na área associaram esse tipo de patologia à desregulação dos neurotransmissores, substâncias químicas produzidas pelos neurônios e utilizadas para transmitir sinais entre as próprias células nervosas e delas com células não neuronais (Insel, 2009).

Os exemplos mais expressivos da associação entre patologia mental e neurotransmissores são as teses sobre o excesso de dopamina na esquizofrenia e o déficit de serotonina e de noradrenalina na depressão. Essas teses foram largamente defendidas no meio científico e massificadas junto ao público leigo, a exemplo do livro “O Homem Neuronal”, de Changeux (1983).

Ainda assim têm sido questionadas no âmbito da própria psiquiatria, como adverte Hyman (2013) ao afirmar que a melhora de um quadro clínico em função da ação de um fármaco sobre determinado neurotransmissor, por exemplo bloqueio de receptores de dopamina para tratar sintomas psicóticos, não significa que o problema de base seja a desregulação no neurotransmissor. Há ali uma associação, mas não uma relação de causa e efeito.

A referida associação tem se mostrado inconsistente frente à plasticidade cerebral e à complexidade do sistema de comunicação neuronal, que sofre alterações em seu desenvolvimento, anatomia, integração, dinâmica diante das experiências vividas pelo sujeito (Schwartz e Corcoran, 2010). Desse modo, o mapeamento da arquitetura cerebral revela-se mais árduo do que se pensava há algumas décadas, postergando a esperança de, em um futuro próximo, se descrever os transtornos psiquiátricos em termos neurológicos.

Gonon, importante neurobiólogo francês, mostra-se bastante cético acerca dos avanços da investigação neurocientífica. Afirma que “as pesquisas em neurociência não conduziram nem ao esclarecimento de marcadores biológicos para o diagnóstico de doenças psiquiátricas nem a novas classes de medicamentos psicotrópicos” (Gonon, 2011, p. 56). Contribui com esse ceticismo o fato de as várias disciplinas que integram o campo das neurociências não estarem unificadas em torno de um paradigma. Portanto, não há um único enquadramento teórico que possa dar conta dos dados produzidos de modo disperso e articulá-los com vistas à aplicação clínica imediata (Serpa Jr., 1998). Ainda assim, os estudos experimentais têm absoluto destaque na psiquiatria hoje. São fortemente incentivados, especialmente pelo Instituto Nacional de Saúde Mental americano. Espera-se que eles forneçam as bases das futuras classificações psiquiátricas e também dos psicofármacos a serem desenvolvidos.

A genética também tem sido utilizada para a identificação do substrato orgânico presente nos transtornos mentais e constitui a segunda grande fonte de pesquisas da psiquiatria biológica. A genética não estuda o cérebro propriamente dito, mas o genoma ou genótipo. O genoma é a informação hereditária de um organismo, contida no DNA. Ele difere do fenótipo, que é a expressão da interação entre informação hereditária e fatores ambientais. Os transtornos mentais, tais como conhecidos na psiquiatria, são fenótipos. Relacionar genótipos (bases genéticas) e fenótipos (quadros clínicos) é um dos objetivos da genética no campo psiquiátrico.

Os estudos na área da genética avançaram muito nas últimas décadas, especialmente com a descoberta do código genético nos anos de 1960 (Serpa Jr., 1998). Outro marco importante foi o Projeto Genoma Humano. Ele foi criado em 1990 e, ao longo de 15 anos, procurou identificar os genes responsáveis pelas características normais e patológicas do ser humano (USA, 2013). Com base em seus resultados, tem-se buscado os marcadores genéticos associados ao risco de doenças como diabetes, câncer, hipertensão, Alzheimer e o desenvolvimento de ações preventivas. Pretende-se criar vacinas que eliminem doenças infecciosas e parasitárias, como a tuberculose ou a AIDS, do DNA, e produzir medicamentos adequados ao perfil genético de cada paciente (Zatz, 2000). Trata-se do que Rose (2008) chamou de ideal da medicina individualizada ou personalizada genômica.

No âmbito da psiquiatria, espera-se que o mapeamento do genoma permita aferir o papel dos genes na etiologia dos transtornos mentais. Essa expectativa é antiga e remonta, guardadas as diferenças, às teorias sobre transmissão hereditária do século XIX. Articula-se também aos estudos populacionais realizados com famílias, com gêmeos e com pessoas adotadas realizados desde os anos de 1920, que visam distinguir a herança genética do ambiente familiar, analisando a contribuição de cada um deles no desenvolvimento de doenças como autismo, esquizofrenia, transtornos de humor (Shorter, 1997).

A psiquiatria biológica tenta, em vão, fazer a distinção entre a herança genética e o ambiente familiar, porque o aumento da frequência de determinada doença em uma família (agregação familiar) não pode ser atribuído unicamente à genética. É preciso levar em conta também os padrões culturais, afetivos, ambientais, etc., que podem ser transmitidos ou influenciar no desenvolvimento

de patologias mentais (Serpa Jr., 1998). Além disso, os estudos que atestaram alta hereditariedade não tiveram os dados replicados em novas pesquisas (Sadler et al., 2011). Relacionavam-se somente a uma pequena quantidade de casos e abordavam apenas os transtornos psiquiátricos mais graves: autismo, esquizofrenia, retardo mental e transtorno bipolar tipo 1 (Gonon, 2011).

Mesmo frente às dificuldades na produção de evidências válidas e confiáveis segundo o padrão da ciência experimental, a psiquiatria genética ou psiquiatria molecular genética mantém uma grande agenda de pesquisas. Essas pesquisas estão divididas em quatro áreas: a epidemiologia genética básica, a epidemiologia genética avançada, os métodos de identificação genética e a genética molecular (Kendler, 2005). As três primeiras utilizam métodos estatísticos e a última, o método biológico.

A psiquiatria genética também analisa se os transtornos mentais são geneticamente heterogêneos do ponto de vista clínico e do ponto de vista causal. Para isso investiga, por um lado, se um mesmo transtorno (ou uma mesma expressão clínica, um mesmo fenótipo) pode ser consequência de várias causas (genéticas e não genéticas) e, por outro, se uma mesma vulnerabilidade genética pode se expressar clinicamente sob diferentes formas (se uma mesma alteração genética pode se manifestar através de diferentes doenças ou fenótipos). Por fim, examina a natureza e o modo de ação dos fatores genéticos, além de procurar localizar os genes envolvidos nos transtornos mentais, as mutações genéticas específicas envolvidas em cada um deles e os efeitos dessas mutações.

A despeito da busca de evidências que separem herança genética e ambiente familiar, os achados do novíssimo campo da epigenética⁵ não trazem boas notícias para essa agenda, pois têm apontado a indissociação entre genoma e ambiente. Conforme esclarece Gonon (2011), a ação dos genes na atividade celular não depende somente da sequência do DNA. Essa ação é afetada pelo ambiente, que pode promover mudanças na atividade genética, com possível transmissão para gerações seguintes.

⁵ Epigenética (*epi* = acima, exterior) é o “estudo de mudanças na expressão genética ou no fenótipo celular causadas não por mudanças na sequência do DNA, mas por fatores ambientais, externos” (Bezerra Jr., 2013, p. 179). Esses fatores podem ser tóxicos, físicos ou relacionais.

Essas descobertas questionam a abordagem geneticamente determinista e insulada dos transtornos mentais, abrindo espaço para o debate acerca da interação entre o gene e a experiência no âmago da própria ciência. O mesmo ocorre com o fenômeno da plasticidade cerebral, que enfraquece a visão do cérebro como uma organização fixa e definida e mostra que a experiência do sujeito deixa marcas na função e na estrutura neural, fazendo de cada um alguém único (Ansermet, 2014).

As investigações genéticas recentes contrariam a tese de que os transtornos mentais são doenças monogênicas, ou seja, provocadas pela mutação de um único gene. Em seu lugar, tem-se percebido uma heterogeneidade multifatorial que duvida da relação linear de causa e efeito.

Segundo Ansermet e Giacobino,

De uma concepção monogênica das doenças genéticas, ligadas a mutações conhecidas e identificáveis, com os riscos de transmissão à geração seguinte matematicamente quantificável, chegamos à noção de predisposições genéticas, implicando muitos genes, onde o *incerto* ocupa todo o cenário. É assim que o determinismo genético começou a escapar do seu código. Novas evidências do papel do ambiente e da importância daquilo que não é constante, mas variável, polimorfo, indetectável questionam o determinismo genético como tal e, com ele, a noção de código (Ansermet e Giacobino, 2012/2013, p. 24, grifo meu).

A plasticidade cerebral, a genômica, a epigenética, portanto, revelam que a crença em um organismo apartado do psiquismo, da cultura, da sociedade não é sustentável. Para as investigações recentes, não há relação de externalidade entre indivíduo e meio; eles devem ser compreendidos em constantes e múltiplas relações, mesmo no nível molecular (Rose, 2013). Dessas descobertas decorre que, ao menos no que concerne aos transtornos mentais, torna-se cada dia mais claro que é impossível postular-lhes uma causalidade universal e biológica. As determinações genéticas existem, mas elas são sempre diferentes, múltiplas, próprias de cada caso, o que traz de volta o caráter único de cada indivíduo. Assim, no lugar da repetição do mesmo, pretendida pela genética e pela psiquiatria, encontra-se a produção do único e da diferença (Ansermet, 2012).

A radicalidade desses resultados talvez contribua para o dissenso na psiquiatria, conforme é possível constatar no debate entre os adeptos de uma compreensão mais abrangente (Portin et al., 2010) e aqueles que assumem uma visão reducionista (Akil et al., 2010). Ansermet e Giacobino (2012/2013)

fortalecem o polo de visão mais abrangente ao demonstrarem como as pesquisas recentes introduzem a questão da singularidade no âmago da ciência. Afirmam que, se não existe um mapa genético universal cuja codificação tenha validade para todos os autistas, é só no um a um que essa configuração genética será estabelecida.

Assim, é de modo inesperado que a questão do caso a caso se apresenta também na psiquiatria, a partir da genética e da plasticidade cerebral. Ao menos na psiquiatria genética, se começou a perceber que é preciso inventar um tratamento para o caso singular, posição sustentada até então somente pela psicanálise. Os autores argumentam que, ainda que não haja nenhuma medida em comum entre genética e psicanálise, a produção do único na ciência é uma novidade a ser valorizada.

Nas publicações científicas e principalmente nas dirigidas para o público leigo, entretanto, a prudência parece ceder lugar a teses mais simplistas, que pretendem anular as dimensões psíquica e cultural em favor da (neuro)biológica. Raras são as matérias de revistas e jornais de grande circulação que divulgam teses que questionam o determinismo e o reducionismo biológicos.

Uma exceção é a matéria *A Outra Face do Autismo* (Folha de São Paulo, 2014), que divulga pesquisa sobre a contribuição da herança genética ao desenvolvimento do autismo. A pesquisa “The Familial Risk of Autism” (Sandin et al., 2014) corrige estudos que estimaram a frequência de fatores hereditários no autismo em 90%. Para isso, utilizou como amostra todas as crianças nascidas vivas na Suécia entre 1982 e 2006, no chamado estudo de coorte longitudinal. O objetivo da investigação era fornecer estimativas de agregação familiar e hereditariedade dos transtornos do espectro autista. Os resultados da pesquisa ratificam as hipóteses de que há agregação familiar nos transtornos do espectro autista, ou seja, de que existe, em média, maior frequência da doença em familiares próximos de indivíduos doentes do que em familiares de indivíduos que não tenham a doença. Em contrapartida, os resultados também indicam que a:

Hereditariedade de transtornos do espectro autista foi estimada em 50%, sugerindo que fatores genéticos explicam metade do risco de autismo. Isso é consideravelmente menor do que os 90% [estimados] em estudos de gêmeos (Sandin et al., 2014, p. 1776).

Esses resultados representam um importante revés às teorias correntes na área. Ao atribuírem tamanha dominância de 90% aos fatores hereditários no desenvolvimento do autismo, essas teorias centram-se prioritariamente na investigação genética para definir as causas da patologia. Com os surpreendentes e contundentes resultados do novo estudo, estimo que se abra ainda mais a possibilidade de que fatores ambientais, incluindo-se aí o psiquismo, sejam considerados na etiologia e no desenvolvimento do autismo.

É preciso estar atento, contudo, para que o ambiente não seja incluído nos estudos apenas para criar um novo determinismo. Nesse caso, advertem Ansermet e Giacobino, a ausência de determinantes genéticos causais é aparentemente compensada por uma causalidade “vinda do exterior” (Ansermet e Giacobino, 2012/2013, p. 69).

4.3 O reducionismo e a disputa pelo monopólio científico

A exposição dos pressupostos e da agenda da psiquiatria biológica demonstra que seus seguidores esperam encontrar nas neurociências e na genética a explicação para os transtornos mentais, ainda que os fundamentos científicos sejam questionáveis. A posição irredutível da biopsiquiatria revela que a especialidade assume como valor a “teoria da natureza humana” segundo a qual a mente e as funções mentais são reduzíveis a operações cerebrais (Horwitz, 2002, p. 135). A partir dessa perspectiva, a psiquiatria biológica traz à cena a redução da experiência subjetiva a processos físico-químicos e a redução de considerações de cunho sociológico e psicanalítico a considerações biológicas.

De acordo com Nagel, o reducionismo é a ideia de que:

todas as coisas e processos complexos e variados e aparentemente díspares que observamos no mundo podem ser explicados em termos de princípios universais que regem os constituintes fundamentais comuns a partir dos quais, em muitas combinações diferentes, aqueles fenômenos diversos são realmente compostos (Nagel, 1998, p. 3).

Os reducionistas julgam ser possível explicar o todo a partir das partes. Assim, assumem uma visão hierárquica de objetos, fenômenos, teorias e significados, reduzindo o sistema complexo às suas partes individuais, mais

simples. O estudo do todo a partir de suas partes é um procedimento comum ao campo científico e costuma ser designado como reducionismo metodológico. Segundo Bezerra Jr. (2000), o reducionismo metodológico utiliza um vocabulário, uma rede de conceitos, por meio do qual o pesquisador configura uma determinada realidade, segundo certa perspectiva teórica, a fim de permitir uma análise dos fatos que ultrapasse a descrição imediata da experiência. O *reducionismo metodológico* pode assumir uma feição biológica, psicológica, psicanalítica, sociológica, etc. Na biologia, vem acompanhado da concepção de que os estudos experimentais devem se destinar à revelação das causas moleculares e bioquímicas do organismo (Brigant e Love, 2012).

Ehrenberg (2004) exemplifica esse tipo de reducionismo ao afirmar que os biólogos, em função de seu ofício, devem trabalhar com os seres humanos abordando-os a partir de seus corpos e, na neurobiologia, a partir de seu cérebro. Assim explica o autor: “o humano em biologia é um ser *segundo o corpo*, um ser que deve ser *metodologicamente* reduzido a ele (genes, aminoácidos, enzimas, áreas cerebrais, redes neuronais, neurotransmissores, sinapses, etc)” (Ehrenberg, 2004, p. 138, grifo do autor). Desse modo, é o rigor metodológico que exige dos biólogos a neutralização do social. Só assim podem testar experimentalmente suas hipóteses ou estabelecer correlações estatísticas. O mesmo se dá em outras disciplinas. Ehrenberg, contudo, afirma que as neurociências e a psiquiatria biológica têm se excedido na medida em que procuram estender as análises do *ser segundo o corpo* para a *totalidade do ser*, o que incluiria também as dimensões social e mental. O autor designa essa tentativa de explicar o todo exclusivamente a partir da parte de “cegueira conceitual” (Ehrenberg, 2004, p. 139), resultado possível de outros dois tipos de reducionismo, o ontológico e o epistêmico.

O *reducionismo ontológico* pressupõe que tudo o que existe no nível superior de complexidade decorre de eventos que se produzem no nível inferior (Serpa Jr., 1998), mais ainda, que os fenômenos do nível superior *não são nada além de* agregados de fenômenos do nível mais baixo (Sayer, 2005). Em biologia, a aplicação desse reducionismo leva a crer que cada sistema biológico particular (um organismo, por exemplo) é constituído por nada além de moléculas (ácidos nucleicos, polissacarídeos e polipeptídeos) e suas interações. No caso da

biopsiquiatria, as moléculas especialmente importantes são os ácidos nucleicos, mais especificamente o DNA, fonte básica da informação genética.

Em uma posição reducionista ontológica radical, entende-se que o material genético determina o funcionamento mental, o que inclui o adoecimento, mas também o comportamento, os dilemas e as escolhas individuais, como supõem aqueles que procuram pelos genes da homossexualidade. Assim, fenômenos que excedem a materialidade do corpo são situados em uma perspectiva fisicalista. Aqueles que adotam tal reducionismo desconsideram que esses fenômenos – que incluem o psiquismo – se apoiam no (dependem do) corpo biológico, mas não se reduzem a ele.

O *reducionismo epistêmico* veicula a tese de que o conhecimento de um determinado ramo científico (usualmente relativo a processos de nível mais elevado) pode ser reduzido ao conhecimento de outro ramo (em geral concernente a um nível mais baixo ou fundamental). Segundo Brigant e Love (2012), o reducionismo epistêmico pode ser operado por meio de dois modelos: a) *explanatório*, que investiga se aspectos de nível superior podem ser explicados por representações de nível inferior, b) *teórico*, que considera que uma teoria pode ser logicamente deduzida de outra teoria.

Esse tipo de reducionismo pode ocorrer dentro de uma única disciplina ou entre disciplinas que são próximas ou partilham um mesmo objeto. Serpa Jr. (1998) usa a biologia para exemplificar a primeira situação. Afirma que, de acordo com o reducionismo epistêmico do tipo explanatório, as observações feitas em outros ramos da biologia podem ser mais bem explicadas em termos moleculares. Na psiquiatria biológica, a aplicação desse tipo de reducionismo faz com que a mente (o psiquismo) seja concebida como o produto da atividade que ocorre nos níveis molecular, celular e anatômico do cérebro (Andreasen, 2001). O desdobramento lógico desse reducionismo é que os transtornos mentais sejam concebidos como transtornos cerebrais.

O segundo modo de redução epistêmica é a redução das explicações ou teorias de uma disciplina a outra. Ela é especialmente controversa porque envolve a disputa entre as diferentes disciplinas no campo científico. Para Sayer (2005), a questão do reducionismo, de saber se um tipo de visão de mundo pode ser

reduzida a (e, portanto, substituída por) outra sem perda, lança diferentes tipos de conhecimento em competição, seja pelo mesmo terreno ou sobre uma divisão adequada do território, do campo científico. Essa questão, diz o autor, convida as disciplinas para o debate, mas também para a concorrência e para o “imperialismo disciplinar” (Sayer, 2005, p. 4). O imperialismo, segundo o autor, é um reducionismo ao mesmo tempo expansionista e paroquial. Por um lado, ele reivindica cada vez maior alcance e visão para uma determinada disciplina, que se mantém dentro de seu restrito ponto de vista. Por outro, considera que essa disciplina é mais fundamental e/ou abrangente do que qualquer outra.

Esse imperialismo advém do fato de que as reduções não são realizadas somente como um modo de simplificar a complexidade do objeto, mas também para situar o que seus defensores creem ser as causas ou fontes, únicas e mais verdadeiras, da explicação. Em geral, o imperialismo disciplinar está relacionado a uma visão hierárquica das disciplinas científicas – ciências sociais e econômicas, psicologia, biologia, química e física –, onde as primeiras apresentam-se no nível superior e as últimas, no inferior (Elster, 1989/1998). A Teoria da Escolha Racional é um bom exemplo da redução epistêmica, pois tenta explicar o funcionamento social a partir das escolhas individuais (Sayer, 2005). Na psiquiatria, a Teoria da Degenerescência de Morel também representou uma tentativa de imputar aos indivíduos degenerados a responsabilidade pelos males da sociedade (pobreza, desemprego, etc.) em uma redução do social ao individual. Era o desregramento do indivíduo ou de sua linhagem familiar que explicava sua posição na sociedade e não as políticas ou injunções sociais. Em alguma medida, a redução do social ao indivíduo ainda ocorre, sendo um importante recurso da medicalização.

Sayer (2005) chama a atenção para o fato de que, particularmente entre as disciplinas que estão próximas ou fazem certa sobreposição de seus objetos, encontram-se não só a concorrência, mas aversões mútuas. A meu ver, situações desse tipo podem ser encontradas nas relações entre psiquiatria biológica e psicanálise⁶ e entre psicologia cognitivo-comportamental e psicanálise. Elas se

⁶ Embora haja uma discussão interna à psicanálise sobre a pertinência de declará-la uma ciência (Lacan, 1966 [1998]), proponho considerá-la, exclusivamente para efeito do debate sobre as disputas internas ao campo científico, como uma de suas disciplinas. De modo geral, adoto a

apresentam na desconsideração das teses e achados da psicanálise e mais ainda na sua desqualificação (Mlodinow, 2013; Torrey, 1992). Além disso, se evidenciam no imperialismo metodológico, onde uma disciplina procura avaliar a outra segundo seu tipo de raciocínio. A adoção do modelo experimental e dos protocolos na biopsiquiatria e sua exportação para o campo das psicoterapias, o que inclui a psicanálise, retrata tal imperialismo (Laurent, 2014, 2008, 2005; Miller e Milner, 2006). Integra uma postura no campo da ciência que pretende instaurar, como medida de toda prática científica, o padrão mais favorável às suas capacidades intelectuais e institucionais (Bourdieu, 1978/1983).

No próximo capítulo explicitarei como esse tipo de imperialismo disciplinar se apresenta também na definição e classificação do sofrimento psíquico.

A Medicalização do Mal-Estar: o caso do DSM

A crise da psiquiatria na década de 1970 foi o cenário propício para os psiquiatras defensores da abordagem biológica dos transtornos mentais travarem uma luta pelo monopólio da autoridade e da competência no campo psiquiátrico (Kutchins e Kirk, 1997). Isolados face à prevalência da psicanálise adaptativa nos Estados Unidos, esses psiquiatras vislumbraram na crise da psiquiatria influenciada pela psicologia do ego a oportunidade de assumir a condução da especialidade.

Esses psiquiatras atribuíam os problemas da especialidade à influência da vertente americana da psicanálise e sustentavam que a sobrevivência da psiquiatria dependia de seu alinhamento à biomedicina (Guze, 1989, 1993). Essa escolha respondia aos interesses de uma parcela dos psiquiatras, até então também apartados do poder decisório da Associação Psiquiátrica Americana (APA), do governo federal e das cátedras universitárias (Shorter, 1997). A ascensão do discurso biológico na psiquiatria americana conduziu à adoção dos psicofármacos como tratamento prioritário e à escolha das pesquisas experimentais como modo de explicação da patologia mental (Healy, 1997, 2002).

Segundo Andreasen (2007), adepta da psiquiatria biológica, a publicação da terceira revisão do manual diagnóstico da APA, em 1980, foi central no caminho da remodelização da psiquiatria americana. Essas mudanças estimularam a adoção de uma nova definição do transtorno mental, com a perspectiva de, no futuro, aprimorá-la com evidências biológicas. Nas palavras de Andreasen:

as mudanças que pareciam ser obviamente necessárias nos princípios e na prática da psiquiatria americana foram criadas pelo desenvolvimento e publicação de um novo DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, terceira revisão (DSM-III) (Andreasen, 2007, p. 110).

Neste capítulo analiso a formação das diversas versões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) por considerá-las fonte

crucial para a compreensão da construção do projeto normativo da psiquiatria biológica. A análise dessas versões oferece os enunciados que redefinem as fronteiras da normalidade na saúde mental e explicitam a estratégia de dominação da psiquiatria biológica

Entre as versões do DSM, a terceira constituiu importante suporte no realinhamento da psiquiatria americana à biomedicina (Healy, 1997; Shorter, 1997). Defendo que o padrão diagnóstico ali formalizado induziu um novo modo de entendimento do mal-estar psíquico, onde o contexto social é minimizado (Kawa e Giordano, 2012; Gaines, 1992) e o sujeito do inconsciente excluído (Laurent, 2014).

Discuto no final deste capítulo que o DSM nunca foi unânime na própria psiquiatria biológica porque suas categorias diagnósticas foram criadas com base no consenso de especialistas, metodologia que não responde ao padrão de produção de evidência definido pela medicina experimental.

Cabe esclarecer que o DSM não foi a primeira referência para classificar os transtornos mentais nos EUA. Ele foi precedido de cinco outras classificações. A primeira classificação foi desenvolvida por volta dos anos de 1840 e propunha apenas duas categorias diagnósticas, a insanidade e a idiotia. Em 1880 surgiu outra classificação, que listava sete categorias: mania, melancolia, monomania, parestia, demência, dipsomania e epilepsia (Bezerra Jr., 2014). Em 1918 a Associação Médico-Psicológica Americana publicou o Manual Estatístico para o Uso de Instituições de Loucos (Statistical Manual for the Use of Institutions of the Insane). O manual descreve quadros clínicos de pacientes internados em hospícios, local prioritário da prática psiquiátrica naquele momento (Healy, 1997). Foi referência para a especialidade até o advento da Segunda Guerra Mundial, que revelou quadros de transtorno mental, como as neuroses de guerra, não descritos na classificação americana. A existência desses quadros levou à criação de mais duas classificações psiquiátricas, uma desenvolvida pelas forças armadas (Armed Forces Nomenclature) e outra pelos veteranos de guerra (Veterans Administration Nomenclature).

A necessidade de um sistema classificatório abrangente e unificado levou à criação, em 1952, do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). O DSM I foi o primeiro manual oficial da Associação Psiquiátrica Americana (APA), tendo sido desenvolvido por uma geração de psiquiatras que começaram a clinicar durante a guerra, sem treinamento prévio no hospício.

A APA assumiu as ideias de Meyer (1951), segundo as quais os quadros psiquiátricos são predominantemente padrões de reação a eventos da vida, não doenças biologicamente determinadas. Assim, deu centralidade à noção de reação, indicando que transtornos como esquizofrenia, paranoia, depressão, ansiedade poderiam ser tipos de reação psicótica, neurótica ou comportamental aos desafios adaptativos da vida (APA, 1952).

O DSM I contempla 102 categorias diagnósticas divididas em dois grandes grupos de transtornos mentais. O primeiro é composto por transtornos causados ou associados ao comprometimento da função cerebral advinda de situações como intoxicações, traumas físicos, doenças fisiológicas. O segundo inclui transtornos de origem psicogênica ou sem causa física claramente definida ou mudança estrutural no cérebro (APA, 1952). Neste grupo, subdividido em psicoses e neuroses, situam-se os quadros resultantes de estressores socioambientais sobre o paciente e sua dificuldade de adaptar-se a eles.

A publicação do DSM I deslocou a abordagem biológica dos transtornos mentais, que vigorou na psiquiatria asilar americana no século XIX e início do século XX (Kutchins e Kirk, 1997). Esse deslocamento foi influenciado também pelas ideias de Menninger (1963), que discorda do diagnóstico descritivo e categorial que vigorou em grande parte da história da psiquiatria e advoga a favor de uma teoria psicossocial unificada da psicopatologia (Kawa e Giordano, 2012; Wilson, 1993).

A concepção psicossocial de Menninger considera que os diversos transtornos mentais são redutíveis a um único processo psicossocial: a falência do indivíduo em sofrimento para adaptar-se ao seu ambiente. Tal falência conduz a quadros neuróticos, *borderlines* ou psicóticos, contínuos entre si. Essa abordagem continuísta pressupõe que as doenças mentais são qualitativamente idênticas e que sua distinção advém da intensidade de resposta subjetiva aos fatores ambientais.

O psiquiatra considera ainda que a fronteira entre saúde e doença mental é fluida porque pessoas normais adoecem se expostas a traumas muito severos. Assim, entende que quase todos têm algum grau de doença mental e que, portanto, devem tratar-se para identificar o que há “por trás do sintoma” (Menninger, 1963, p. 325 *apud* Mayes and Horwitz, 2005).

Se o DSM I está sob a influência do enfoque psicossocial, o DSM II, publicado em 1968, reflete a prevalência da psicologia do ego. Essa prevalência se manifesta na exclusão do termo “reação” e no privilégio da categoria neurose (Gaines, 1992). No DSM II os transtornos mentais são separados em 10 grupos, incluindo retardo mental, transtornos de personalidade, distúrbios de comportamento na infância e adolescência.

A despeito das novas divisões e categoriais diagnósticas, o DSM II mantém a distinção clássica entre transtornos mentais orgânicos e não orgânicos, também presente no DSM I. As síndromes mentais orgânicas compõem o primeiro grupo, pois são associadas a prejuízos da função ou do tecido cerebral. No âmbito dessas síndromes encontram-se alguns casos de psicoses orgânicas, desencadeadas por condições físicas subjacentes. Há casos de psicose, no entanto, que não se encaixam no grupo das síndromes mentais orgânicas porque suas causas biológicas são desconhecidas. São as chamadas psicoses funcionais, cujos exemplos mais importantes são a esquizofrenia, a paranoia e os transtornos afetivos. As neuroses constituem o outro pólo dos transtornos mentais, pois sua origem é atribuída a questões de ordem psicológica.

A neurose é a categoria mais importante do DSM II (APA, 1968). Assume esse lugar porque é o objeto por excelência dos psiquiatras da época, dedicados à prática psicoterápica no consultório privado (Shorter, 1997; Healy, 2002). O DSM II acolheu as preferências desses profissionais ao aceitar a tese de que os sintomas têm natureza simbólica (Bezerra Jr., 2014) e são reflexos de condições psíquicas subjacentes, relativas à história de vida e experiência pessoais (Mayes e Horwitz, 2005; Gaines, 1992).

Essa tese, de inspiração psicanalítica, assumiu um contorno próprio nos Estados Unidos na medida em que obscureceu a distinção entre saúde e doença mental e favoreceu a medicalização de afetos e comportamentos. Isso se refletiu

na criação de dezenas de novas categorias diagnósticas, que passam de 102 do DSM I para 184 no DSM II.

De acordo com Grob (1987), a psiquiatria amparada no DSM II deixou de ser uma disciplina preocupada com a loucura para preocupar-se com a anormalidade. Conforme analisado no Capítulo 3, fato semelhante ocorreu com a difusão da teoria degenerescência de Morel (1857, 1860).

Paradoxalmente, a grande abrangência da intervenção da psiquiatria promovida pelo DSM II foi uma das responsáveis pela crise de legitimidade científica vivida pela especialidade nos Estados Unidos nos anos 70 (Mayes e Horwitz, 2005). Dentre as inúmeras críticas, uma chamava especialmente a atenção: a falta de transparência e de objetividade no diagnóstico e no tratamento. Segundo Horwitz (2002) e Healy (1997), naquele momento havia uma sensação de que os psiquiatras davam pouca atenção à questão diagnóstica. Pesquisas internacionais concluíram que psiquiatras americanos diagnosticavam mais doenças mentais do que psiquiatras do restante do mundo, que não faziam avaliações clínicas sistemáticas, e que os diagnósticos não eram confiáveis (Andreasen, 2007).

Ademais, a publicação da pesquisa de Rosenham (1973) produziu outro abalo na confiança dos americanos no diagnóstico psiquiátrico: oito pesquisadores, considerados mentalmente saudáveis, *simularam* alucinações auditivas a fim de serem avaliados por plantonistas de hospitais psiquiátricos. Todos relataram vozes, difusas e desconhecidas, que diziam as palavras “vazio”, “oco” ou “baque”. Mediante o falso relato dos pesquisadores, sete deles foram internados com diagnóstico de esquizofrenia e um, com diagnóstico de depressão psicótica. Após a internação, os falsos pacientes afirmaram que o sintoma tinha cessado e passaram a agir normalmente. Relataram histórias reais da própria vida, rejeitaram a medicação e fizeram anotações sobre o cotidiano hospitalar.

Durante a experiência, nenhum falso paciente foi descoberto pelos psiquiatras e pelos demais profissionais de saúde. Os internados foram os únicos a estranhar os pesquisadores, a ponto de considerá-los repórteres ou professores que avaliavam o hospital. Os pseudo-pacientes tiveram alta entre 7 e 52 dias após a admissão, com tempo médio de internação de 19 dias. A experiência demonstrou

a falha na capacidade dos psiquiatras de distinguir pessoas sãs de doentes mentais (Rosenham, 1973).

Na década de 70, outro evento igualmente marcante foi a mobilização de ativistas *gays* pela retirada da homossexualidade do rol dos transtornos mentais. A homossexualidade foi incluída como transtorno mental no DSM I e mantida no DSM II. A patologização da homossexualidade era um exemplo da dificuldade de definir adequadamente as fronteiras dos transtornos mentais (Healy, 1997).

As críticas internas e externas à psiquiatria do DSM II abriram espaço para os defensores da abordagem biológica dos transtornos mentais, há décadas relegados a uma posição secundária. Os psiquiatras biológicos argumentavam que o alinhamento da psiquiatria à psicanálise afetava a legitimidade do DSM II e a própria especialidade (Sabshin, 1990; Kandel, 1998; Andreasen, 2007).

Afirmavam que a fragilidade do DSM II devia-se à atenção à dinâmica psíquica, à adoção da hipótese continuista e à ausência de parâmetros objetivos. Para os psiquiatras biológicos, essas inconsistências geravam discrepâncias na identificação da patologia apresentada pelos indivíduos e impediam que médicos de outras especialidades pudessem fazer uso do DSM II. Os médicos que não eram psiquiatras não conheciam a teoria psicanalítica e estavam habituados ao modelo diagnóstico categorial, dominante na medicina.

Essas limitações seriam, segundo os críticos do DSM II, ainda mais graves com o advento da nova farmacoterapia: a promessa de que uma nova geração de drogas psiquiátricas corrigiria distúrbios cada vez mais específicos elevou o valor sobre o diagnóstico correto (Healy, 1997).

Em paralelo à crise de legitimidade da psiquiatria do DSM II, psiquiatras da corrente biológica da Washington University desenvolveram novas premissas para a psiquiatria. Os psiquiatras denominados neokraepelinianos advogaram que a psiquiatria era um ramo da medicina e que os psiquiatras deveriam focar-se nos aspectos biológicos dos transtornos mentais. Em relação ao diagnóstico psiquiátrico, sustentaram que: a) as doenças mentais existem; b) há fronteiras claras entre as pessoas normais e as mentalmente doentes; c) a psiquiatria trata pessoas que estão enfermas e que requerem tratamento para doenças mentais.

Afirmaram que os psiquiatras deveriam ter preocupação explícita com o diagnóstico e a classificação. Para isso, deveriam utilizar técnicas estatísticas que aprimossem a confiabilidade e a validade diagnóstica (Klerman, 1978). Confiabilidade e validade seriam, portanto, os critérios fundamentais para aferir a qualidade diagnóstica. A confiabilidade (ou fidedignidade) descreve a escala de concordância obtida nos diagnósticos realizados por psiquiatras de diferentes orientações teóricas e de ambientes culturais diversos para o mesmo conjunto de sintomas (Pereira, 1999). A validade (ou acurácia) informa se os parâmetros adotados são apropriados, ou seja, se medem ou analisam corretamente o objeto de pesquisa (Kutchins e Kirk, 1997). A validade é dependente do modo pelo qual o objeto é definido.

5.1 A proliferação diagnóstica no DSM III

O criticismo ao DSM II conduziu à criação do DSM III em 1980. A terceira versão foi desenvolvida por um grupo de psiquiatras biológicos chefiados por Spitzer, pesquisador da Universidade de Columbia. Spitzer foi indicado para o cargo pela direção da APA após ter mediado os debates em torno da homossexualidade e auxiliado na sua remoção da lista de transtornos mentais (Kutchins e Kirk, 1997).

O DSM III teve como objetivos aprimorar a comunicação entre os psiquiatras clínicos, fornecer diagnósticos fidedignos que fossem úteis na pesquisa, melhorar o ensino, realinhar a psiquiatria americana com o restante do mundo e elaborar uma classificação compatível com a CID 9 (Andreasen, 2007).

Spitzer comungava com os neokraepelinianos da Washington University as críticas à influência da psicologia do ego sobre a psiquiatria e a ideia de que era preciso realinhar a especialidade à medicina (Healy, 1997). Assim, desde o início sustenta a proposta de ruptura com o DSM I e DSM II, distanciando a psiquiatria do entendimento psicanalítico dos transtornos mentais (Kutchins e Kirk, 1997; Gaines, 1992).

A equipe chefiada por Spitzer desejava que o DSM III facilitasse a investigação e a divulgação da pesquisa clínica e epidemiológica, permitindo que elas fossem realizadas em grupos estatisticamente equiparáveis. Para isso adotou

um modelo médico fundado em critérios diagnósticos que pudessem ser adaptados à linguagem computacional (Orr, 2010).

A criação do DSM III foi, como disse Healy (1997), o cavalo de Troia pelo qual os psiquiatras biológicos entraram na cidadela dos psicanalistas americanos. O sucesso do DSM III, contudo, excedeu em muito a questão da disputa no campo psiquiátrico no solo dos Estados Unidos ao redefinir mundialmente os transtornos mentais e o modo como são identificados, diagnosticados e tratados (Mayes e Horwitz, 2005).

A força-tarefa responsável pelo DSM III suprimiu qualquer critério, conceito ou explicação diagnóstica que remetesse à psicanálise, ainda que na versão adaptativa americana. O exemplo mais contundente da mudança na orientação teórica do DSM III foi a exclusão do termo “neurose”, claramente referido à psicanálise desde que Freud atribuiu um caráter psíquico à patologia (Freud, 1893-1895, 1894). A força-tarefa que elaborou o DSM III considerava que o termo “neurose” não tinha base empírica e não podia ser utilizado para distinguir diferentes transtornos mentais, pois todos têm conflitos psicológicos (Mayes e Horwitz, 2005).

Assim, a nova versão do manual classificatório redefiniu os transtornos anteriormente ligados à neurose. Atribuiu-lhes novos nomes e parâmetros diagnósticos, suprimindo qualquer referência à origem psíquica. A neurose obsessiva, por exemplo, classificada no DSM II dentre o grande grupo das Neuroses, passou a ser designada como “transtorno obsessivo compulsivo” (ou “neurose obsessiva compulsiva”) dentro do item Transtornos de Ansiedade (APA, 1980, p. 31).

A redefinição dos transtornos até então ligados à neurose respondeu, ainda, a outra diretriz central do novo manual classificatório: a inclusão arbitrária e interessada de novas categorias diagnósticas. De acordo com Kutchins e Kirk (1997), “a força tarefa do DSM III estava disposta a incluir muitas categorias diagnósticas novas. (...) A intenção era abraçar o maior número de quadros comumente vistos pelos psiquiatras clínicos” (p. 43). O novo manual deveria refletir a variedade desses quadros e, fundamentalmente, ampliar a possibilidade de reembolso médico!

O movimento de fragmentação da categoria neurose e apagamento de sua base psíquica também pode ser identificado no destino dado ao diagnóstico de histeria no DSM III, apresentado no quadro abaixo. Nas duas primeiras versões do manual classificatório americano, a histeria constitui um quadro neurótico, sendo subdividida em tipo conversivo e tipo dissociativo. No DSM III desaparece a ideia de que conversão e dissociação são modos de apresentação da histeria. Assim, elas são separadas da histeria, que é suprimida como categoria diagnóstica. Tornam-se transtornos independentes: transtorno somatoforme e transtorno dissociativo. No primeiro grupo são incluídos os transtornos somatoformes, os transtornos de dor psicogênica, a hipocondria e os transtornos de conversão. Atribui-se somente ao último transtorno a relação com a neurose histérica, levando a crer que as demais categorias são distúrbios independentes da histeria e entre si.

O segundo grupo, dos transtornos dissociativos, é dividido em amnésia psicogênica, fuga psicogênica, múltipla personalidade, transtorno de despersonalização (neurose de despersonalização) e transtorno dissociativo atípico. Esse grupo recebe também o nome de neurose histérica tipo dissociativo, em uma referência à classificação feita no DSM II. A menção ao termo “neurose”, encontrada nos dois grupos, é retirada no DSM III-R, gerando a crença de que os transtornos somatoformes e os transtornos dissociativos não têm relação com a histeria, portanto, com a neurose.

Quadro 1. Diagnóstico de histeria – comparação DSM I, DSM II, DSM III e DSM III-R

DSM I e II	DSM III	DSM III-R
Neurose histérica tipo conversivo	Transtornos somatoformes: Transtorno de somatização Transtorno de conversão (neurose histérica tipo conversivo) Transtorno de dor psicogênica Hipocondria Transtorno somatoforme atípico	Transtornos somatoformes: Transtorno de somatização Transtorno de conversão Transtorno de dor psicogênica Hipocondria Transtorno somatoforme atípico
Neurose histérica tipo dissociativo	Transtornos dissociativos (neurose histérica tipo dissociativo): Amnésia psicogênica Fuga psicogênica Múltipla personalidade Transtorno de despersonalização (neurose de despersonalização) Transtorno dissociativo atípico	Transtornos dissociativos: Amnésia psicogênica Fuga psicogênica Múltipla personalidade Transtorno de despersonalização Transtorno dissociativo atípico

Fonte: American Psychiatric Association (1968, 1980, 1987).

Com a publicação do DSM III, a psiquiatria americana abandonou a distinção entre neurose e psicose, clássica na psicanálise e na própria psiquiatria. Esse abandono conduziu à proliferação diagnóstica e permitiu que os psiquiatras definissem como doença todo tipo de comportamento considerado idiossincrático, ampliando o escopo dos transtornos mentais.

Laurent (2013) chama atenção que o dismantelamento dos grandes quadros da psicopatologia e sua redução a itens “simples, empíricos, claramente observáveis sem equívocos” foi, em si, inflacionista. Para ele,

o transtorno, servindo-se de seu empirismo como insígnia para poder dispensar qualquer hipótese teórica, revelando apenas o fundamento biológico a ser descoberto algum dia, tornou-se a *moeda epidemiológica comum, sem governança* (Laurent, 2013, [s/p], grifo do autor)

Na esteira da exclusão da perspectiva psicanalítica, a referida força-tarefa declarou que o DSM III seria ateuórico e descritivo, excluindo qualquer abordagem etiológica. Cabe chamar a atenção que essa argumentação reconhecia implicitamente o limite epistemológico da explicação biológica, porém evitou problematizá-lo. A força-tarefa apenas informou que a exclusão das considerações etiológicas relacionava-se ao fato de que grande parte dos transtornos mentais tinha causa desconhecida (APA, 1980).

A força-tarefa argumentou, em favor do DSM III, que psiquiatras de orientações teóricas diversas podiam chegar a diagnósticos comuns exclusivamente pela observação dos sintomas (APA, 1980). Isso significou abandonar o modelo freudiano de classificação, baseado no modo de defesa do sujeito. Assim, a força-tarefa privilegiou os aspectos descritivos dos transtornos mentais, definindo-os a partir de suas características observáveis (sintomas).

Vale lembrar que a elaboração de diagnósticos médicos com base na observação de sintomas é pré-moderna, sendo um atributo da medicina classificatória do século XVII e da primeira metade do século XVIII (Foucault, 1963/1977). Desde o desenvolvimento da anatomoclínica e da bacteriologia, a medicina moderna rompeu com o padrão descritivo ao estabelecer a etiologia e a fisiopatologia como o padrão-ouro da classificação (Hyman, 2010).

Como assinalei no capítulo anterior, a psiquiatria não tem sido capaz de adaptar-se à racionalidade da etiologia e da fisiopatologia. Na elaboração do DSM III, as lideranças americanas da especialidade se depararam com esse limite epistemológico, pois não dispunham de marcadores biológicos que embasassem a classificação pretendida. Em vez disso, adotaram a classificação sintomatológica, evitando também a definição com base em aspectos psíquicos ou psicossociais. Sendo assim, o esforço de construção do DSM III abandonou desde o início qualquer tentativa de criar uma classificação baseada em parâmetros experimentais. Restou a classificação por consenso, onde a definição e os critérios diagnósticos são construídos pela decisão de especialistas (Kutchins e Kirk, 1997). O consenso de especialistas, com base na evidência estatística, ocupou o lugar anteriormente destinado aos debates sobre a causalidade psíquica (Leguil, 2007).

Apesar da adoção de critérios descritivos, sintomatológicos e definidos por consenso – e não pela presença de marcadores biológicos –, os participantes da força-tarefa propalaram que o DSM III guardava maior filiação à biomedicina (Sabshin, 1990; Klerman et al., 1984). Adotaram o modelo categorial e defenderam que a nova classificação estava fundada em critérios claros, acessíveis à observação e estatisticamente mensuráveis. No modelo categorial, uma doença, transtorno ou fator de risco pode ser qualitativamente separado do bem-estar e também de outras doenças e transtornos (Hyman, 2010). Na prática, a opção por esse modelo significou a retomada das teses kraepelinianas segundo as quais os transtornos mentais são compreendidos como entidades clínicas discretas¹, com contornos e fronteiras bem demarcados entre si e em relação à normalidade (Kawa e Giordano, 2012).

O estabelecimento dessas fronteiras é dado no DSM III pela criação de critérios operacionais: descrições precisas e pormenorizadas das perturbações mentais. Os critérios definem características de inclusão e de exclusão e detalham o número e duração dos sintomas necessários para cada categoria diagnóstica (APA, 1980). Baseiam-se em sintomas manifestos e são construídos a partir de

¹ A palavra inglesa *discrete* pode ser traduzida como discreto, distinto, descontínuo. Optamos por fazer uma tradução literal para preservar o conceito tradicionalmente utilizado na epidemiologia e na estatística, referência para a chamada psiquiatria científica. No sentido epidemiológico ou estatístico, uma variável discreta se opõe a outra, contínua.

um consenso de especialistas, testado em ensaios de campo (APA, 1980). Assim, no DSM III a definição de um diagnóstico ocorre por meio da correspondência entre o quadro clínico apresentado pelo paciente e os critérios de determinada categoria classificatória. Isso representa uma mudança substantiva em relação ao DSM II, onde não havia uma lista de critérios diagnósticos (*check list*) a serem preenchidos, mas uma definição abrangente do transtorno, que incluía uma discussão sobre a etiologia.

Outra mudança substantiva do DSM III é a adoção do diagnóstico multiaxial com o objetivo de incluir elementos médicos e psicossociais na avaliação clínica. No eixo 1 são incluídos os transtornos psiquiátricos (incluindo transtornos do desenvolvimento e aprendizado) e no eixo 2, os transtornos de personalidade, os transtornos invasivos do desenvolvimento e o retardo mental.

O eixo 3 assinala a existência de condições médicas agudas ou doenças físicas relevantes para os quadros psiquiátricos. Esse eixo foi resultado da supressão da distinção clássica entre transtornos mentais orgânicos e não orgânicos que referi anteriormente. A APA sustenta que a manutenção da referência a transtornos mentais orgânicos daria a impressão de que havia transtornos mentais sem base orgânica, tese inadequada para psiquiatras biológicos.

O eixo 4 indica a possibilidade de que fatores ambientais ou psicossociais contribuam para os transtornos. O eixo 5 é composto de uma avaliação funcional global ou uma escala de avaliação global para crianças e jovens até 18 anos, que pontua o grau de funcionamento psicológico, social e laboral do paciente, bem como o prejuízo produzido pela patologia (APA, 1980).

A partir do exposto, é possível afirmar que o DSM III suprimiu a classificação baseada na etiologia, atendo-se à descrição e catalogação de sintomas; expurgou a influência da psicanálise e da abordagem psicossocial no entendimento dos transtornos mentais; aboliu a distinção entre neurose e psicose como eixo da classificação psiquiátrica; e abandonou a divisão entre quadros orgânicos e não orgânicos, considerando que todos os transtornos têm causalidade biológica. Teve como princípio-guia a ampliação de categorias diagnósticas, especialmente aquelas que anteriormente eram designadas como neuroses.

Se as versões do DSM I e II foram pequenos livros com códigos de doenças destinados ao uso administrativo de psiquiatras, a partir dos anos 80 o DSM III tornou-se a “bíblia da psiquiatria” (Kutchins e Kirk, 1997, p. 10). O DSM III transformou-se em repositório do conhecimento dos transtornos mentais, um documento de pretensões científicas que serviu de referência normativa para a clínica, a pesquisa e o ensino em psiquiatria.

Nesse e Stein (2012), defensores da remedicalização da psiquiatria, avaliam que a publicação do DSM III levou ao aumento da confiabilidade diagnóstica e da comunicação profissional, permitiu a comparabilidade e a reprodutibilidade de estudos, favoreceu a criação de escalas como instrumentos padronizados de diagnóstico e fortaleceu o desenvolvimento no campo da epidemiologia. Esses resultados produziram o alinhamento de psiquiatras clínicos e pesquisadores, seguradoras de saúde, governo americano e indústria farmacêutica, todos interessados na padronização de parâmetros diagnósticos para definição e tratamento dos transtornos mentais.

Mayes e Horwitz (2005) afirmam criticamente que a equiparação entre sintomas e patologias silenciou as restrições dos anos 70 sobre a falta de objetividade diagnóstica; estabeleceu parâmetros para o reembolso dos terceiros pagadores; permitiu ao governo norte-americano obter dados que amparassem as políticas de saúde mental e de financiamento de pesquisa. Ademais, forneceu à indústria farmacêutica um grupo de transtornos para onde direcionar a pesquisa de novos medicamentos.

O DSM III foi rapidamente adotado pelos psiquiatras e pelos setores envolvidos com a questão dos transtornos mentais, difundindo o vocabulário diagnóstico no meio médico e também na sociedade. O sucesso do manual nos Estados Unidos levou à sua internacionalização e alguns de seus aspectos básicos foram incluídos na CID 10, publicada em 1992. Esse sucesso, em conjunto com a promessa de descobertas nos campos das neurociências, genética e farmacologia, alçou a psiquiatria americana à condição de referência para o mundo (Healy, 1997).

A publicação do DSM III foi seguida de uma revisão, o DSM III-R, publicada em 1987. Em 1992 foi lançado o DSM IV e em 2000, o DSM IV TR. A

versão mais recente do manual, o DSM 5, data de maio de 2013. Todas as versões adotaram o mesmo referencial teórico e metodológico do DSM III e não fizeram mudanças substantivas, à exceção da supressão do diagnóstico multiaxial e da inclusão da classificação dimensional no DSM 5.

Os trabalhos para elaboração do DSM 5 tiveram início em 1999, antes mesmo da publicação do DSM IV TR (APA, 2014). Na época foi realizada uma conferência para estabelecimento de uma agenda de pesquisas e em 2002 foram criados os grupos de trabalho. Havia uma preocupação importante de aproximar o DSM 5 das investigações dos campos das neurociências e da genética, aprimorando a base científica da nosologia americana e ligando ainda mais a psiquiatria à medicina².

A expectativa de construção de uma classificação fundamentada em grande parte na pesquisa empírica não foi igualmente alcançada. A inovação mais marcante do DSM 5 foi a adoção do modelo classificatório dimensional. De acordo com Laia (2011), o modelo classificatório dimensional respondeu aos questionamentos sobre a existência de fronteiras claras entre os transtornos mentais. Havia muita dúvida sobre a ideia de que esses transtornos eram entidades clínicas, doenças específicas e claramente distintas. Essa ideia fora adotada pelos neokraepelinianos e constituiu um dos fundamentos do modelo diagnóstico categorial no DSM III. O modelo do DSM III entrou em declínio no final do século XX frente à percepção de que havia zonas de interpenetração entre alguns transtornos e deles com a normalidade.

O diagnóstico categorial induzia a um alto índice de comorbidades e de diagnósticos sem outra especificação (SOE), não respondendo satisfatoriamente à sobreposição de sintomas relativamente comuns na psiquiatria. Além disso, mostrou-se insensível à sintomatologia subliminar e à heterogeneidade de sintomas no interior das categorias diagnósticas. Por fim, o modelo categorial de classificação parecia em desacordo com os achados das neurociências e da genética, que não seguem as mesmas fronteiras da classificação sintomatológica.

Para a elaboração do DSM 5, a APA adotou, então, uma classificação mista: categorial-dimensional. Manteve as categorias diagnósticas, adequadas às

² A opção pelo número cardinal (5) no lugar do algarismo romano (V) teve por finalidade marcar essa orientação.

comunicações clínicas, científicas e também aos planos de saúde e às ações político-governamentais. Porém incluiu a perspectiva dimensional, onde há uma graduação quantitativa de vários fatores comuns que atravessam os diversos transtornos mentais e que permitem a classificação sem os limites rígidos das categorias.

O DSM 5 transporta para a psiquiatria modelo classificatório semelhante ao de algumas doenças orgânicas, onde a definição diagnóstica ocorre em função de graus e quantidades, como no caso das patologias derivadas de alteração da pressão sanguínea ou do colesterol (Laia, 2011).

Ao citar a depressão, Dalgarrondo (2000) oferece um bom exemplo do modelo dimensional. Nele, o transtorno poderia variar segundo uma atribuição de gravidade: depressão grave, depressão bipolar, depressão moderada, distímia, personalidade depressiva e depressão subclínica.

Apesar de procurar solucionar problemas do modelo categorial, o modelo dimensional não altera a lógica que organiza o DSM 5: empiricista, descritiva, sem sujeito. Nesse sentido, a assunção de que não existem fronteiras claras entre transtornos e normalidade amplia imensamente o risco da medicalização.

É preciso, portanto, acompanhar a implementação do DSM 5 para analisar seus efeitos porque, além do rebaixamento do limiar diagnóstico em inúmeras categorias, foram criados diagnósticos cuja “sintomatologia” é comum na população. Um exemplo é o transtorno de acumulação, definido como acúmulo de coisas, comida ou lixo e incapacidade de se desfazer deles (APA, 2013). Até o DSM IV a acumulação era um dos critérios para o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). No DSM 5, foi isolada e considerada um transtorno mental, seguindo a tendência inaugurada no DSM III de criar novas categorias a partir da subdivisão das anteriores.

Acirram-se a inflação diagnóstica e a medicalização. A tabela 1 ilustra a referida proliferação diagnóstica. É possível perceber o crescimento do número de páginas do DSM, advinda da incorporação de informações sobre prevalência, idade, sexo, características diferenciais e comorbidade.

Tabela 1: DSM Número de Categorias Diagnósticas e Número de Páginas, 1952-2013

Versão	Ano	Nº de categorias diagnósticas	Nº de páginas
I	1952	106	130
II	1968	182	134
III	1980	265	494
III R	1987	292	567
IV	1994	297	886
IV TR	2000	374	915
5	2013	446*	991

Fonte: American Psychiatric Association (1952, 1968, 1980, 1987, 1994, 2000, 2013).

* Não foi possível encontrar referência ao número de categorias diagnósticas do DSM 5 em artigos nacionais e internacionais. Para chegar ao número relatado aqui, foi feita a contagem das categorias listadas no referido manual classificatório.

Os efeitos normativos do DSM têm sido permanentes e controversos. Quero destacar que parte do *mainstream* do campo psiquiátrico tem sustentado críticas severas ao manual classificatório sob a alegação de falta de cientificidade. O principal argumento crítico ao DSM 5 concentra-se na falta de evidências etiopatogênicas, anatômicas ou fisiopatológicas. Para autores como Insel, diretor do NIMH, o estabelecimento de categorias diagnósticas com base na sintomatologia e no consenso de especialistas é inaceitável, sendo urgente que a psiquiatria perceba que “não pode ter sucesso ao utilizar as categorias do DSM como padrão-ouro” (Insel, 2013, s/p.). As categorias deveriam fundamentar-se em achados laboratoriais e medidas neurobiológicas, não em comportamentos observáveis.

O diretor do NIMH censura o DSM 5 ao declarar que, no restante da medicina, o diagnóstico baseado em sintomas foi amplamente substituído em meados do século XX. Isso ocorreu à medida que se entendeu que “a atenção exclusiva aos sintomas raramente conduz à melhor escolha de tratamento” (Insel, 2013, s/p). Com essa censura, a intenção de Insel e de outros críticos do DSM é gerar classificações decorrentes das neurociências.

Em um esforço de resgatar a credibilidade científica da psiquiatria, o NIMH lançou há três anos o programa Research Domain Criteria (RDoC). Esse programa pretende transformar a metodologia diagnóstica ao incorporar conhecimentos da genética e das neurociências, fundando um novo sistema classificatório. Ao invés de começar com uma definição sintomatológica de doença e buscar suas bases neurobiológicas, o RDoC parte do entendimento atual do comportamento cerebral

e liga-o aos fenômenos clínicos (NIMH, 2014). Esse programa de pesquisa representa efetivamente uma importante cisão política no *mainstream* da psiquiatria atual pela aderência radical à perspectiva fisicalista. Havia a perspectiva da APA de que essa mudança se operasse já no DSM 5, o que não foi possível devido à falta de evidências conclusivas, conforme esclarece o próprio Insel (2013).

Hoje o RDoC é um programa de pesquisa sem aplicação clínica direta. No futuro, contudo, pretende-se que suas descobertas transformem a clínica e assegurem de uma vez por todas o lugar da psiquiatria na biomedicina. A crise de cientificidade dos DSMs estaria, assim, para esses psiquiatras, na dificuldade da psiquiatria em determinar a origem biológica dos transtornos mentais.

A crítica de Insel, contudo, desconhece que a psiquiatria, para sua eficácia normativa, não depende necessariamente da competência científica. A reflexão sobre as flutuações do conceito de depressão ao longo das várias versões do DSM ilustra adequadamente os efeitos que a classificação produz na percepção do mal-estar.

5.2 Tristeza e Depressão: um breve relato sobre a inflação diagnóstica

Shorter (2009) defende que a publicação do DSM III é a chave para o entendimento da difusão abusiva do diagnóstico de depressão na atualidade na medida em que ela se tornou uma categoria clínica autônoma. Segundo o autor, isso representou uma ruptura em relação à definição histórica da depressão, referida à partilha entre neurose e psicose. No grupo das neuroses habitualmente eram incluídos os casos de depressão marcados pela angústia e infelicidade crônicas e no outro grupo os casos onde os sintomas psicóticos estavam presentes.

Essa diferenciação foi acolhida quando da publicação da primeira versão do DSM, em 1952. No DSM I, a depressão foi definida em função dos padrões de reação do indivíduo a eventos da vida, que podiam variar de modo contínuo entre a neurose e a psicose (ver Quadro 2).

Quadro 2: DSM I – Classificação de quadros clínicos onde a sintomatologia depressiva tem papel preponderante

Psicose			Neurose
Reação psicótica involtiva	Reação maníaco-depressiva, tipo depressivo	Reação depressiva psicótica	Reação depressiva
<p>Nesta categoria podem ser incluídas reações psicóticas caracterizadas mais comumente pela depressão que ocorre no período de involução, sem história prévia de reação maníaco-depressiva, e geralmente em indivíduos de personalidade do tipo compulsiva. A reação tende a ter um curso prolongado e pode manifestar-se pela preocupação, insônia intratável, culpa, ansiedade, agitação, ideias delirantes e preocupações somáticas. Alguns casos são caracterizados principalmente por depressão e outros principalmente por ideias paranoides. Muitas vezes, há preocupações somáticas em um grau delirante. A diferenciação pode ser mais difícil no que diz respeito a outras reações psicóticas com início no período de involução. Reações não serão incluídas nesta categoria apenas por causa de sua ocorrência nessa faixa etária.</p>	<p>Estas reações psicóticas são caracterizadas por um transtorno de humor primário, grave, com conseqüente perturbação do pensamento e do comportamento, em consonância com o afeto.</p>	<p>A reação é precipitada por uma situação atual, muitas vezes por algum prejuízo sofrido pelo paciente, e é frequentemente associada a um sentimento de culpa por falhas ou ações passadas. O grau da reação nesses casos é dependente da intensidade do sentimento ambivalente do paciente em direção a sua perda (o amor, a posse), bem como sobre circunstâncias reais de perda. O termo é sinônimo de "depressão reativa" e o quadro deve ser diferenciado da reação psicótica correspondente. Nesta diferenciação, devem ser considerados: (1) história de vida do paciente, com especial referência a mudanças de humor (sugestivos de reação psicótica), para a estrutura de personalidade (neuróticos ou ciclotímicos) e à precipitação de fatores ambientais e (2) ausência de sintomas malignos (preocupação hipocondríaca, agitação, delírios, particularmente somática, alucinações, sentimentos de culpa grave, insônia intratável, rumações suicidas, grave retardo psicomotor, profundo retardo de pensamento, estupor).</p>	
	<p>As reações maníaco-depressivas incluem as reações psicóticas que fundamentalmente são marcadas por mudanças bruscas de humor, e uma tendência à remissão e recorrência. Vários sintomas de acessórios, tais como ilusões e alucinações, delírios, podem ser adicionados à alteração afetiva fundamental. Tipo depressivo: Aqui serão classificados os casos com depressão atípica de humor e com retardo e inibição mental e motor. Em alguns casos, há muito desconforto e apreensão. Perplexidade, torpor ou agitação podem ser sintomas proeminentes, e podem ser adicionados para o diagnóstico como manifestações.</p>		

Fonte: DSM I (APA, 1952). Como a proposta do quadro é indicar os tipos de classificação onde a sintomatologia depressiva é preponderante, optei por não incluir os quadros de psicose maníaco-depressiva circular, com alternância entre sintomas depressivos e maníacos.

A criação dos antidepressivos, nos anos 50, impulsionou a tese de que havia dois grupos distintos de depressão e não quadros contínuos entre si. Assim, os antidepressivos foram indicados somente para os pacientes melancólicos, especialmente os hospitalizados. Para aqueles com depressão neurótica foram desenvolvidos os benzodiazepínicos. Aos diferentes tipos de depressão, diz Shorter (2009), começavam a corresponder diferentes medicamentos.

A publicação do DSM II, em 1968, adotou o diagnóstico categorial, mas também manteve a submissão dos quadros depressivos à distinção neurose e psicose. No primeiro grupo foram incluídos a melancolia involutiva e a psicose maníaco-depressiva, e, no segundo, a neurose depressiva, conforme retratado no Quadro 3.

Quadro 3: DSM II – Classificação de quadros clínicos onde a sintomatologia depressiva tem papel preponderante

Psicose (Psicoses Afetivas ou Transtornos Afetivos Maiores)		Neurose
Melancolia Involutiva	Psicose Maníaco-Depressiva, tipo depressivo	Neurose Depressiva
<p>Esta é uma doença que ocorre no período involutivo e é caracterizada por preocupação, ansiedade, agitação e insônia grave. Sentimentos de culpa e preocupações somáticas são frequentemente presentes e podem assumir proporções delirantes. Este distúrbio é distinguível da doença maníaco-depressiva pela ausência de episódios anteriores; é diferenciado em relação à esquizofrenia, pois o prejuízo do teste de realidade é devido a um distúrbio de humor, e distingue-se da reação depressiva psicótica onde a depressão não é devida a alguma experiência de vida.</p> <p>As opiniões estão divididas sobre se esta psicose pode ser diferenciada das outras perturbações afetivas. É, portanto, recomendável que os pacientes involutivos não recebam este diagnóstico, a menos que todos os outros transtornos afetivos tenham sido descartados.</p> <p>No DSM-I este distúrbio foi incluído em "Transtornos devido a distúrbios do metabolismo, crescimento, nutrição ou função endócrina".</p>	<p>Este distúrbio consiste exclusivamente de episódios depressivos. Estes episódios são caracterizados por humor severamente deprimido e por retardo mental e motor que ocasionalmente progridem para estupor. Inquietação, apreensão, perplexidade e agitação também podem estar presentes. Quando ilusões, alucinações e delírios (geralmente de culpa ou de ideias hipocondríacas ou paranoicos) ocorrem, são atribuíveis ao transtorno de humor dominante.</p> <p>Por se tratar de um distúrbio de humor primário, esta psicose difere da reação depressiva psicótica, que é mais facilmente imputável a precipitar o <i>stress</i>.</p> <p>Casos não completamente rotulados como "depressão psicótica" devem ser classificados aqui em vez de em reação depressiva psicótica.</p>	<p>Esta doença se manifesta por uma reação excessiva de depressão devido a um conflito interno ou a um evento identificável, tais como a perda de um objeto de amor ou objeto querido.</p> <p>Deve ser distinguida da melancolia de involução e da doença maníaco-depressiva.</p> <p>Depressões reativas ou reações depressivas devem ser classificadas aqui.</p>

Fonte: DSM II (APA, 1968). Como a proposta do quadro é indicar os tipos de classificação onde a sintomatologia depressiva é preponderante, optei por não incluir os quadros de psicose maníaco-depressiva circular, com alternância entre sintomas depressivos e maníacos.

Até fins dos anos 70 havia, portanto, dois grupos diagnósticos que tinham nas alterações do humor ou da afetividade sua marca central: 1) a neurose depressiva e 2) as psicoses afetivas (onde eram incluídas a melancolia evolutiva e a reação maníaco-depressiva tipo depressivo)³.

Para além da alteração do humor ou da afetividade, chama atenção o fato de que a descrição dos quadros clínicos tinha por referência a experiência subjetiva. Esse fato era tributário da influência psicanalítica na elaboração do DSM II. A categoria “neurose depressiva” é clara acerca dessa influência, pois define seus critérios diagnósticos tendo por parâmetro o modo como o sujeito reage a um conflito interno e à perda do objeto. Essa doença, indica o DSM II, se manifesta por uma reação excessiva de depressão devido a um conflito interno ou a um evento identificável, tais como a perda de um objeto de amor ou objeto querido (APA, 1968).

Esses critérios, bem como o resgate da noção de melancolia, remontam à teoria freudiana sobre luto e melancolia, especialmente ao artigo dedicado ao tema. Nesse artigo, Freud procura esclarecer a natureza da melancolia por comparação com o luto por entender que há, entre ele e a melancolia, semelhanças no quadro geral e nas circunstâncias desencadeadoras (Freud, 1917a).

Inicialmente situa a perda do objeto amado como motor dos dois processos, que têm em comum uma resposta marcada por grande sofrimento. Freud relaciona em ambos um estado de ânimo profundamente doloroso, a suspensão do interesse pelo mundo externo, a perda da habilidade de amar, a inibição geral da capacidade de realizar tarefas. Reserva à melancolia a depreciação do sentimento de si.

Reconhece no luto uma resposta normal à ausência do objeto e considera que ele se desenvolve a fim de possibilitar, ao sujeito, a elaboração da perda. O luto é deflagrado quando o teste de realidade informa a ausência do objeto e exige a supressão do investimento dirigido a ele até então. Ocorre que, como atesta

³ Embora a melancolia involutiva tenha sido definida como um transtorno psicótico, havia a ideia de que se tratava de um quadro de natureza também orgânica, advindo da presença de alterações metabólicas.

Freud, “o ser humano nunca abandona de bom grado a posição libidinal antes ocupada” (Freud, 1917a, p. 104) e se opõe a essa exigência impondo seu desligamento paulatino. Nesse percurso, o eu fica completamente absorvido pelo reinvestimento das lembranças e expectativas ligadas ao objeto perdido e nada mais o interessa. O mundo torna-se pobre e vazio até que se conclua o luto e seja possível ao eu o reinvestimento no mundo externo e o funcionamento sem inibições. Nesse percurso Freud reconhece grande gasto energético e de tempo, além de profunda dor.

A melancolia partilha com o luto a dificuldade de abandono do objeto perdido. Contudo, o estatuto dessa perda e a saída encontrada para ela são de outra ordem. Nela, Freud identifica uma dimensão inconsciente, relativa ao desconhecimento do sujeito acerca do que perdeu com a ausência do objeto. A essa perda, o sujeito dá uma resposta particular. Para não abrir mão do amor dirigido ao objeto, procede à sua incorporação pela via da identificação. Com isso, a libido não é retirada de um objeto para investir outro, mas retorna ao próprio eu. A libido – agora livre – serve à identificação com o objeto, fazendo com que a sombra dele caia sobre o eu. Ocorre que a relação do sujeito com o objeto é marcada pela ambivalência afetiva (amor e ódio), o que leva a que o eu seja alvo de virulência e recriminação. Assim, é na condição de objeto que o eu se apresenta como rebotalho, esvaziado, empobrecido (Freud, 1917).

A breve exposição do modo como Freud concebia o luto e a melancolia visa ressaltar a particularidade do diagnóstico psicanalítico, onde o sujeito assume centralidade. É a posição subjetiva – e não a catalogação de sintomas – que define o diagnóstico.

Esse modo de conceber o diagnóstico foi rejeitado com a publicação do DSM III, ocorrida em 1980. O rompimento com a psicanálise fez com que o diagnóstico deixasse de ser concebido como chave para o entendimento de conflitos psíquicos. A tarefa diagnóstica foi restringida a uma observação fenomênica de comportamentos e atitudes (Bezerra Jr., 2014), abolindo qualquer referência ao sujeito.

No caso específico da depressão, essas mudanças conduziram ao seu estabelecimento como categoria clínica autônoma (Shorter, 2009). Não bastasse

isso, o DSM III unificou as depressões psicóticas e não psicóticas em um único quadro clínico, designado depressão maior (ou transtorno depressivo maior). Esse diagnóstico foi rapidamente adotado na clínica psiquiátrica pela amplitude e heterogeneidade de seus critérios⁴, apresentados abaixo.

A. Humor disfórico ou perda do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades e passatempos usuais. O humor disfórico é caracterizado por sintomas como os seguintes: deprimido, triste, sem esperança, irritado. A perturbação do humor deve ser proeminente e relativamente persistente, mas não necessariamente o sintoma dominante, e não inclui mudanças momentâneas de um humor disfórico para outro humor disfórico, por exemplo, de ansiedade para depressão para raiva, como aquelas vistas nos estados de perturbação psicótica aguda. (Para as crianças menores de seis anos, o humor disfórico pode ter que ser inferido a partir de uma expressão facial persistentemente triste).

B. Pelo menos quatro de cada um dos seguintes sintomas tem estado presente aproximadamente todos os dias durante um período de pelo menos duas semanas (em crianças com menos de seis anos, pelo menos três dos quatro primeiros).

1. falta de apetite ou perda de peso significativa (quando não em dieta) ou aumento do apetite ou ganho de peso significativo. Em crianças menores de seis anos, considerar fracasso em fazer os ganhos de peso esperados.

2. insônia ou hipersonia

3. agitação ou retardo psicomotor (mas não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento). Em crianças menores de seis anos, hipoatividade.

4. perda de interesse ou prazer nas atividades habituais, ou diminuição do desejo sexual não se limitando a período em que há delírios e alucinações. Em crianças menores de seis anos, sinais de apatia.

5. perda de energia; fadiga.

6. sentimentos de inutilidade, autorreprovação ou culpa excessiva ou inadequada (mesmo que delirante).

7. queixas ou evidência de diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se, tal como pensamento lentificado, ou indecisão não relacionada com afrouxamento acentuado das associações e incoerência.

8. pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, desejo de ser morto ou tentativa de suicídio.

C. Nenhum dos seguintes sintomas domina o quadro clínico quando uma síndrome afetiva está ausente (isto é, sintomas de critérios A e B acima):

1. preocupação com um delírio ou alucinação incongruentes com o humor (ver definição abaixo).

2. comportamento bizarro.

D. Não sobreposto a esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme ou transtorno paranoide.

E. Não devido a qualquer transtorno mental orgânico ou luto.

Quinto dígito do código numérico e critérios para a subclassificação de episódio depressivo maior.

⁴ Esses critérios são adotados tanto para a definição de depressão maior quanto de transtorno bipolar do humor (episódio depressivo). A primeira categoria designa casos onde só há sintomatologia depressiva e a segunda, onde há presença também de síndrome maníaca.

(Quando características psicóticas e melancolia estão presentes, o sistema de codificação requer que o clínico registre a única característica mais clinicamente significativa)

6 - Em Remissão. Esta categoria de quinto dígito deve ser usada quando, no passado, o indivíduo reuniu todos os critérios para um episódio depressivo maior, mas agora está essencialmente livre de sintomas depressivos ou tem alguns sinais da doença, mas não satisfaz todos os critérios.

4 - Com Características Psicóticas. Esta categoria de quinto dígito deve ser usada quando há, aparentemente, grande comprometimento no teste de realidade, como quando há delírios ou alucinações ou estupor depressivo (o indivíduo está mudo e não responde). Quando possível, especificar se as características psicóticas são congruentes ou incongruentes com o humor.

Características Psicóticas Humor-Congruentes. Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente adequado com os temas típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida; estupor depressivo.

Características Psicóticas Humor-Incongruentes. Delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve temas típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida; estupor depressivo. Incluem-se aqui sintomas como delírios persecutórios, inserção de pensamento, e delírios de controle, cujo conteúdo não tem relações aparentes com qualquer um dos temas acima referidos.

3 - Com Melancolia. Perda de prazer em todas ou quase todas as atividades, falta de reação a estímulos habitualmente agradáveis (não se sente bem melhor, mesmo temporariamente, quando algo bom acontece), e pelo menos três dos seguintes sintomas:

- a) qualidade distinta de humor depressivo, ou seja, o humor deprimido é percebido como distintamente diferente do tipo de sentimento experimentado após a morte de um ente querido.
- b) a depressão é regularmente pior pela manhã.
- c) desperta cedo pela manhã (pelo menos duas horas antes da hora habitual de despertar).
- d) retardo ou agitação psicomotora marcante.
- e) anorexia significativa ou perda de peso.
- f) culpa excessiva ou inapropriada.

2 - Sem Melancolia

0 - Inespecífica. (APA, 1980).

Com a publicação do DSM III, era de se esperar que a categoria diagnóstica depressão maior substituísse os casos anteriormente nomeados como melancolia e como psicose maníaco-depressiva (tipo depressiva). Contudo, o mesmo não se dava com os casos até então definidos como depressões neuróticas, para as quais foi criada a categoria distímia. Essa categoria tinha por objetivo caracterizar distúrbios crônicos do humor (ao menos 2 anos), cuja severidade e duração dos sintomas eram insuficientes para satisfazer os critérios para episódio depressivo maior (APA, 1980). Na prática, contudo, a abrangência dos critérios diagnósticos da depressão maior fez com que essa categoria suplantasse o diagnóstico de

distímia, sendo utilizada de forma ampla, independentemente da severidade e da duração dos sintomas.

Um importante incentivo a essa intensa utilização veio da indústria farmacêutica, com a descoberta dos Inibidores de Recaptação Seletiva de Serotonina (IRSS). Na época do lançamento dessa nova classe de antidepressivos, cujo representante mais famoso é a fluoxetina, divulgou-se que eles eram destinados ao tratamento da depressão maior, não da distímia. Para este segundo grupo ainda se considerava a psicoterapia o tratamento de escolha. A restrição do uso dos IRSS para a distímia, aliada ao interesse dos psiquiatras em adotar a farmacoterapia como tratamento de escolha, contribuiu para que grande parte dos casos onde a sintomatologia depressiva estava presente fosse classificado como depressão maior (Shorter, 2009)

Ademais, a criação dos IRSS representou um ponto de corte no que diz respeito aos demais antidepressivos pelo modo com que a indústria farmacêutica atacou os antidepressivos precedentes e os benzodiazepínicos (Shorter, 2009). Com o argumento de que os IRSS eram medicamentos específicos (não sintomáticos) e que eram capazes de incidir diretamente na bioquímica cerebral, a indústria farmacêutica superestimou seus benefícios clínicos. Ao mesmo tempo, valorizou os efeitos adversos e subestimou a efetividade dos demais antidepressivos e dos benzodiazepínicos.

A consequência dessa propaganda e da adesão dos médicos à nova classificação diagnóstica foi o aumento exponencial de pessoas diagnosticadas como deprimidas e da prescrição da nova classe de antidepressivos (Healy, 1997). Essa prescrição superou quase todas as demais classes de psicofármacos, à exceção dos antipsicóticos atípicos. Nos EUA isso significou um aumento da incidência de depressão superior a 100% em dez anos (1991-2001), uma ampliação de 400% no gasto com antidepressivos no período de sete anos (1997-2004), e a presença de três antidepressivos do tipo IRSS e IRSN (inibidores da recaptação seletiva de norepinefrina) dentre os dez medicamentos mais vendidos (Shorter, 2009).

É fato que o lançamento do DSM IV, em 1994, pretendeu conter o ímpeto diagnóstico com a proposição de critérios de significância clínica⁵ que permitissem distinguir a doença depressiva de uma tristeza normal intensa. Isso, contudo, não foi suficiente, pois os critérios de significância clínica não conseguiram inibir os falso-positivos (Wakefield et al., 2010). Mostraram-se circulares ou redundantes, pois aqueles que respondiam aos critérios para depressão (listados nos itens A e B do DSM III e mantidos no DSM IV) respondiam também aos critérios de significância clínica (sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida).

Mediante à falha na significância clínica e à amplitude dos critérios diagnósticos, a chamada prevalência da depressão só cresceu. O DSM 5, em vez de redefinir os critérios diagnósticos com vistas a torná-los mais restritivos, seguiu o caminho oposto: retirou o luto da condição de excepcionalidade para estabelecimento do diagnóstico de depressão maior⁶. Assim, nem mesmo diante da perda de um ente é possível conceber a presença de sofrimento e mal-estar. Com isso, aprofunda-se a medicalização da tristeza e a normalização dos comportamentos e afetos. Desconsidera-se que a tristeza é um traço da condição humana. Desconsidera-se ainda que o luto é necessário para que o sujeito possa elaborar a perda e que, para isso, não há regras.

5.3 As reações ao DSM

A despeito de o DSM ter resgatado o prestígio da psiquiatria, para inúmeros críticos suas limitações se sobrepõem aos ganhos. Andreasen (2007), importante liderança na psiquiatria biológica, condena o fato de o DSM ter sido aceito de modo universal e acrítico como a autoridade definitiva em psicopatologia e na elaboração do diagnóstico psiquiátrico. Afirma que o uso inadequado do manual teve uma incidência nefasta na psiquiatria, uma vez que ele tem três itens críticos.

⁵ Esses critérios exigiam que o diagnóstico de transtorno mental fosse estabelecido somente na presença de sintomas que causassem sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do sujeito (APA, 1994).

⁶ Os demais critérios para depressão maior utilizados no DSM IV-TR foram mantidos.

O primeiro diz respeito aos critérios diagnósticos. De acordo com a autora, eles reúnem somente alguns dos sintomas característicos de cada transtorno. Isso se dá porque o DSM não foi concebido como livro básico no ensino e na pesquisa, mas como um manual. Sua utilização para fins de ensino e pesquisa gera o desconhecimento da psicopatologia e da fenomenologia, levando à desconsideração de sintomas não listados no manual e importantes para a prática diagnóstica.

O segundo item crítico versa sobre o impacto desumanizador do DSM sobre a prática psiquiátrica. Com ele, a anamnese foi reduzida ao uso de escalas de avaliação diagnóstica: entrevistas semiestruturadas que visam a controlar as chamadas divagações da anamnese, ao sugerirem uma sequência uniforme de questões que avaliam a presença ou a ausência de sintomas (Endicott e Spitzer, 1978 *apud* Frances, 2013). Andreasen considera que esse tipo de abordagem, que substitui o contato com a história de vida e da doença do paciente por escalas que funcionam segundo o modelo *checklist*, desencoraja os psiquiatras a lidarem com cada caso de modo individualizado.

O sacrifício da validade diagnóstica em benefício da confiabilidade diagnóstica constitui o terceiro item crítico apontado por Andreasen (2007). Para a autora, o DSM forneceu uma nomenclatura comum aos pesquisadores, mas provavelmente a errada. Apesar de o objetivo maior do manual ter sido facilitar a pesquisa, suas categorias diagnósticas são inúteis para os pesquisadores em razão da falta de validade científica.

Outra fonte de crítica ao DSM vem de Frances, presidente da força tarefa que elaborou o DSM IV. Frances criou um blog (Psychiatric Times) dedicado a debater especificamente as mudanças do DSM 5 e suas possíveis consequências negativas. Do mesmo modo que Insel e Andreasen, Frances também critica a metodologia descritiva. Considera, contudo, precipitado fazer qualquer mudança substantiva no momento, pois não há dados que permitam substituir a nosologia atual por outra, biologicamente embasada (Frances, 2009).

Embora considere esse fato relevante, Frances centra sua crítica na inflação de diagnósticos gerada pelo manual. Afirma que essa inflação tem conduzido à medicalização da normalidade e constitui a “pior consequência do DSM III”

(Frances, 2013, p. 67). Julga que parte da culpa pela inflação diagnóstica reside no modo como a terceira revisão do manual foi redigida e parte no modo como ela foi mal utilizada, especialmente sob a influência da indústria farmacêutica. Para Frances, o equívoco na elaboração do DSM III residiu na subdivisão desmedida das categorias diagnósticas, no caráter excessivamente inclusivo do manual, na simplificação do método diagnóstico. O autor considera que a mudança no manual era necessária, mas assumiu proporções inesperadas e nocivas para a sociedade.

A medicalização, contudo, foi menos inesperada do que Frances fez crer. Conforme indiquei anteriormente, havia um interesse claro em multiplicar as categoriais diagnósticas para ampliar o reembolso médico. O inesperado talvez tenha sido o papel jogado pela indústria farmacêutica ao se apropriar das categorias diagnósticas para vender doenças e, portanto, medicamentos para a população (Angell, 2011; Moynihan e Cassels, 2006; Moynihan, Heath e Henry, 2002).

Frances certamente está correto ao temer que a medicalização se torne ainda mais ampla. A nova versão do manual rebaixa ainda mais o limiar necessário para o diagnóstico de algumas enfermidades já existentes, como o TDAH e a depressão, e introduz novas categorias que tendem a ser muito comuns na população, como o transtorno cognitivo menor e o transtorno misto de ansiedade e depressão (Frances, 2010). Há o risco real de que essas mudanças aumentem o número de falso-positivos e motivem falsas epidemias, como as de TDAH, transtorno bipolar na infância, autismo, criadas quando do lançamento do DSM IV, em razão da mudança nos critérios para definição de tais transtornos. Essas epidemias também foram fortemente favorecidas pela liberação da propaganda de psicofármacos diretamente para a população, ocorrida nos anos de 1990 nos Estados Unidos em função do *lobby* do complexo médico-industrial (Frances, 2013; Moynihan e Cassels, 2006).

Neste ponto vale ressaltar que aquele país é o único no mundo onde a propaganda de medicamentos psicotrópicos pode ser feita diretamente para a população⁷. Isso se dá por meio de anúncios nos meios de comunicação, onde

⁷ No Brasil a propaganda de psicofármacos é proibida, mas por vezes a venda de medicamentos aparece em reportagens sobre transtornos psiquiátricos ou mesmo sobre novas descobertas científicas. Um exemplo dessa estratégia comercial foi a matéria de capa da Revista *Veja* de 28 de novembro de 2012, intitulada *Depressão: a promessa de cura*. Logo abaixo vinha a seguinte frase:

problemas cotidianos são apresentados como transtornos psiquiátricos. Para Moynihan e Henry, esses anúncios integram a chamada mercantilização de doenças, definida como “venda de doenças que amplia as fronteiras do mal-estar e expande os mercados para aqueles que vendem ou fornecem tratamentos” (Moynihan e Henry, 2006, p. 425). Medicaliza parcelas da população até então consideradas normais.

Fora do *mainstream* da psiquiatria biológica as críticas ao DSM também são intensas. Kutchins e Kirk (1997) situam na validade diagnóstica um dos principais problemas do DSM III e de seus sucessores. Lembram que a forte presença de pesquisadores na força tarefa que elaborou a terceira revisão do manual diagnóstico americano fez com que a preocupação com a confiabilidade se sobressaísse sobre a preocupação com a validade. Com isso, a construção de critérios operacionais visou aumentar a concordância diagnóstica. Essa concordância, segundo os elaboradores do DSM III, era nodal para a comunicação entre os pares e para o desenvolvimento de ensaios clínicos com grande amostragem, especialmente aqueles que tinham por objetivo avaliar a efetividade de medicamentos. A questão é que o privilégio da confiabilidade foi acompanhado da falência na validade diagnóstica, levando a um número expressivo de casos falso-positivos, em especial de depressão e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) Os parâmetros diagnósticos para estes dois tipos de transtorno são amplos demais e falham na distinção entre transtornos mentais e problemas da vida (Wakefield, 1997, 2010). Descontextualizam os “sintomas” e atribuem o caráter de doença a alterações normais do funcionamento subjetivo, como o luto ou a agitação.

Assim, passados 35 anos da publicação do DSM III, percebe-se que a promessa de distinção entre normalidade e doença feita pelos neokraepelinianos

“a cetamina é a primeira esperança de tratamento totalmente eficaz da doença que afeta 40 milhões de brasileiros” (Revista Veja, 2012, p. 1). A matéria apresenta a cetamina, anestésico utilizado desde os anos de 1960, como a descoberta mais importante para o tratamento da depressão desde a criação dos antidepressivos nos anos de 1950. Caracteriza o mecanismo de ação da cetamina, diferenciando-a dos antidepressivos, e chama a atenção para a rápida resposta dos pacientes ao seu uso. Afirma que ela é especialmente indicada para os 30 a 40% dos pacientes deprimidos que não respondem bem aos tratamentos disponíveis. Refere como tratamentos os antidepressivos, a eletroconvulsoterapia (ECT), as terapias cognitivo-comportamentais e a estimulação magnética transcraniana (TMS); não faz qualquer menção à psicanálise. A matéria vende a cetamina e, com ela, um conjunto de intervenções terapêuticas alinhadas ao enfoque biomédico. Vende, mais que tudo, um modo pelo qual as pessoas compreendem o que se passa consigo e que, nos dias atuais, exclui a psicanálise e suas considerações sobre a subjetividade.

não foi cumprida e que hoje o esmaecimento dessa fronteira é cada vez mais amplo. Paradoxalmente, a falência em determinar o substrato biológico dos transtornos mentais e em distinguir normalidade e doença não tem sido acompanhada do recuo do discurso e da prática psiquiátricos⁸.

Landman assevera que, se o DSM III e o DSM IV provaram ser ferramentas médico-econômicas bem-sucedidas, o mesmo não se deu com o DSM IV-TR e provavelmente não se dará com o DSM 5. Isso porque a lógica a qual o DSM se filia tem levado a custos sociais exorbitantes. Eles decorrem do rebaixamento dos limites diagnósticos, que encoraja o excesso diagnóstico, e da criação de novas categoriais diagnósticas, que promovem a medicalização.

Em conjunto, esses dois fatores prejudicam a saúde pública e as finanças públicas. Contribuem para a elevação desses custos os relatórios de prevalência (nº. de casos) de transtornos mentais que, baseados em critérios de fraca validade diagnóstica, tendem a favorecer políticas públicas equivocadas de promoção e tratamento, pois apontam falsas epidemias. Os relatórios consideram como doentes um número expressivo de pessoas que estão nos limites da normalidade. Dada a dificuldade de fornecer cobertura assistencial a todos, uma falsa epidemia de transtornos mentais pode fazer com que sejam priorizados casos leves, que estão na referida fronteira, em detrimento de casos graves. Por fim, o excesso diagnóstico e a medicalização também representam aumento de despesas para as companhias de seguro saúde, que estabelecem parâmetros para acesso à cobertura assistencial e o tipo de tratamento a ser oferecido.

Diante do crescimento do papel normativo da psiquiatria biológica, campanhas internacionais foram criadas para fazer frente ao avanço do modelo diagnóstico do DSM. Em 2011 a campanha Stop DSM publicou um manifesto a favor de critérios diagnósticos clínicos e contra os critérios estatísticos. A campanha critica o uso do DSM como nosologia única, obrigatória e universal. Questiona a visão reducionista, que desqualifica as demais teorias e práticas terapêuticas. Defende que o diagnóstico tenha por referência o *sujeito* e não a doença. Exige um modelo de cuidado onde a palavra tenha valor e onde cada

⁸ Na realidade, tem sido acompanhada da adoção de práticas de aprimoramento das faculdades psíquicas. Para análise pormenorizada do assunto, remeto o leitor aos estudos sobre *enhancement* (Farrah, 2002, 2004; Bezerra Jr., 2010; Caliman, 2008).

paciente seja considerado em sua singularidade. A defesa da dimensão subjetiva e singular foi sustentada em oposição à hegemonia dos protocolos e dos tratamentos padronizados (Stop DSM, 2011).

Crítica semelhante é feita por psicanalistas, que, a partir de diferentes correntes, questionam a lógica do DSM e seus efeitos subjetivos. Psicanalistas da Associação Mundial de Psicanálise, como Miller (2006), vêem no DSM uma nosografia orientada em função dos meios de atuação dos médicos. Do ponto de vista prático, essa orientação aprofunda o artificialismo próprio a toda classificação, fazendo com que a invenção de um fármaco ou a identificação de um neurotransmissor tenha repercussão imediata com a criação de novas categorias.

Como apontei anteriormente, a definição diagnóstica na psiquiatria americana se orienta a partir da aliança do saber médico com a indústria farmacêutica ou responde a outros interesses corporativos, como a ampliação do reembolso ou a exclusão dos referenciais psicanalíticos (caso da exclusão e fragmentação da categoria neurose). O problema nesse artificialismo absoluto e no pragmatismo constante é a tentativa de apagamento do sujeito (Miller, 2006). Embora essa tentativa seja fadada ao insucesso, pois o sujeito nunca se deixa inserir completamente em uma classe, ela tem efeitos danosos. Aliena o sujeito, produzindo identificações imaginárias do tipo “eu sou deprimido”, que tendem a suturar a divisão subjetiva, a fazer com que o caráter evanescente do sujeito se perca em razão da consistência adquirida pelo eu (Vieira, 2001).

O diagnóstico, no sentido proposto pelo DSM, obscurece o enigma advindo do sofrimento, pois atribui a origem do mal-estar a alterações de ordem físico-química. Disso decorre que o sujeito resta desresponsabilizado, segregado em relação ao que lhe ocorre, pois é abafado por questões de natureza biológica. Quando se supõe que o sujeito não está na origem dos transtornos que apresenta, ele nada pode fazer, pois parece que são seus genes, seu cérebro ou os efeitos do ambiente que fazem dele o que ele é (Ansermet e Giacobino, 2012/2013). Desse modo, a relação de cada um com seu modo de estar no mundo, seu modo de fazer laço social perde lugar, esmagada sob classificações que esvaziam o sujeito, que o reduzem a categorias diagnósticas ou a efeitos de deficiências e incapacidades biológicas.

Por fim, o DSM cria diagnósticos tendo por referência um ideal de normalidade e desconsiderando a assertiva canguilhemiana de que o conhecimento empírico e quantificável não autoriza, por si só, a definição do que é normal e patológico. Na busca pela objetividade diagnóstica, a psiquiatria biológica americana visa à construção de uma norma mensurável, menosprezando a capacidade normativa do sujeito e o modo como ele experimenta o mal-estar. Em face dessa escolha, Laurent (2011b) chama a atenção para a impossibilidade de o sujeito conformar-se a normas universais. Assim, diz o autor, quanto mais forem globalizados os ideais da civilização, quanto mais for proposta uma norma para todos em um utilitarismo sem limite, mais é preciso afirmar o particular do sintoma, o particular de cada caso.

Considerações Finais

Nesta tese investiguei o apagamento do sujeito na clínica contemporânea. Para isso, analisei a construção da psiquiatria biológica como formação discursiva e a transformação que ela operou na compreensão, definição e tratamento do sofrimento subjetivo. Na tese sublinhei que a psiquiatria ocupa uma posição particular no campo médico, advinda da disputa entre as abordagens biológica e psicológica. No passado, essas abordagens chegaram a se reconhecer como partes de um mesmo campo discursivo. No movimento pendular entre as duas abordagens, a segunda metade do século XIX foi especialmente marcada pelo fortalecimento da perspectiva naturalista da mente. Essa perspectiva sustentou a busca de adequação da psiquiatria ao experimentalismo da medicina moderna e instaurou um monismo fisicalista que pretendeu definir e explicar a patologia mental exclusivamente a partir de suas bases biológicas.

A psicanálise, surgida no início do século XX, representou um contraponto importante ao monismo fisicalista, e mesmo ao dualismo, na medida em que procurou articular corpo e psiquismo de modo não reducionista. Mais relevante que isso, entretanto, foi a maneira como a psicanálise questionou as noções de normal e patológico, a premissa de que o homem é regido pela consciência e a ideia de que há adequação entre sujeito e cultura.

Importante ressaltar que, embora a presença da psicanálise tenha dado um contorno peculiar à prática psiquiátrica, diverso daquele da medicina, nem sempre a interlocução entre a psiquiatria e a psicanálise foi bem sucedida. Nos Estados Unidos, como pude assinalar, essa interlocução foi danosa, pois deu lugar a uma prática adaptativa e medicalizante que em nada se assemelhava aos propósitos originais da psicanálise.

A partir dos anos 70, o desenvolvimento da psiquiatria biológica americana conduziu ao rompimento com a psicologia psicanalítica do ego e também com o

dualismo que caracterizava a especialidade. Expurgou abordagens que não comungavam de uma visão estritamente fisicalista da patologia mental, o que levou a especialidade a transformar-se em relação à sua conformação inaugural. A psiquiatria progressivamente assumiu uma feição monista. Biologizada, adota a premissa de que o psiquismo é o duplo do cérebro e procura apagar o sujeito. Além disso, busca a hegemonia incontestada, na própria especialidade e na cultura, da descrição estritamente física dos fatos psíquicos.

Em seu esforço de alinhar-se à biomedicina, a psiquiatria biológica aproxima-se cada vez mais da perspectiva positivista, que obscurece o particular de cada caso em nome dos universais das provas científicas e dos protocolos de tratamento (Santiago, 2007; Calazans e Lustosa, 2012). A perspectiva positivista propõe o uso dos instrumentos de quantificação e sistematização de informações para determinar a melhor conduta terapêutica. Propõe que evidências externas apoiadas em critérios quantitativos orientem a clínica, tradicionalmente amparada na anamnese, nos exames complementares e no julgamento clínico.

Assim, torna os métodos experimentais (em especial os ensaios clínicos controlados randomizados) os parâmetros para a avaliação dos demais saberes. Essa hierarquização destituiu os métodos não experimentais como fonte legítima do conhecimento e da clínica. Decorrem dessa redefinição hierárquica dos métodos de avaliação não só o privilégio do saber advindo das disciplinas biomédicas, mas também um movimento importante de objetivação e quantificação da clínica (Fantin, 2012; Serpa Jr, 1998, 1999). A clínica como *arte* de leitura do caso e de cura perdeu seu prestígio e tende ao ocaso.

Nesta tese, ressalto que o projeto da psiquiatria biológica é especialmente hostil à psicanálise. A redefinição da lógica do DSM, ocorrida nos anos 1980, é o exemplo maior que utilizo para ilustrar a busca pela hegemonia fisicalista e pela exclusão dos referenciais psicanalíticos do campo psiquiátrico e mesmo da cultura. Isso porque a clínica que toma por referência o sujeito do inconsciente e a transferência está em oposição às práticas centradas no corpo como organismo e na classificação sintomatológica.

O abandono da psicanálise e a centralização do debate teórico e das pesquisas na biologia tiveram repercussões clínicas importantes: o afastamento

dos psiquiatras da experiência subjetiva e a adoção da farmacoterapia, das escalas de avaliação e dos protocolos como eixos do tratamento. A nova clínica psiquiátrica segue o ritmo da difusão dos psicofármacos e favorece a inflação diagnóstica.

Diante do processo de naturalização da mente e de adoção de uma clínica orientada pelos psicofármacos, saem de cena as considerações sobre o contexto social de surgimento do sofrimento psíquico, mas fundamentalmente a atenção à dimensão subjetiva. O sujeito do inconsciente perde lugar frente à empiria e à quantificação, mesmo quando ambas se mostram falhas e incapazes de produzir a evidência e a efetividade pretendidas. À falta de evidências biológicas e de efetividade medicamentosa, a psiquiatria responde com a promessa de que elas surgirão no futuro e não com uma pergunta sobre o que mais está em jogo no sintoma.

O apagamento do sujeito na psiquiatria se expressa especialmente na tentativa de redução do psiquismo ao cérebro. O problema nessa redução é que, uma vez na linguagem, não há como recompor o caráter natural do corpo. Isso faz com que o sujeito *tenha* um corpo e não que ele *seja* um corpo. Assim, os limites do projeto psiquiátrico de tomar o psiquismo como duplo do cérebro estão para além da falta de recursos tecnológicos e de conhecimento científico como dão a entender aqueles que se filiam à psiquiatria biológica.

A visualização dos processos cerebrais, a identificação de biomarcadores que indiquem as bases biológicas dos chamados transtornos mentais não dará conta de apreender o que é da ordem do humano. Há um caráter contingente, singular para cada um no seu encontro com a linguagem e na relação com o gozo. Nesse sentido, não faz diferença que se identifiquem as origens físicas do sofrimento subjetivo, sua disfunção cerebral ou genética; o sujeito extrapola o orgânico e não pode ser reduzido a ele.

Como indica Laurent, “o fato de haver algo de biológico em jogo não exclui a particularidade como espaço de constituição do sujeito como ser falante” (Laurent, 2014, p. 33). Essa dimensão – particular, única – precisa ser preservada frente ao projeto universalista e naturalista da psiquiatria biológica. E, como diz Miller, “é na falha dessa identificação entre o ser e o corpo, é mantendo, em todo

caso, que o sujeito tem uma relação de ‘ter’ com o corpo que a psicanálise arranja seu espaço” (Miller, 2004, p. 14).

A psiquiatria biológica, contudo, ignora as considerações da psicanálise. Prossegue em direção à universalização, não só no nível da causalidade dos chamados transtornos mentais, mas também da classificação psiquiátrica. Por meio do DSM, coloca em marcha um projeto de generalização de tipos de sintoma que procura apagar as marcas subjetivas e incluir o indivíduo nas classes diagnósticas. Esse projeto, apesar de seus efeitos danosos, encontra limites estruturais para sua completa realização, pois há um ponto sujeito no indivíduo, que impede que as identificações segregadoras incluam-no completamente nas classes diagnósticas. A esse ponto Miller chama de *efeito de sujeito*: “efeito que desloca, sem parada, o indivíduo da espécie, o particular do universal e o caso da regra” (Miller, 2006, p. 27).

Aquilo que se furta à classificação diagnóstica diz respeito tanto à evanescência do sujeito como efeito de significante quanto ao modo como o gozo se imiscui nos corpos (Laia, 2012). Em sua busca pelo ponto sujeito no indivíduo, a psicanálise se afasta tanto da dimensão da natureza quanto das operações da ciência. Introduce a contingência, a surpresa, a singularidade no lugar da causalidade e abre espaço para as invenções de cada um. Aposta no sintoma, não como signo de uma disfunção, de um erro, mas como uma norma própria, como um modo particular de um sujeito inventar seu destino.

Em resumo, esta tese iluminou as três ameaças à psicanálise – e, portanto, ao sujeito do inconsciente – identificadas por Žižek: 1) o contexto social, onde a imagem de uma sociedade de normas sociais que reprimem as pulsões sexuais do indivíduo não parece mais válida aos olhos da permissividade hedonista que predomina hoje em dia; 2) o saber científico, onde o modelo cognitivista-neurobiológico do espírito humano parece suplantar o modelo freudiano; 3) a clínica psiquiátrica, onde o tratamento psicanalítico perde rapidamente seu espaço para os psicofármacos e para a terapia comportamental (Žižek, 2006/2010).

Em todos eles, a ideia de obsolescência da psicanálise e de seus pressupostos, bem como do apagamento do sujeito do inconsciente, pareceu exagerada. Ao contrário, o que se mostrou de modo evidente é que a psiquiatria –

tal qual a medicina – incorre em uma “falha epistemo-somática” pela adoção de procedimentos tecnológicos para medir, visualizar, controlar o corpo e o próprio psiquismo (Lacan, 1966/2001). Nesse empreendimento, toma o psiquismo como máquina cerebral. A busca incessante pela elucidação das leis que regem essa máquina, contudo, é incapaz de dar lugar àquilo que não tem lei, utilidade ou valor de uso: o gozo. Assim, essa dimensão fica totalmente velada para os psiquiatras, que se embaraçam diante de uma satisfação paradoxal, pelo prazer ou pelo sofrimento, presente na doença ou no sintoma. É essa satisfação que obstaculiza a tentativa de apagar o sujeito. Ela se impõe a despeito das práticas de normalização e do esforço de naturalização da mente.

Referências Bibliográficas

ADAM, P.; HERZLICH, C. (1994). **Sociologia da Doença e da Medicina**. Bauru: Edusc, 2001.

AKIL, H. et al. The Future of Psychiatric Research: genomes and neural circuits. In **Science**, vol. 327, n. 5973, p. 1580-1581, 26 march 2010.

ALBERTI, S.; ELIA, L. Psicanálise e Ciência: o encontro dos discursos. In **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, vol. 8, n. 3, p. 779-802, set. 2008.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders I**. Washington DC: APA, 1952.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders II**. Washington DC: APA, 1968.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III**. Washington DC: APA, 1980.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III-R**. Washington DC: APA, 1987.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV**. Washington DC: APA, 1994.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV TR**. Washington DC: APA, 2000.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5**. Washington DC: APA, 2013.

ANDREASEN, N. **The Broken Brain**: the biological revolution in Psychiatry. New York: Harper & Row, 1984.

_____. Linking Mind and Brain in the Study of Mental Illness: a project for a scientific psychopathology. In **Science**, vol. 275, p. 1586-1593, march 1997.

- _____. **Brave New Brain**: conquering mental illness in the era of genome. NY: Oxford University Press, 2001.
- _____. DSM and the Death of Phenomenology in America: an example of unintended consequences. In **Schizophrenia Bulletin**, vol. 33, n.1, p. 108-122, 2007.
- ANGELL, M. A Epidemia de Doença Mental. In **Revista Piauí**, edição 59, agosto 2011.
- ANSERMET, F. **As Promessas do DSM V**. In <http://noseocorpo.files.wordpress.com/2013/09/as-promessas-do-dsm-v.pdf>
- _____. Medicina e Psicanálise: elogio do mal-entendido. In **Opção Lacaniana online**, ano 5, n. 13, março 2014.
- ANSERMET, F.; GIACOBINO, A. (2012) **Autismo**: a cada um seu genoma. Petrópolis: KBR, 2013.
- BARATTO, G.; AGUIAR, F. A “Psicologia do Ego” e a Psicanálise Freudiana: das diferenças teóricas fundamentais. In **Revista de Filosofia**, vol. 19, n. 25, p. 307-331, jul./dez. 2007.
- BAYLE, A.-L. (1822). Pesquisas sobre Doenças Mentais. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, vol. 12, n. 4, p. 752-758, dec. 2009.
- _____. (1826) **Traité des Maladies du Cerveau et de ses Membranes**. Paris : Gabon et Compagnie Libraires. Disponível em <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76579h>. Acessado em 05 de setembro de 2013.
- BAUMAN, Z. (2001) **A Sociedade Individualizada**: vidas contadas e histórias vividas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.
- BECK, U. (1986) **Sociedade de Risco**: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Ed 34, 2010.
- BERCHERIE, P. (1980). **Os Fundamentos da Clínica**: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

BERRIOS, G. E.; HAUSER, R. O Desenvolvimento Inicial das Ideias de Kraepelin sobre Classificação: uma história conceitual. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, vol. 16, n. 1, p. 126-146, dez 2012.

BEZERRA JR., B. C. A Diversidade no Campo Psiquiátrico: pluralidade ou fragmentação? In **Cadernos IPUB** (UFRJ), Rio de Janeiro, n. 14, p. 135-144, 1999.

_____. Naturalismo como Anti-Reduccionismo: notas sobre cérebro, mente e subjetividade. In **Cadernos IPUB** (UFRJ), Rio de Janeiro, vol. 6, n.18, p. 158-177, 2000.

_____. O Normal e o Patológico: uma discussão atual. In SOUZA, A. N.; PITANGUI, J. (org.) **Saúde, Corpo e Sociedade**. Rio de Janeiro: Ed UFRJ, 2006.

_____. A Psiquiatria e a Gestão Tecnológica do Bem-Estar. In FREIRE F^o, J. (org.) **Ser feliz hoje**: reflexões sobre o imperativo da felicidade. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2010, p. 117-134.

_____. **Projeto para uma Psicologia Científica**: Freud e as neurociências. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

_____. A Psiquiatria Contemporânea e seus Desafios. In ZORZANELLI, R; BEZERRA JR, B.; COSTA, J. F. (org.) **A Criação de Diagnósticos na Psiquiatria Contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014 (no prelo).

BIRMAN, J. **A Psiquiatria como Discurso da Moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BORGES, J. L. (1952) O Idioma Analítico de John Wilkins. In **Outras inquisições**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

BOURDIEU, P. (1976). O Campo Científico. In ORTIZ, R. (org.). **Pierre Bourdieu - Sociologia**. São Paulo: Editora Ática, p. 122-155, 1983.

BRACKEN, P.; THOMAS, P. Postpsychiatry: a new direction for mental health. In **British Medical Journal**, n. 322, p. 724-727, march 2001.

- BREUER, J.; FREUD, S. (1893-1895) **Estúdios sobre la Histeria**. In Obras Completas de Sigmund Freud vol. II. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- BRIGANDT, I.; LOVE, A. Reductionism in Biology. In ZALTA, E. N. (ed.) **The Stanford Encyclopedia of Philosophy** (Summer 2012 Edition). <http://plato.stanford.edu/archives/sum2012/entries/reduction-biology/>. Acessado em 18 de dezembro de 2013.
- BRIOLE, G. O Futuro da Psiquiatria: a psicanálise. In **O Sintoma Charlatão**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1998.
- CALAZANS, R.; LUSTOZA, R. Z. Sintoma Psíquico e Medicina Baseada em Evidências. In **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, vol. 64, n. 1, p. 18-30, abr. 2012.
- CALIMAN, L. V. O TDAH entre as Funções, Disfunções e Otimização da Atenção. In **Psicologia em Estudo**, v. 13, p. 549-556, 2008.
- CAMARGO JR., K. R. **Biomedicina, Saber e Ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucite, 2003.
- _____. A Biomedicina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 15 (suplemento), p.177-201, 2005.
- CANGUILHEM, G. (1966). **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- _____. (1980). O Cérebro e o Pensamento. In **Natureza Humana**, vol. 8, n. 1. São Paulo, jun 2006.
- _____. (1990) A Saúde: conceito vulgar e questão filosófica. In **Escritos sobre a Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- CAPONI, S. Biopolítica e Medicalização dos Anormais. In **Physis**, Rio de Janeiro, vol.19, n.2, p. 529-549, 2009.
- _____. As Classificações Psiquiátricas e a Herança Mórbida. **Scientiae Studia**, São Paulo, vol. 9, n. 1, p. 29-50, 2011a.
- _____. A Hereditariedade Mórbida: de Kraepelin aos neokraepelianos. **Physis**, Rio de Janeiro, vol.21, n.3, p. 833-852, 2011b.

- CASTEL, R. (1977). **A Ordem Psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CASTIEL, L. D. **A Medida do Possível... Saúde, Risco e Tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria / Editora Fiocruz, 1999.
- CHANGEUX, J. P. **L'Homme Neuronal**. Paris: Fayard, 1983.
- CHARCOT, J. M. **Sur les Divers Etats Nerveux Déterminés par L'hypnotisation chez les Hystériques**, 1882. Disponível em <https://sites.google.com/site/histoirepsychologie/documentsenmodetexte2>. Acessado em 02 de fevereiro de 2014.
- CONRAD, P. Medicalization and Social Control. In **Annual Review of Sociology**, n, 18, p. 209-32, 1992.
- _____. **The Medicalization of Society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- COSTA, J. F. Apresentação. In SERPA JR., O. D. de **Mal-Estar na Natureza**: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria. Rio de Janeiro: Te Corá, 1998.
- _____. **O Vestígio e a Aura**: corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- COWAN, W. M.; KANDEL, E. R. Prospects for Neurology and Psychiatry. In **JAMA Journal of American Medical Association**, vol. 285, n. 5, p. 594-600, feb. 2001.
- CROSS-DISORDER GROUP OF THE PSYCHIATRIC GENOMICS CONSORTIUM. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. In **The Lancet**, vol. 381, n. 9875, p. 1371-1379, 20 April 2013.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- DAVIDSON, D. Mental Events. In **Essays on Actions and Events**. New York: Oxford University Press, 1980.

- DECKER, H. How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? From Emil Kraepelin to DSM III. In **History of Psychiatry**, vol. 18, n. 3, p. 337-360, 2007.
- DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002.
- DOUBLE, D. Critical Psychiatry. In **CPD Bulletin Psychiatry**, n. 2, p. 33-36, 2000.
- DUMONT, L. (1971). **Homo Hierarchicus**: o sistema de castas e suas implicações. São Paulo: Edusp, 1992.
- _____. (1983). **O Individualismo**: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 1985.
- EHRENBERG, A. (1998). **La Fatiga de Ser Uno Mismo**: depresión y sociedad. Buenos Aires: Nueva Visión, 2000.
- _____. Le Sujet Cérébral. In **Esprit**, n. 309, p. 130-155, 2004.
- _____. Le Cerveau "Social": chimère épistémologique et vérité sociologique. In **Esprit**, s/n., p. 79-103, 2008.
- ELIAS, N. (1987[1939]) **A Sociedade de Indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.
- ELSTER, J. (1989) **Peças e Engrenagens das Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- ENGSTROM, E.; WEBER, M. Introduction to the Directions of Psychiatric Research by Emil Kraepelin. In **History of Psychiatry**, vol 16, n. 3, p. 345-364, 2005.
- ESQUIROL, J. E. **Des Maladies Mentales Considérées sous le Rapport Médical, Hygiénique, et Médico-Légal**. Paris: J-B. Ballière, 1838. Disponível em <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k765874>. Acessado em 05 de outubro de 2013.
- FARAH, M. J. Emerging Ethical Issues in Neuroscience. In **Nature Reviews Neuroscience**, vol. 5, n. 11, p. 1123-1129, nov 2002.

FARAH, M. J. et al. Neurocognitive Enhancement: what can we do and what should we do? In **Nature Reviews Neuroscience**, vol. 5, n. 5, p. 421-425, may 2004.

FALRET, J.-P. **Des Maladies Mentales et des Asiles d'Aliénés**. Paris: J. B. Baillière et fils, 1864. Disponível em <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k85072p>. Acessado em 10 de outubro de 2013.

FANTIN, J. C. Empirismo Ingenuo y Evidencia en la Psiquiatría Actual. In **Epistemologia y Psiquiatría: relaciones peligrosas**. Buenos Aires: Editorial Polemos, 2012.

FLANNAGAN, O. **The Science of the Mind**. Cambridge: The MIT Press, 1993.

FOLHA DE SÃO PAULO. **A Outra Face do Autismo**. Publicada em 04 de maio de 2014. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/marceloleite/2014/05/1448964-a-outra-face-do-autismo.shtml>

_____. **Estudo Acha Riscos Genéticos Comuns A Transtornos Mentais**. Publicada em 28 de fevereiro de 2013. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cienciasaude/96043-estudo-acha-riscos-geneticos-comuns-a-transtornos-mentais.shtml>

_____. **Mutações Genéticas Elevam Risco de Autismo**. Publicada em 06 de abril de 2012. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1072501-mutacoes-geneticas-elevam-risco-de-autismo-diz-pesquisa.shtml>

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento Difuso e Transtornos Mentais Comuns: uma revisão bibliográfica. In **Revista de Atenção Primária à Saúde**, vol. 11, n. 3, p. 285-294, jul./set. 2008.

FOUCAULT, M. (1961). **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. (1963). **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

- _____. (1966a). **As Palavras e as Coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 1981.
- _____. (1966b). As Palavras e as Coisas (entrevista com R. Bellour). In **Ditos e Escritos VII Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- _____. (1969). **Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 8ª edição 2012.
- _____. (1975a). **Vigiar e Punir**: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 1977.
- _____. (1975b). **Os Anormais**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.
- _____. (1976). **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- _____. (1977). O Asilo Ilimitado. In **Ditos e Escritos I Problematização do Sujeito**: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- _____. (1997). Aula de 17 de Março de 1976. In **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- FRANCES, A. A Warning Sign on the Road to DSM-V: beware of its unintended consequences. In **Psychiatric Times**, vol. 18, n. 8, 26 de junho de 2009. Disponível em <http://www.psychiatrictimes.com/articles/warning-sign-road-dsm-v-beware-its-unintended-consequences>
- _____. Opening Pandora's Box: the 19 worst suggestions for DSM 5. In **Psychiatric Times**, vol. ?, n. ?, 11 de fevereiro de 2010. Disponível em http://www.janusonline.it/sites/default/files/allegati_news/FrancesA_PsychiatricTimes110210.pdf
- _____. **Saving Normal**: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM 5, Big Pharma and the medicalization of ordinary life. New York: William Morrow, 2013.

- FREIDSON, E. **Profession of Medicine**: a study of the sociology of applied knowledge. New York: Dodd Mead, 1970.
- FREUD, S. (1893 [1888-93]) Algunas Consideraciones com Miras a um Estúdio Comparativo de las Parilisis Orgánicas e Histéricas. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. I. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1894) Las Neuropsicosis de Defensa. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. III. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1893-1895) Estudios sobre la Histeria. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. II. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1896) Carta 52. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. I. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1900) La Interpretación de los Sueños. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. IV e V. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1905a) Psicopatología de la Vida Cotidiana. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. VI. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1905b) Tres Ensayos de Teoria Sexual. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1905c) El Chiste y su Relación con lo Inconciente. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1910) La Perturbación Psicogénica de la Visión Según el Psicoanálisis. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XI. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1914) Introducción al Narcisismo. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1915a) Pulsiones y Destinos de Pulsión. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1915b) Lo Inconciente. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1917a) Duelo y Melancolía. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.

- _____. (1917b) El Sentido de los Síntomas. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1917c) Los Caminos de la Formación de los Síntomas. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1920) Más Allá del Principio de Placer. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1923) Yo y el Ello. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1924) El Problema Económico del Masoquismo. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1930) El Malestar en la Cultura. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1937) Análisis Terminable y Interminable. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2001.
- FREIDSON, E. **Profession of Medicine: a study of the sociology of applied knowledge**. New York: Dodd Mead, 1970.
- GAINES, A. D. From DSM I to III R - Voices of self, mastery and the other: a cultural constructivist reading of U.S. Psychiatric Classification. In **Social Science and Medicine**, vol. 35, n. 1, p. 3-24, 1992.
- GALL, F. J.; SPURZHEIM, J. (1809). **Untersuchungen ueber die Anatomie des Nervensystems ueberhaupt, und des Gehirns insbesondere**. Paris e Strasburg: Ed. Treuttel e Würtz, reedição 2001.
- GALTON, F. **Hereditary Genius**. London: Macmillan, 1869. Disponível em <http://galton.org/books/hereditary-genius/>. Acessado em 15 de setembro de 2013.
- _____. **Inquiries into Human Faculty and Its Development**. London: J.M. Dent & Company, 1883. Disponível em <http://galton.org/books/human-faculty/>. Acessado em 15 de setembro de 2013.

- GASPARD, J.-L. Discurso Médico e Clínica Psicanalítica: colaboração ou subversão. In RUDGE, A. M. e BESSET, V. (org.) **Psicanálise e Outros Saberes**. Rio de Janeiro: Cia de Freud/Faperj, 2012.
- GAUCHET, M.; SWAIN, G. **La Pratique de l'Esprit Humain**. Paris: Gallimard, 1980.
- GOFFMAN, E. (1961). **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- GONÇALVES, D. A. et al. Estudo Multicêntrico Brasileiro sobre Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. In **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 30, n. 3, p. 623-632, março 2014.
- GONON, F. La Psychiatrie Biologique: une bulle spéculative? In **Esprit**, p. 54-73, nov. 2011.
- GRIESINGER, W. (1845). Tratado sobre Patologia e Terapêutica das Doenças Mentais. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, vol. 10, n.4, p. 692-695, 2007.
- GROB, G. N. The Forging of Mental Health Policy in America: World War II to new frontier. In **Journal of the History of Medicine and Allied Sciences**, vol.42, n. 4, p. 410-46, oct. 1987.
- GUZE, S. Biological Psychiatry: is there any other kind? In **Psychological Medicine**, n. 19, p. 305-323, 1989.
- _____. The Future of Psychiatry and the Medical Model. In **The Journal of Nervous and Mental Disease**, vol 181, n. 10, p. 593-594, oct 1993.
- HEALY, D. **The Antidepressant Era**. Cambridge and London: Harvard University Press, 1997.
- _____. **The Creation of Psychopharmacology**. Cambridge and London: Harvard University Press, 2002.
- HEINROTH, J. C. A. **Lehrbuch der Seelengesundheitskunde**. Leipzig, 1823.
- _____. **Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens**. Leipzig, 1818 (2 volumes).

- HELMAN, C. (1984). **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- HORWITZ, A. **Creating Mental Illness**. Chicago: The University of Chicago Press, 2002.
- HORWITZ, A.; WAKEFIELD, J. **The Loss of Sadness**: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. New York: Oxford University Press, 2007.
- HYMAN, S. E. A Glimmer of Light for Neuropsychiatric Disorders. In **Nature**, n. 455, p. 890-893, 16 oct 2008.
- _____. The Diagnosis of Mental Disorders: the problem of reification. In **Annual Review of Clinical Psychology**, vol. 6, n.1, p. 155-179, 2010.
- _____. Psychiatric Drug Development: diagnosing a crisis. In **Cerebrum**: the Dana Forum on Brain Science. Disponível em https://www.dana.org/Cerebrum/2013/Psychiatric_Drug_Development_Diagnosing_a_Crisis/ Publicado em 9 de abril de 2013 e acessado em 30 de setembro de 2013.
- ILLICH, I. (1975) **A Expropriação da Saúde**: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1976.
- INSEL, T. Disruptive Insights in Psychiatry: transforming a clinical discipline. In **Journal of Clinical Investigation**, vol. 119, n. 4, p. 700-705, 2009.
- _____. Transforming Diagnosis. In **National Institute of Mental Health: Director's Blog**. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>. Publicado em 29 de abril de 2013 e acessado em 31 de maio de 2013.
- INSEL, T. R.; QUIRION, R. Psychiatry as a Clinical Neuroscience Discipline. In **Journal of American Medical Association**, vol. 292, n. 17, p. 2221-2221, nov 2005.
- INSEL, T. R.; WANG, P. S. Rethinking Mental Illness. In **Journal of American Medical Association**, vol. 303, n. 19, p. 1970-1971, may 2010.

JABLENSKY, A. Living in a Kraepelinian World: Kraepelin's impact on modern psychiatry. In **History of Psychiatry**, vol. 18, n. 3, p. 381-388, 2007.

JAMES, W. **Psychology**: briefer course. New York: Henry Holt, 1900.
Disponível em <https://archive.org/details/psychologybriefe00willuoft>

JASPERS, K. (1913). **Psicopatologia Geral**: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenológica. São Paulo: Atheneu, 2003.

JORNAL ESTADO DE MINAS GERAIS. **Brasileiro gasta R\$ 1,8 bi com antidepressivos e estabilizadores de humor**. Matéria publicada em 26/01/2013. Disponível em http://www.em.com.br/app/noticia/economia/2013/01/26/internas_economia,346135/brasileiro-gasta-r-1-8-bi-com-antidepressivos-e-estabilizadores-de-humor.shtml

KANDEL, E. R. A New Intellectual Framework for Psychiatry. In **American Journal of Psychiatry**, vol 155, n. 4, p. 457-469, april 1998.

KAWA, S.; GIORDANO, J. A Brief Historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. In **Philosophy, Ethics and Humanity in Medicine**, n. 7, p. 1-9, jan 2012.

KENDLER, K. S. Psychiatric Genetics: a methodologic critique. In **American Journal of Psychiatry**, vol 162, n. 1, p. 3-11, jan 2005.

KLERMAN, G. L. The Evolution of a Scientific Nosology. In J. D. Shershow (ed) **Schizophrenia: science and practice**. Cambridge and London: Harvard Univ. Press, p. 99-121, 1978.

KLERMAN, G. L. et al. Debate on DSM-III. In **American Journal of Psychiatry**, n 141, p. 539-53, 1984.

KRAEPELIN, E. 1883. **Compendium der Psychiatrie**. Leipzig, Abel.

_____. (1899). **Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte**. Leipzig: J. A. Barth, Leipzig. Leitura feita a partir da tradução inglesa *Clinical Psychiatry: a text-book for students and physicians*. London: The McMillan Co, 1902. Disponível em

<https://archive.org/details/clinicalpsychia00kraegooq>. Acessado em 20 de outubro de 2013.

_____. (1904). **Lectures on Clinical Psychiatry**. New York: Hafner Pub. Co, 1968. Disponível em <https://archive.org/details/lecturesonclini00kraegooq>. Acessado em 20 de outubro de 2013.

_____. (1920). As formas de manifestação da insanidade. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, vol. 12, n. 1, p. 167-194, mar. 2009.

KUTCHINS, H.; KIRK, S. **Making Us Crazy**. DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders. New York: Free Press, 1997.

LACAN, J. (1955a). **O Seminário Livro 2** O Eu na Teoria de Freud e na Técnica da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

_____. (1955b). A Coisa Freudiana. In **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1957). A Instância da Letra no Inconsciente ou a Razão desde Freud. In **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1958) A Direção do Tratamento e os Princípios de seu Poder. In **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1960). **O Seminário Livro 7** A Ética da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

_____. (1964). **O Seminário Livro 11** Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

_____. (1966). O Lugar da Psicanálise na Medicina. In **Opção Lacaniana** Revista Internacional de Psicanálise, n. 32, dez 2001.

_____. (1973). **O Seminário Livro 20** Mais Ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1982.

LAIA, S. A Classificação dos Transtornos Mentais pelo DSM-V e a Orientação Lacaniana. In **CliniCAPS**, vol. 5, n. 15, 2011.

LANDMAN, P. Why Does the Publication of the DSM-5 Concern European Psychiatry? In **DxSummit.org** The Global Summit on Diagnostic Alternatives: an online platform for rethinking mental health. Disponível em <http://dxsummit.org/archives/1053> Publicado em 16 de julho de 2013. Acessado em 30 de dezembro de 2013.

LAURENT, E. **Lost in Cognition**: el lugar de la pérdida en la cognición. Buenos Aires: Colección Diva, 2005.

_____. A Sociedade do Sintoma. In **A Sociedade do Sintoma**: a psicanálise hoje. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007a.

_____. Princípios Diretores do Ato Psicanalítico. In _____ **A Sociedade do Sintoma**: a psicanálise, hoje. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007b.

_____. L'Evaluation comme Symptôme et comme Ravage. In **La Petit Girafe** 19, 2008.

_____. O Delírio da Normalidade. In _____ **Loucuras, Sintomas e Fantasias na Vida Cotidiana**. Belo Horizonte: Sriptum, 2011b.

_____. **Fim de uma Época**. In Boletim da Escola Brasileira de Psicanálise. Disponível em http://www.diretorianarede.com.br/ebp_deb/ebP_deb001/laurent.html/ Acessado em 25 de maio de 2013.

_____. **A Batalha do Autismo**: da clínica à política. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

LE BRETON, D. (1990). **Antropologia do Corpo e Modernidade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

LECOURT, D. Normas. In RUSSO, M; CAPONI, S. (org.) **Estudos de Filosofia e História das Ciências Médicas**. São Paulo: Discurso Editorial e UFSC, 2006.

LEGUIL, F. A Psicanálise e o Pessoal da Medicina. In **ASephallus** – Revista Eletrônica do Núcleo Sephora. vol. 3, n. 5, nov 2007.

- LOCK, M.; NGUYEN, V.-K. **An Anthropology of Biomedicine**. Singapore: Wiley-Blackwell, 2010.
- LOMBROSO, C. **L'Uomo Delinquente**. Milano: Hoepli, 1876. Disponível em <https://archive.org/details/luomodelinquente00lomb>. Acessado em 20 de outubro de 2013.
- LUZ, M. T. **Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MACHADO, R. **Ciência e Verdade: a trajetória da arqueologia de Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- MARTIN, J. B. The Integration of Neurology, Psychiatry and Neuroscience in the 21st Century. In **American Journal of Psychiatry**, vol. 159, n. 5, p. 695-704, 2002.
- MATUSEVICH, D.; PIECZANSKI, P. Qué es la Post-Psiquiatria? Escenarios y encrucijadas de la psiquiatria atual. In **Epistemología y Psiquiatria: relaciones peligrosas**. Buenos Aires: Ed. Polemos, 2012.
- MAUSS, M. (1938). Uma Categoria do Espírito Humano: a noção de pessoa, a noção do “eu”. In **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária, 1974.
- MAYES, R.; HORWITZ, A. DSM III and the Revolution in the Classification of Mental Illness. In **Journal of the History of the Behavioral Sciences**, vol. 41, p. 249-267, 2005.
- MENNINGER, K. **The Vital Balance: the life process in mental health and illness**. New York: Viking Penguin, 1963.
- MEYER, A. **The Collected Papers of Adolf Meyer** (E. E. Winters, ed.). Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1951. vol. 2: Psychiatry.
- MILLER, G. The Seductive Allure of Behavioral Epigenetics. In **Science**, vol 39, p. 24-26, jul 2010.
- MILLER, J-A. O Sintoma e o Cometa. In **Opção Lacaniana**, nº 19, 1997.
- _____. Biologia Lacaniana e Acontecimentos de Corpo. In **Opção Lacaniana**, nº 41. São Paulo: Eolia, 2004.

- _____. A Arte do Diagnóstico: o Rouxinol de Lacan. In **Curinga**, n. 23, p. 15-33, nov. 2006.
- _____. **Coisas de Fineza em Psicanálise**. Seminário de Orientação Lacaniana, 2008, inédito.
- _____. Do Neurônio ao Nó. In **Revista aSEPHallus**. Rio de Janeiro, vol. VII, n. 13, nov. 2011 a abr. 2012.
- MILER, J-A, MILNER, J-C. **Você Quer Mesmo Ser Avaliado?** São Paulo: Manole, 2006.
- MLODINOW, L. **Subliminar**. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.
- MOREIRA, V. A Contribuição de Jaspers, Binswanger, Boss e Tatossian para a Psicopatologia Fenomenológica. In **Revista da Abordagem Gestáltica**, vol.17, n.2, pp. 172-184, 2011.
- MOREL, B.-A. **Traité des Dégénérescences**. Paris: J. B. Baillière, 1857. Disponível em <https://archive.org/details/traitedsdg1857more>. Acessado em 10 de outubro de 2013.
- _____. **Traité des Maladies Mentales**. Paris: J. B. Baillière, 1860. Disponível em <https://archive.org/details/traitedsmaladie00moregoog>. Acessado em 10 de outubro de 2013.
- MOYNIHAM, R.; CASSELS, A. Os Vendedores de Doenças. In **Le Monde Diplomatique Brasil**, 01 de maio de 2006.
- MOYNIHAN, R., HEATH, I.; HENRY, D. Selling Sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. In **British Medical Journal**, vol. 324, n. 7342, p. 886–891, april 2002.
- MOYNIHAN, R.; HENRY, D. The Fight Against Disease Mongering: generating knowledge for action. In **Public Library of Science Medicine (PLOS Medicine)**, vol. 3, n. 4, p. 425-428, 2006.
- NAGEL, T. Reductionism and Antireductionism. In: BOCK, G.; GOODE, J. (org.). **The limits of reductionism in biology**. Chichester: J. Wiley, p.3-14, 1998.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. **Research Domain Criteria** (RDoC). Disponível em <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml>. Acessado em 06 de abril de 2014.

NESSE, R.; STEIN, D. Towards a Genuinely Medical Model for Psychiatry Nosology. In **BMC Medicine**, vol. 10, n. 5, p. 1-9, 2012.

NOVAS, C.; ROSE, N. Genetic Risk and the Birth of the Somatic Individual. In **Economy and Society** vol. 29, n. 4, p. 485-513, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Informe sobre a Saúde no Mundo 2001**. Saúde Mental: novos conhecimentos, novas esperanças. OMS: Genebra, 2001.

_____. **Depression: a global public health concern**. In http://www.who.int/mental_health/management/depression/ Publicado em 09 de outubro de 2012. Acessado em 30 de janeiro de 2014.

ORR, J. Biopsychiatry and the Informatics of Diagnosis. In **Biomedicalization: technoscience, health and illness in the US**. Durham: Duke University Press, 2010.

ORTEGA, F.; VIDAL, F. Mapeamento do Sujeito Cerebral na Cultura Contemporânea. In **RECIIS – Rev. Eletrônica de Comunicação, Informática e Inovação em Saúde**, vol.1, n.2, p. 257-261, jul-dez, 2007.

PEREIRA, M. E. C. Formulando uma Psicopatologia Fundamental. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, vol. 1, n. 1, p. 60-76, set. 1998.

_____. O DSM-IV e o Objeto da Psicopatologia: um estudo crítico. In PEREIRA, M. E. C. (org.). **Psicanálise e Universidade / Temas Conexos**. Belo Horizonte: Passos, 1999.

_____. A Loucura Circular de Falret e as Origens do Conceito de Psicose Maníaco-Depressiva. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, vol. 5, n. 4, p. 125-129, dez. 2002.

- _____. Morel e a Questão da Degenerescência. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, vol. 11, n. 3, p. 490-496, set. 2008.
- _____. Bayle e a Descrição da Aracnoidite Crônica na Paralisia Geral: sobre as origens da Psiquiatria Biológica na França. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, vol. 12, n. 4, p. 743-751, dez. 2009.
- PIGNARRE, P. **Comment la Dépression est Devenue une Epidemie**. Paris: La Découverte, 2001.
- PIMENTEL, C. P.; VAZ, P. Visualizando o Eu: considerações sobre a dimensão política das imagens cerebrais. In **E-compós Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação**. Brasília, vol.12, n.2, p. 1-16, maio-ago 2009.
- PINEL, P. **Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale**. Paris: Brosson, 1801 (2ª edição 1809). Segunda edição do livro disponível no site da Medical Heritage Library. Endereço eletrônico do livro: <https://archive.org/details/traimdicoph00pinel>. Acessado em 03 de setembro de 2013.
- PORTIN, P.; LEHTONEN, J; ALANEN, Y. Mental Illness Requires a Multidisciplinary Plan. In **Science**, vol. 328, n. 5983, p. 1229, 4 June 2010.
- PRICE, B. H.; ADAMS, R. D.; COYLE, J. T. Neurology and Psychiatry: closing the great divide. In **Neurology**, vol. 54, n. 1, p. 8-14, jan. 2000.
- QUINET, A. **A Descoberta do Inconsciente: do desejo ao sintoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.
- REVISTA VEJA. **Cérebro: as imagens que revelam a origem biológica do pensamento e das emoções e vão revolucionar o tratamento das doenças mentais**. Publicada em 06 de março de 2013. Disponível em <http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>
- _____. **Estudo Identifica 13 Alterações Genéticas Envolvidas na Esquizofrenia**. Publicada em 26 de agosto de 2013. Disponível em

<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/estudo-identifica-13-alteracoes-geneticas-envolvidas-na-esquizofrenia>

_____. **Estudo Mostra como Alterações Genéticas Podem Levar ao Autismo.** Publicada em 12 de agosto de 2012. Disponível em <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/estudo-mostra-como-alteracoes-geneticas-podem-levar-ao-autismo>

_____. **Identificados Fatores Genéticos Comuns A Cinco Doenças Psiquiátricas.** Publicada em 28 de fevereiro de 2013. Disponível em <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/identificado-fator-genetico-comum-a-cinco-doencas-mentais>

_____. **Pesquisas Aprofundam Conhecimento sobre as Causas Genéticas do Autismo.** Publicada em 04 de abril de 2012. Disponível em <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/tres-pesquisas-aprofundam-conhecimento-sobre-causas-geneticas-do-autismo>

_____. **Depressão: a promessa de cura.** Publicada em 28 de novembro de 2012. Disponível em <http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>

RODRIGUES, A. C. T. Karl Jaspers e a Abordagem Fenomenológica em Psicopatologia. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol. 8, n. 4, p. 754-768, 2005.

RORTY, R. **Objectivity, Relativism and Truth.** Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

ROSE, N. Neurochemical Selves. In **Society**, vol. 41, n. 1, p 46-59, nov/dec 2003.

_____. Disorders Without Borders? The expanding scope of psychiatric practice. In **Biosciences**, n. 1, p. 465-484, 2006.

_____. Beyond Medicalization. In **The Lancet**, vol. 369, p. 700-702, february 2007a.

_____. **Politics of life itself:** biomedicine, power, and subjectivity in the twentieth-first century. London: Princeton University Press, 2007b.

- _____. **Will Biomedicine Transform Society?** The political, economic, social and personal impact of medical advances in the twenty first century. London: BIOS, 2008.
- _____. The Human Sciences in a Biological Age. In **Theory, Culture and Society**, vol. 30, n. 1, p. 3-34, jan 2013.
- ROSEN, G. (1958). **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec/Unesp, 1994.
- _____. (1974). **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- ROSENBERG, C. Contested Boundaries: psychiatry, disease and diagnosis. In **Perspectives in Biology and Medicine**, vol. 49, n. 3, p. 407-424, summer 2006.
- ROSENHAM, D. On Being Sane in Insane Places. In **Science**, vol. 179, n. 4070, p. 250-258, 1973.
- RUSSO, J.; PONCIANO, E. O Sujeito da Neurociência: da naturalização do homem ao re-encantamento da natureza. In **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 12, n. 2, p. 345-373, 2002.
- SABSHIN, M. Turning Points in Twentieth-Century American Psychiatry. In **The American Journal of Psychiatry**, vol. 147, n. 10, p. 1267-1274, oct 1990.
- SADLER, J. Z.; FOSTER, D. W. Psychiatric Molecular Genetics and the Ethics of Social Promises. In **Journal of Bioethics Inquire**, vol 8, n. 1, p. 27-34, march 2011.
- SAINT CLAIR, E. Os Antidepressivos e o Jornalismo Brasileiro: breve histórico de uma relação ciclótica (1990-2010) In **Em Questão - Revista da Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação da UFRGS**. Porto Alegre, vol. 19, n.1, p. 275-293, jan./jun. 2013.
- SALEM, T. A Despossessão Subjetiva: dos paradoxos do individualismo. In **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 18, ano 7, 1992.

- SANDIN, S. et al. The Familial Risk of Autism. In **JAMA**, vol. 311, n. 17, p. 1770-1777, 2014.
- SANTIAGO, J. A Querela Atual do Sintoma: o realismo lógico da psicanálise em face do nominalismo contemporâneo. In **Curinga Os Nomes do Amor**. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise-MG, n. 24, p. 11-19, 2007.
- SAYER, A. **Reductionism in Social Science**. Department of Sociology at Lancaster University, sept. 2005.
- SCHWARTZ, S.; CORCORAN, C. Biological Theories of Psychiatric Disorders: a sociological approach. In SCHEID, T. AND BROWN, T. (ed.) **A Handbook for the Study of mental Health: social contexts, theories and systems**. New York: Cambridge University Press, p. 64-88, 2010.
- SERPA JR., O. D. de. **Mal-Estar na Natureza**: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria. Rio de Janeiro: Te Corá, 1998.
- _____. Clínica e Evidência: em que se baseiam as nossas decisões? In **Cadernos Ipub**, n. 15, p. 61-79, 1999.
- _____. Mente, Cérebro e Perturbação Mental: a natureza da loucura ou a loucura na natureza. In **Cadernos IPUB (UFRJ)**, Rio de Janeiro, vol. 18, p. 144-157, 2000.
- _____. Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de "o normal e o patológico" de Georges Canguilhem. In **Psicologia Clínica**, vol. 15, n. 1, p. 121-135, 2003.
- _____. Psiquiatria e Neurociências: como redescobrir o cérebro sem eclipsar o sujeito. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, vol. VII, n.2, p. 110-124, 2004.
- _____. O Degenerado. In **História, Ciência e Saúde - Manguinhos**, vol.17, suppl. 2, p. 447-473, 2010.
- SHORTER, E. **A History of Psychiatry**: from the era of the asylum to the age of prozac. New York: John Wiley & Sons, 1997.
- _____. **Before Prozac**: the troubled history of mood disorders in psychiatry. New York: Oxford University Press, 2009.

- SIMMEL, G. Individual and Society in Eighteenth and Nineteenth Century: views of life. In WOLFF, K. L. (ed.). **The Sociology of Georg Simmel**. New York: The Free Press, 1950.
- SOARES, G. B.; CAPONI, S. Depressão em Pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. In **Interface Botucatu**, vol.15 no.37, p. 437-446, Apr./June 2011.
- SOARES, J.; CAMARGO Jr., K. A Autonomia do Paciente no Processo Terapêutico como Valor para a Saúde. In **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 11, n. 21, p. 65-78, 2007.
- STAGNARO, J. C. Nosografías Psiquiátricas Contemporáneas: descripción y perspectivas críticas. In **Epistemología y Psiquiatría: relaciones peligrosas**. Buenos Aires: Editorial Polemos, 2012.
- STOP DSM. **Manifesto por uma Psicopatologia Clínica Não Estatística**. In STOP DSM home page. Publicado em 11 de abril de 2014. Disponível em <http://www.stop-dsm.org/index.php/en/>. Acessado em 10 de março de 2012.
- STRIMBU K.; TAVEL, J. What are Biomarkers? In **Current Opinion HIV AIDS**, vol. 5, n. 6, p. 463-466, nov. 2010.
- SUGIZAKI, E. Da Anátomo-Política à Biopolítica. In SOUZA, R. T. de; OLIVEIRA, N. F. de (org.) **Fenomenologia Hoje III: bioética, biotecnologias, biopolítica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.
- SZASZ, T., 1961. **O Mito da Doença Mental**. Rio de Janeiro: Zahar Ed, 1979.
- TORREY, E. F. **Freudian Fraud: the malignant effect of Freud's theory on American thought and culture**. New York: Harper Collins Publishers, 1992.
- UNITED STATES OF AMERICA. Department of Energy Office of Science, Office of Biological and Environmental Research. **Human Genome Program**. Disponível em http://web.ornl.gov/sci/techresources/Human_Genome/index.shtml. Acessado em 10 de dezembro de 2013.
- VALVERDE, L. **Análise Epidemiológica e Clínica do Ambulatório Central de Adultos do Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS)**. Trabalho de conclusão de Estágio Integrado em Saúde Mental. Rio de Janeiro, 2008.

- VIDAL, F. Le Sujet Cérébral: une esquisse historique et conceptuelle. **Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences**, vol. 3, n. 11, p. 37-48, 2005.
- VIEIRA, M. A. Dando Nome aos Bois: sobre o diagnóstico na psicanálise. In FIGUEIREDO, A. C. (org.) **Psicanálise: pesquisa e clínica**. Rio de Janeiro: Ipub/Cuca, 2001.
- WACQUANT, L. Toward a Social Praxeology: the structure and logic of Bourdieu's sociology. In BOURDIEU, P. e WACQUANT, L. (ed.). **An Invitation to Reflexive Sociology**. Chicago: The University Press of Chicago, 1992.
- WAKEFIELD, J. C. Diagnosing DSM-IV, Part 1: DSM-IV and the concept of mental disorder. In **Behavior Research and Therapy**, vol. 35, n. 7, p. 633-650, 1997.
- _____. Misdiagnosing Normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. In **Journal of Mental Health**, vol. 19, n. 4, p. 337-351, aug 2010.
- WAKEFIELD, J. C.; BAER, J. C.; SCHMITZ, M. F. Differential Diagnosis of Depressive Illness Versus Intense Normal Sadness: how significant is the "clinical significance criterion" for major depression? In **Expert Review of Neurotherapeutics**, vol. 10, n. 7, p. 1015-1018, 2010.
- WEAVER, I. C. et al. Epigenetic Programming by Maternal Behavior. In **Nature Neuroscience**, vol. 7, n. 8, p. 847-854, june 2004.
- WINOGRAD, M. O Sujeito das Neurociências. In **Trabalho, Educação e Saúde**, vol. 8, p. 521-534, 2010.
- _____. Psicanálise, Ciência Cognitiva e Neurociência: notas para uma interlocução sobre o corpo pensante. In **Psychê**, vol. 10, p. 179-195, 2006.
- WILSON, M. DSM III and the Transformation of American Psychiatry: a history. In **American Journal of Psychiatry**, vol. 150, n. 3, p. 399-410, march 1993.
- ZATZ, M. Projeto Genoma Humano e Ética. In **São Paulo em Perspectiva**, vol.14, n.3, pp. 47-52, jul 2000.

ŽIŽEK, S. (2006). **Como Ler Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

ZOLA, I. K. Medicine as an Institution of Social Control. In **The Sociological Review**, n. 20, p. 487-504, 1972.

ZORZANELI, R.; ORTEGA, F. Cultura Somática, Neurociências e Subjetividade Contemporânea. In **Psicologia e Sociedade**, vol. 23. n. especial, 2011.

Anexos

Grupos de recepção: uma porta de entrada para a experiência de análise?*

Deborah Uhr e Nuria Malajovich Muñoz

Resumo:

Os grupos de recepção constituem importante recurso na organização dos ambulatórios públicos. Seus efeitos advêm da aproximação entre tal dispositivo e as entrevistas preliminares. No presente artigo, esse tema é retomado a partir das questões levantadas pelos sintomas contemporâneos. Analisa as saídas possíveis para um cenário onde a vontade de gozo parece se impor ao desejo de saber.

Palavras-chave: grupo de recepção, ambulatório de saúde mental, psicanálise aplicada, entrevistas preliminares, sintomas contemporâneos.

Os grupos de recepção foram criados, no âmbito da reforma psiquiátrica, para atender à necessidade de reestruturação dos ambulatórios da rede pública de saúde, reorganizando o fluxo e a dinâmica dos serviços a partir de sua porta de entrada. Essa transformação responde à necessidade de diversificação e complexificação da rede de assistência em saúde mental que, ancorada no paradigma da atenção psicossocial, estabelece um novo modelo de cuidado e uma ampliação da clínica *stricto sensu*, que passa a ser situada entre a saúde e o bem-estar social. O foco do cuidado incide sobre o sofrimento psíquico, mas também sobre os problemas da vida cotidiana, dialogando com o contexto cultural e sócio-econômico dos sujeitos na composição do projeto terapêutico individual.

No início dos anos 1990, o fracasso do processo de ambulatorização da assistência iniciado nas décadas anteriores evidencia-se, destacando-se a baixa resolutividade terapêutica dos casos acompanhados, a produção de excessiva

* Artigo publicado em **Latusa** n. 18 O Início de uma Análise, o Fim e o Meio. Rio de Janeiro: EBP-Rio, agosto 2013.

medicalização do sofrimento psíquico, a formação de imensas filas de espera e a inexpressiva capacidade de absorção da clientela que procura os serviços. A partir de então, caberia aos profissionais dos ambulatórios a produção de acessibilidade e a qualificação da prática clínica.

Nesse contexto, a atuação dos analistas que haviam ingressado na rede pública de saúde já se tornara alvo de duras críticas. Elas se referiam principalmente à inadequação das técnicas propostas na abordagem dos problemas de saúde mental dos casos mais graves, como as psicoses, mas também em relação à dificuldade de alguns analistas em receber pacientes cujo contexto sócio-econômico e cultural diferia radicalmente de seu universo referencial. Diziam respeito também à impossibilidade de transposição do modelo de atendimentos individuais em consultório particular para as instituições de saúde, pois geraria efeitos terapêuticos inexpressivos com alto índice de abandono dos tratamentos, além da hierarquização e seleção da clientela atendida (Costa, 1987; Bezerra Jr., 1987). Eram salientadas ainda as dificuldades desses profissionais em se adaptar ao trabalho em equipe multiprofissional (LoBianco et al, 1994).

A psicanálise aplicada à saúde mental

A inserção de analistas lacanianos no campo público contribui para a modificação desse cenário, com a oferta de um novo tipo de resposta clínica que viabiliza a aplicação da psicanálise às instituições de saúde mental, produzindo alterações positivas na atenção em saúde (Figueiredo, 2005; Greco, 2008).

O trabalho com as psicoses, o autismo e a debilidade mental, além dos novos sintomas apresentadas na contemporaneidade (uso abusivo de substâncias psicoativas, sintomas alimentares ou ainda situações que envolvem risco psicossocial), passa a ser sustentado a fim a responder à necessidade postulada pelo próprio Freud (1919/1996) de adaptação da técnica psicanalítica às condições produzidas pelas transformações da sociedade. A atuação na rede pública de saúde implica uma conexão com o social que exige dos analistas a atualização de suas coordenadas de tratamento, de modo a produzir efeitos que incidam sobre as novas configurações assumidas pelo mal estar.

A inclusão daqueles para quem o dispositivo clássico não funciona só ocorre com a preservação dos princípios éticos que sustentam a clínica psicanalítica. Lacan (1953/1998) enfatizou a importância de os analistas alcançarem “em seu horizonte a subjetividade de sua época”, dando a eles a tarefa de refabricar suas ferramentas de modo a produzir novas articulações da psicanálise com o social. Essa orientação não abre mão de seus operadores lógicos e toma como foco o sujeito, considerado como produto da linguagem e da forma como esta se articula para cada um. Trata-se de valorizar a dimensão daquele que experimenta o sofrimento psíquico, construindo o conhecimento e a direção do tratamento a partir das indicações do próprio sujeito.

A psicanálise de orientação lacaniana é regida por princípios e não por *standards*. Opera através de um modo específico de intervenção e dos efeitos que dele derivam. A transferência é tomada como o ponto de partida, apostando-se que um laço de trabalho se estabeleça no caso a caso, independente de sua gravidade ou do tipo de sintoma apresentado. Como afirma Laurent (2007), a particularidade do lugar do analista se define pela sustentação do enigma no sujeito que vem ao seu encontro.

O uso da psicanálise na instituição se aproxima do que Lacan (1964/2003) concebeu como psicanálise aplicada. Definida como uma das seções de trabalho da Escola Freudiana de Paris, ela se refere à terapêutica e à clínica médica. Diferentemente da psicanálise pura, a psicanálise aplicada não tem como efeito necessário a produção de um analista, mas porta um caráter terapêutico – não psicoterápico – na medida em que leva o sujeito ao trabalho analítico. É importante destacar que a psicanálise aplicada é sustentada por um analista “cuja qualidade profissional não depende do terreno apropriado do consultório, nem da natureza da clientela, e sim da experiência em que ele se engajou” (Miller, 2008, p. 8).

Sendo assim, sua posição na instituição deve ser a de alguém advertido quanto aos limites dos ideais, especialmente quando, a seu serviço, se exclui o sujeito da cena clínica. Laurent (1999) se refere a essa posição como a do ‘analista-cidadão’, ou seja, de alguém que, na fronteira entre o clínico e o político, faz de seu ato um instrumento que visa incidir na difícil articulação entre as normas universais e aquilo que é próprio de cada sujeito. Trata-se de,

reconhecendo e referendando a necessidade de fazer valer os direitos de cidadania e a exigência das instituições de proteção social, sustentar a particularidade subjetiva. Isso porque, no âmbito da reforma psiquiátrica, há um risco corrente de que as palavras de ordem, a tentação de ‘fazer o bem’ incidam como um imperativo que apaga a singularidade.

O grupo de recepção e o desafio de leitura dos sintomas contemporâneos

O grupo de recepção é um dispositivo criado para acolher as pessoas que procuram os serviços de saúde mental. Funciona em pequenos grupos com cerca de seis a oito pacientes e um ou dois técnicos de nível superior, com um número determinado de entrevistas. Tem por objetivo agilizar e qualificar o atendimento e, em geral, tem sido usado na transformação da assistência ambulatorial.

Os grupos foram implantados no início dos anos 1990 partindo da premissa de que o modo de acolhimento do paciente na instituição aponta a direção de seu tratamento. Com esse propósito, organizam-se em três tempos que se desdobram em acolhimento, avaliação e encaminhamento. A aproximação com a psicanálise se deu pela assunção de que o dispositivo poderia assumir o valor de entrevistas preliminares (Maron, 2000). Ao suspender o modo de resposta imediata oferecida na triagem, abria-se a possibilidade de que uma pergunta pudesse vir a ser formulada pelo sujeito a respeito das razões que o fizeram procurar o serviço. O grupo de recepção tem como objetivo realizar um tratamento da demanda de modo a viabilizar a construção de uma interrogação do sujeito acerca de seu sofrimento que dê lugar à retificação subjetiva e à histericização do discurso.

No entanto, o aumento progressivo de pessoas que procuram os ambulatórios sem apresentar uma demanda de tratamento que venha a se constituir como um desejo de saber tem levado os analistas a problematizarem sua atuação no dispositivo de recepção e também o estatuto contemporâneo da demanda. Nesse sentido, Brousse (2009) aponta que a dificuldade se coloca do lado da transferência, ou seja, em relação ao laço que o paciente estabelece no tratamento na medida em que muitos sujeitos “estão mais preocupados com o seu modo de gozo do que com o saber do qual são efeito”. A instauração de um tempo prévio torna-se, nessa situação, pré-condição para que o analista, com a sua

manobra, restaure a possibilidade de um endereçamento do sintoma como mensagem a ser decifrada e de sua reconexão à estrutura simbólica da linguagem.

Miller (1997), a partir dos casos clínicos discutidos na *Conversação de Arcachon*, propõe uma investigação acerca de situações que apontam para um desligamento do Outro, visando recolher as evidências do gozo e de seu retorno fora do discurso. Mostra, por essa via, que o trabalho clínico se torna mais complexo, já que se trata de empreender uma leitura que parte de signos não evidentes, por vezes ínfimos. Essa perspectiva evidencia a decisão do analista, pois se trata não apenas de recolher pistas, mas de considerar que há, a partir delas, uma entrada possível. Nesse mesmo sentido, Laurent (2007) assinala que o programa de ação do analista na atualidade consiste em fazer acreditar no sintoma como algo que pode ser lido. Essa leitura inclui o não sentido de modo a contorná-lo, produzindo uma borda a partir da qual os pequenos traços deixados pelos sintomas contemporâneos podem se por a falar.

As entrevistas de retorno nos grupos de recepção e o fato de o dispositivo funcionar regularmente e de forma aberta são uma aposta e um convite nessa direção. Para sustentar esta posição tomamos emprestadas as considerações de Di Ciaccia (2003) segundo as quais os analistas não avaliam a possibilidade de um tratamento valendo-se de um sintoma, de sua gravidade ou do diagnóstico, mas tendo por base a relação do sujeito com o significante.

A psicanálise oferece um novo modo de tratamento que não visa promover a identificação do sujeito a um significante específico, mas sua divisão, apontando para aquilo que, no sintoma, articula-se ao gozo e ao real. Introduce um modo de conceber o sintoma que, agindo como um ponto-de-basta, propicia uma reconexão com o social. Objetiva assim a formação de um modo de laço que se apoia na particularidade do sintoma e em sua irredutibilidade (Laurent, 2011).

Cabe frisar que os grupos de recepção vão, nesse sentido, na contramão da urgência assumida na atualidade, da pressa em obter uma resposta que obture a falta aberta por aquilo que não funciona no sintoma. Cava-se assim a possibilidade de os sujeitos experimentarem outro tempo, o de um trabalho preliminar que aposta na instauração de um enigma. Não é incomum que os sujeitos retornem ao dispositivo após um período longo de tempo – por vezes anos

– a fim de retomar uma pergunta que havia ficado em aberto desde o primeiro contato, mas que havia permanecido à espera de um acontecimento que precipitasse o desejo de se engajar na experiência de análise.

A busca de um tratamento de saúde mental no ambulatório pode indicar que a resposta dada pelo sujeito ao real, de algum modo, se esgotou ou se tornou insuficiente. Esse é o ponto nodal e estar advertido disso faz com que, nos grupos de recepção, não se procure fornecer sentidos para o sintoma, mas mobilizar e incluir o sujeito naquilo que o acomete. É preciso, como aponta Brousse (2007), deixar de lado as certezas doutrinárias de modo a aceitar o real que está em jogo nas novas marcas deixadas pelo sintoma na atualidade.

Se a busca por uma análise não é o primeiro passo de quem chega ao grupo de recepção, isso não significa que ele não possa responder a um convite para que, a partir da palavra, se pergunte sobre sua responsabilidade em relação ao próprio gozo, seus excessos, e sobre sua relação com o Outro. Nesse sentido, o analista assume uma posição um pouco à margem, de lado, na instituição. Não se trata de fornecer sentidos, mas tampouco de tentar restituir o bom modo de funcionamento, mas de uma aposta na existência do inconsciente e na possibilidade de o sujeito situar seu sintoma como uma resposta singular – e não *prêt-à-porter* – à angústia.

Passar da posição de falado para a de quem fala de seu sofrimento é um percurso árduo, seja em atendimentos individuais no consultório ou no ambulatório, seja nos dispositivos grupais. A experiência de atendimento nos grupos de recepção indica que esse deslizamento diz respeito mais à adesão do sujeito ao seu modo de gozo do que ao fato de o dispositivo ser grupal ou individual. O atendimento em grupo coloca riscos que concernem prioritariamente à proliferação de identificações imaginárias que tendem a obscurecer o que há de particular no sofrimento de cada um. Isso instaura um desafio a mais para o analista, que precisa descompletar o grupo. Por outro lado, tem sido interessante observar o quanto o atendimento no coletivo favorece que as pessoas relativizem seu sofrimento pessoal e tirem consequências da sua própria fala, da dos demais e das pontuações feitas por aquele que o sustenta. Ao término das entrevistas nos grupos de recepção não são poucos os pacientes que, mantendo um pedido de tratamento, optam por um acompanhamento grupal.

Importante ressaltar que muitos pacientes não fazem a passagem de um ensaio preliminar (1913/1996) para a construção de uma demanda de saber. As razões são várias e podemos resumi-las em três grandes grupos: as entrevistas têm um efeito terapêutico e o sujeito opta por concluir sua participação ao fim do número de encontros propostos; a suspensão da resposta imediata coloca para os sujeitos a exigência de um questionamento mínimo de sua queixa e muitos deles não o desejam, abandonando os grupos; os pacientes não se repositionam em relação à demanda de cura, mas não deixam os grupos. Parte da clientela que assume esta última postura chega motivada pelo desejo de encontrar um modo de restituição do funcionamento anterior do sintoma, muitas vezes fazendo uso de medicação e sustentando-se no grupo de recepção visando sua obtenção. Em alguns desses casos há um prolongamento das entrevistas como uma aposta de que o sujeito possa fazer um deslocamento mínimo em sua posição subjetiva.

Há situações em que isso não ocorre e é preciso suportar a escolha do sujeito, pois de outro modo incorremos no ideal de que todos devem se analisar. Na linha assinalada por Gueguén (2007), não é incomum que os sujeitos procurem os grupos de recepção e que essa experiência sirva para verificar que não desejam, por enquanto, abrir mão de seus sintomas. A liberdade do sujeito deve ser levada em conta, todavia, a oferta deve ser sustentada para todo aquele que o desejar. Seldes (2004) aponta, nessa direção, que as contra-indicações devem ser tomadas, na psicanálise aplicada, enquanto indicações daquilo que não convém fazer em determinadas ocasiões. Esse posicionamento não desobriga o analista, que não pode abrir mão de sua responsabilidade, orientando sua ação a partir daquilo que recolhe do encontro com cada caso, avaliando os riscos e a pertinência de suas intervenções.

Referências Bibliográficas

- BEZERRA JR., B. Considerações sobre Terapêuticas Ambulatoriais em Saúde Mental. In TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (orgs.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987.
- BROUSSE, M. H. A Transferência nos Dispositivos de Psicanálise Aplicada (parte 2). In **Entrevários: revista do Clin-a**, n. 4, 2009.

- _____. Três Pontos de Ancoragem. In ASSOCIAÇÃO DO CAMPO FREUDIANO (org.) **Pertinências da Psicanálise Aplicada**. Trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- COSTA, J. F. Consciência da Doença como Consciência do Sintoma: a "doença dos nervos" e a identidade psicológica. In **Cadernos do IMS/UERJ**, n. 1, 1987.
- DI CIACCIA, A. Inventar a Psicanálise na Instituição. In ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSICANÁLISE (org.) **Os Usos da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Associação Mundial de Psicanálise, Editora Contracapa, 2003.
- FIGUEIREDO, A. C. Uma Proposta da Psicanálise para o Trabalho em Equipe na Atenção Psicossocial. In **Mental: Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC**. Barbacena, ano III, n 5, 2005.
- GUÉGUEN, P. G. Quatro Pontuações sobre a Psicanálise Aplicada. In ASSOCIAÇÃO DO CAMPO FREUDIANO (org.) **Pertinências da Psicanálise Aplicada**. Trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- FREUD, S. 1913. Sobre o Início do Tratamento. In **Obras Completas de Sigmund Freud** vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. 1919 [1918]. Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica. In **Obras Completas de Sigmund Freud** vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- GRECCO, M. Psicanálise e Saúde Mental: o "e" da questão. In FIGUEIREDO, A. C. (org). **Corpo, Sintoma e Psicose: leituras do contemporâneo**. Rio de Janeiro, Contra Capa livraria, 2006.
- LACAN, J. 1953. Função e Campo da Fala e da Linguagem. In **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. 1964. Ato de Fundação. In **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.
- LAURENT, E. Princípios Diretores do Ato Analítico. In **A Sociedade do Sintoma: a psicanálise hoje**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007.

- _____. O Analista Cidadão. In **Curinga** n. 13: Psicanálise e Saúde Mental. Belo Horizonte: EBP-MG, 1999.
- _____. A Sociedade do Sintoma. In **A Sociedade do Sintoma: a psicanálise hoje**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007.
- _____. O Delírio de Normalidade. In **Loucuras, Sintomas e Fantasias na Vida Cotidiana**. Belo Horizonte: Scriptum livros, 2011.
- LO BIANCO, A. C. et al. Concepções e Atividades Emergentes na Psicologia Clínica: implicações para a formação. In CFP (org.). **Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a profissão**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
- MARON, G. Grupos de Recepção: interrogando (n)os grupos. In **Cadernos do Ipub** n 17: Grupos de Recepção. Rio de Janeiro: Ipub/Cuca, 2000, p. 47.
- MILLER, J-A. Rumo ao PIPOL 4. In **Correio** – Revista da Escola Brasileira de Psicanálise, n. 60: Clínica e pragmática. Escola Brasileira de Psicanálise, mar/2008.
- _____. (org.) **La Conversation d’Arcachon. Cas Rares: les inclassables de la clinique**. Paris: Seuil, 1997.
- SELDES, R. La Urgencia Subjetiva: um nuevo tiempo. In BELLAGA, G. (org.). **La Urgencia Generalizada: la práctica en el hospital**. Buenos Aires: Grama, 2004, p. 39.

Psicanálise aplicada à instituição de saúde mental: o grupo de recepção como tratamento da demanda^{*}

Deborah Uhr

A articulação entre psicanálise e psiquiatria/saúde mental não é recente no país, remontando às primeiras décadas do século XX. Naquele contexto e ao longo do século, a psicanálise se apresentou como instrumento de adaptação social e subjetiva. Na realidade, toda a prática psiquiátrica servia a este fim, que podia se realizar tanto no contexto asilar quanto nas práticas preventivas disseminadas socialmente.

Uma das novidades decorrentes do processo de reforma psiquiátrica, iniciado no final dos anos 1970, foi a tentativa de rompimento com o viés adaptativo e segregador da psiquiatria. Nesse sentido, se estabeleceu como bandeira de luta a reivindicação do estatuto de cidadania para o louco, o que contribuiu para transformações tanto no âmbito assistencial quanto nos níveis político, jurídico e cultural. Tratava-se de construir uma nova relação entre sociedade e loucura que permitisse a reinserção social do louco e a substituição do modelo asilar. Essa proposta tem levado à progressiva diversificação e complexificação da rede de assistência em saúde mental, agora ancorada no paradigma da atenção psicossocial¹.

Esse cenário tem sido especialmente profícuo para a aplicação da psicanálise nas instituições de saúde mental a partir de um novo viés. Trata-se de, reconhecendo e referendando a necessidade de fazer valer os direitos de cidadania do louco e a exigência das instituições de proteção social, sustentar a particularidade do sujeito. Isso porque, no âmbito da reforma psiquiátrica, há um risco corrente de que as palavras de ordem, a tentação de ‘fazer o bem’ incidam sobre o sujeito como um imperativo que abafa sua particularidade.

Sendo assim, a posição do psicanalista na instituição é a de alguém advertido quanto aos limites dos ideais, especialmente quando, a seu serviço, se exclui o sujeito da cena clínica. Laurent (1999) se refere a essa posição como a do

^{*} Artigo escrito como conclusão do curso regular do Instituto de Clínica Psicanalítica. Mimeo, 2006.

‘analista-cidadão’, entendido como aquele que procura impedir que, em nome da universalidade, se esqueça a particularidade de cada um.

O uso da psicanálise na instituição se aproxima do que Lacan (1964) concebeu como ‘psicanálise aplicada’. Definida como uma das seções de trabalho da Escola Freudiana de Paris, a psicanálise aplicada se refere à terapêutica e à clínica médica. Diferentemente da ‘psicanálise pura’, não tem como efeito necessário a produção de um psicanalista, mas porta um caráter terapêutico – não psicoterápico – na medida em que leva o sujeito ao trabalho analítico.

A tese deste artigo é que a inserção de um psicanalista nos grupos de recepção de um ambulatório de saúde mental abriu a possibilidade de tratar a demanda ao instaurar uma escuta centrada na particularidade do acontecimento subjetivo, ao interrogar o sujeito acerca de sua posição frente ao seu sofrimento.

O ambulatório de saúde mental – circunscrevendo o problema:

O ambulatório de adultos do Instituto Nise da Silveira² fica na zona norte do Rio de Janeiro, na AP 3.2. Trata-se de um serviço de grandes proporções, seja do ponto de vista da clientela (aproximadamente 4000 pacientes) seja do ponto de vista da equipe (cerca de 20 técnicos de nível superior). Desde os anos 1980 ele atua como um ambulatório de referência na cidade, atendendo neuróticos e psicóticos. Nos anos 1990, a crescente demanda sobre o serviço produziu o seu fechamento para novos pacientes. Com a municipalização do hospital, em 2000 a porta de entrada do ambulatório foi reaberta, utilizando-se para isso o grupo de recepção.

O grupo de recepção é um dos dispositivos criados no âmbito da reforma psiquiátrica para acolher os pacientes que procuram os serviços de saúde mental. Funcionam em pequenos grupos com cerca de seis a oito pacientes e um ou dois técnicos de nível superior, com um número determinado de entrevistas. Têm por objetivo agilizar e qualificar o atendimento e, em geral, têm sido usados na transformação da assistência ambulatorial.

O ponto de partida do funcionamento dos grupos de recepção é a idéia de que o modo de acolhimento do paciente na instituição aponta a direção de tratamento. Neste sentido, eles se desdobram em três tempos: acolhimento,

avaliação e encaminhamento. A aproximação entre os grupos de recepção e a psicanálise se dá pela assunção de que eles podem assumir o valor de entrevistas preliminares (Maron, 2000). Neste sentido, têm como objetivo principal a análise da demanda e, para isso, operam uma suspensão da resposta imediata e convidam o sujeito a se perguntar sobre sua implicação naquilo de que se queixa, a se responsabilizar pelos seus ditos e por sua escolha, inclusive a de tratamento.

Um dos impasses dos grupos de recepção deste ambulatório era que eles, a despeito do nome e da prática multidisciplinar, funcionavam mais como uma triagem do que como uma recepção, ancorando-se predominantemente nos sintomas e na ação médica. A resposta habitual à queixa do sujeito era farmacoterápica e, quando o quadro clínico permitia, indicava-se psicoterapia ou terapia ocupacional, sem qualquer implicação do sujeito nesta indicação de tratamento. O paciente era imediatamente acolhido na instituição, que estava sempre sem vagas. Por conta disso, ele se mantinha em consultas mensais no grupo de recepção por seis meses, até poder ser acolhido por seu médico assistente. No caso do atendimento psicológico ou de terapia ocupacional, não havia agendamento regular e a absorção da clientela era errática. Todo esse quadro produzia desistências do tratamento e grande absenteísmo.

Outro efeito deste tipo de funcionamento era uma longa espera pelo primeiro atendimento no grupo de recepção, que girava em torno de nove meses. Durante este tempo, o paciente que se dirigia ao ambulatório era atendido na emergência psiquiátrica. Não havia acompanhamento regular do paciente por um único profissional, as consultas eram espaçadas e a resposta ao sofrimento era exclusivamente medicamentosa. Dito de outro modo, na emergência *não havia tratamento* e a equipe do ambulatório não se implicava nessa situação, pois aqueles pacientes eram da emergência e não seus³. Ela resistia a qualquer proposta de mudança na recepção porque imaginava que se produziria um aumento da demanda. Eximia-se de sua responsabilidade pelo território e levava a cabo uma recepção medicalizante.

A questão que se colocava era como alterar esse cenário. Como produzir acesso e, ao mesmo tempo, tratar a demanda? Duas estratégias diferentes foram colocadas em marcha. A primeira dizia respeito à ‘tomada de responsabilidade’

pela área de abrangência do serviço⁴ e a segunda à aplicação rigorosa da idéia de que o grupo de recepção servia à análise da demanda.

Grupo de recepção como tratamento da demanda

O primeiro passo para fazer valer o valor de entrevistas preliminares dos grupos de recepção foi a modificação do seu modo de funcionamento. Eles foram se transformando ao longo do tempo até adquirir sua configuração atual⁵. Hoje existem dois grupos de recepção, que são realizados por uma psicanalista e uma psiquiatra. Os pacientes da área de abrangência do serviço têm acesso imediato aos grupos, que acontecem duas vezes por semana.

A recepção se divide em três momentos: acolhimento, avaliação e encaminhamento. No primeiro momento é feita uma espécie de triagem ou hierarquização da demanda para reencaminhamento de pacientes cujo problema deve ser tratado em outra unidade (uso de álcool e outras drogas, casos neurológicos, retardo mental etc.).

A partir daí, os pacientes passam a um segundo momento, o da análise da demanda. Parte dos pacientes, em geral os psicóticos, são referidos para a psiquiatra para entrevistas individuais. A outra parte da clientela, a que compõe o maior número de pacientes, é encaminhada para os grupos de retorno, que se desdobram em três entrevistas. Na última entrevista é feito o encaminhamento.

Cabe ressaltar que acorrem ao ambulatório, em sua maioria, pacientes com queixas de ansiedade e depressão, sujeitos tomados pela angústia e que portam uma urgência na solução de seu sofrimento. O pedido de tratamento vem inicialmente vinculado ao pedido de medicação e desconectado de qualquer implicação do sujeito no seu sintoma, sendo colocado no médico ou em outro profissional *psi* o papel de agente da cura. Poucos são os casos em que o paciente vem em busca de psicoterapia ou em que ele se indaga sobre o sentido de seu mal-estar.

É a decisão ética do psicanalista de que há sujeito no sintoma que transforma a recepção em um ato clínico. Caberá ao paciente a decisão de se implicar nesse sintoma para, a partir daí, construir a possibilidade de um tratamento. As entrevistas de retorno nos grupos de recepção são uma aposta nessa direção. Para

sustentar esta posição tomamos emprestadas as considerações de Di Ciaccia (2003) que considera que os psicanalistas não avaliam a possibilidade de um tratamento valendo-nos de um sintoma, de sua gravidade ou do diagnóstico. A possibilidade de tratamento, segundo o autor, é analisada com base na relação do sujeito com o significante, e a bússola do psicanalista é a demanda do sujeito e sua posição de desejo decidido em relação ao tratamento.

Esse desejo decidido do analisante tem a chance de se instaurar a partir do Desejo do Analista, que, frente à demanda por restituição da satisfação perdida, silencia a fim de que “reapareçam os significantes em que sua frustração está retida” (Lacan, 1958: 624). Onde o sujeito espera encontrar um significante que possa representá-lo, que possa recompor o seu sintoma e produzir alívio, encontra um vazio que o remete a uma questão sobre seu próprio desejo, a partir do desejo do Outro.

A operação de instauração de um enigma para o sujeito e de sua localização frente ao desejo do Outro constitui um dos níveis das entrevistas preliminares. Outro nível é o da retificação subjetiva, que diz respeito à passagem de uma posição eminentemente queixosa em relação ao outro, como se ele fosse o responsável pelo mal-estar do sujeito, para a posição de suspeita em relação a sua própria participação na produção desse sofrimento. Nessa implicação há a assunção de uma responsabilidade da parte do sujeito e é a ela que se dirige a psicanálise (Miller, 1987).

A abertura para o inconsciente operada pelas entrevistas preliminares constitui um tempo de trabalho prévio à análise propriamente dita, mas já é tratamento. Há entre elas e a análise o ato analítico de aceitar ou recusar o pedido de tratamento, mas as entrevistas preliminares, de algum modo, já se inscrevem na ‘cura’ do sujeito.

Cabe ressaltar que o que está em jogo em todo esse processo é a transferência, na medida em que a transformação do sintoma como queixa em um ‘sintoma analítico’ é correlata do estabelecimento da transferência. A partir daí se instaura a suposição de saber que permite a entrada em análise.

Feita essa breve discussão sobre a função das entrevistas preliminares e sua relação com a entrada em análise, resta-nos perguntar como isso se opera em uma instituição, e mais, como isso se realiza em um contexto em que não há um endereçamento prévio a um psicanalista e a demanda de alívio costuma incluir o pedido de medicação, em que as entrevistas são realizadas em grupo e limitadas a três encontros e onde aquele que faz as entrevistas não é quem leva adiante o tratamento.

Se pensarmos em um uso *standard* da psicanálise, a resposta imediata será a de que não é possível aplicá-la nesse cenário. Nos grupos de recepção se coloca com toda intensidade a premissa de que a psicanálise lacaniana é regida por princípios e não por *standards*. E tem sido baseada nesses princípios que a atuação de um psicanalista é possível no ambulatório e que sua ação pode ter efeitos sobre os sujeitos e sobre o funcionamento institucional. Como afirma Laurent (2006), a particularidade do lugar do psicanalista se define pela sustentação do enigma no sujeito que vem ao seu encontro.

Os efeitos institucionais dessa posição podem ser identificados em algumas mudanças importantes do funcionamento institucional: aumento do número de grupos de recepção com o término da lista de espera; acolhimento automático nos grupos de recepção da clientela que procura o ambulatório; rompimento com a prática da triagem ancorada na avaliação diagnóstica e na medicalização do sofrimento; hierarquização da demanda, com rápida absorção quando a situação assim o exige, em especial nos casos de psicose; privilegiamento da clientela mais grave; e discussão de casos clínicos. Verificou-se que a ampliação do acesso ao ambulatório não incorreu em um inchamento do serviço porque a prática da recepção subverteu a equação ‘pedido de ajuda = oferta imediata de cuidado’. A articulação com outros recursos assistenciais favoreceu que o tratamento da clientela pudesse se dar em outros serviços da área. No percurso de implantação e desenvolvimento dos grupos de recepção, a psicanalista, que era chefe do serviço, deixou a função para se dedicar exclusivamente à clínica, nos próprios grupos e nos atendimentos individuais.

As conseqüências da sustentação da abertura e do enigma junto aos sujeitos tem sido, prioritariamente, a escolha de um tratamento pela palavra, a desistência do pedido de tratamento ou a “alta”. Para isso há uma orientação geral de que os

pacientes não obtenham, com a medicação ou com a compreensão / aconselhamento, uma resposta tampão para seu sofrimento. Não há um veto à medicação mas o seu uso é restrito e articulado à construção de uma interpretação do sujeito acerca de seu próprio mal-estar e não ao seu estabelecimento em uma posição de objeto do saber médico, que tudo conhece sobre seus sintomas e sua doença. Isso já representa certa torção em relação ao funcionamento institucional marcado pela mestria e ao pedido originário de socorro por parte do paciente.

Embora no ambulatório seja incomum a procura por uma análise, a busca de um tratamento indica que a resposta dada pelo sujeito ao real, de algum modo, se esgotou ou se tornou insuficiente. Esse é o ponto nodal e estar advertido disso faz com que, nos grupos de recepção, se procure não fornecer sentidos para o sintoma, tentando fazer surgir a questão do desejo. Se o primeiro passo do sujeito não foi a busca por uma análise isso não significa que ele não possa responder a um convite para que, a partir da palavra, se pergunte sobre sua participação no seu mal-estar.

Passar da posição de falado para a de quem fala de seu sofrimento é um percurso árduo, seja em atendimentos individuais no consultório ou no ambulatório, seja nos dispositivos grupais. A experiência de atendimento nos grupos de recepção indica que esse deslizamento diz respeito mais à adesão do sujeito ao seu gozo do que ao fato de o dispositivo ser grupal ou individual. O atendimento em grupo coloca riscos que concernem prioritariamente à proliferação de identificações imaginárias que tendem a obscurecer o que há de particular no sofrimento de cada um. Isso instaura um desafio a mais para o psicanalista se ele precisa descompletar o grupo. Por outro lado, tem sido interessante observar o quanto o atendimento no coletivo favorece que as pessoas relativizem seu próprio sofrimento e tirem conseqüências da sua própria fala, da dos demais e das pontuações feitas pela psicanalista. Ao término das entrevistas nos grupos de recepção não são poucos os pacientes que, mantendo um pedido de tratamento, optam por um acompanhamento grupal.

Outro desafio colocado para os grupos de recepção é o número determinado de três sessões. Isso de imediato coloca um limite para o dispositivo e o situa em uma posição, ao mesmo tempo, de tratamento e de passagem. Ou seja, ele constitui tratamento porque, como atesta Freud (1913), o ensaio preliminar é o

início do tratamento e deve conformar-se às suas regras e, ao mesmo tempo, porque, tendo um final anunciado desde o seu início, pode servir de meio para a construção de uma demanda de saber. O interessante é que muitos dos pacientes não fazem essa passagem. As razões são várias e podemos resumi-las em três grandes grupos: as entrevistas têm um efeito terapêutico em si mesmas e os pacientes pedem “alta” ao seu final; a suspensão da resposta imediata coloca para os pacientes a exigência de um questionamento mínimo de sua queixa e muitos deles não o suportam, abandonando os grupos; os pacientes se mantêm muito aderidos ao seu gozo e nem dão início a uma certa retificação subjetiva nem deixam os grupos. Parte da clientela que assume esta última posição chega ao ambulatório já medicada e sustenta-se nas entrevistas visando a obtenção da medicação. Em alguns desses casos há um prolongamento das entrevistas como uma aposta de que o sujeito possa fazer um deslocamento mínimo em sua posição.

Há casos em que isso não ocorre e é preciso suportar a escolha do sujeito, pois de outro modo incorremos no ideal de que todos devem se analisar. Nessa situação resta como questão o manejo da medicação e o lugar que ela assumirá no tratamento dos pacientes, caso ele ocorra no ambulatório.

Um último ponto diz respeito ao fato de que aquele que faz as entrevistas não é quem leva adiante o tratamento. Essa questão talvez seja a mais delicada porque a transformação do sintoma em questão está atrelada à transferência, ao endereçamento ao psicanalista como sujeito suposto saber. Mas como operar esse deslocamento quando não é a mesma pessoa que recebe os pacientes nos grupos de recepção, colocando em marcha o trabalho das entrevistas preliminares, e que faz o tratamento ou análise propriamente dita?

Duas diretrizes orientam o manejo desta questão: a idéia de que o trabalho de retificação e localização subjetiva é levado a cabo pelo sujeito, e a aposta de que a via de interrogação aberta pelos grupos de recepção possa se manter em outro lugar, seja com outro terapeuta seja em outra instituição. Caberá ao sujeito fazer valer seu desejo decidido de se tratar ou ao menos que possa sustentar a abertura do inconsciente...

Caso 1 – o efeito terapêutico das entrevistas

Maria procura o ambulatório em função de problemas familiares: o filho é esquizofrênico e o marido deprimiu desde que perdeu o emprego. A partir de então solicita constantemente sua presença e ela se diz pressionada por esta situação. Queixa-se de depressão e esquecimento.

Na segunda entrevista, Maria reclama que o marido não a deixa em paz e a psicanalista indaga o que a faz suportar esta situação. Ela responde que o casamento dura vinte anos e que foi arranjado pela mãe e pela avó. Casou-se jovem e foi impedida de estudar e trabalhar, o que a levou a ter filhos ‘para se ocupar’. Agora, adoecido, o marido requisita a atenção antes dispensada aos filhos e se queixa de que não é consultado para resolver questões cotidianas. Maria diz-se nervosa com toda essa situação e retoma a queixa em relação ao marido. A psicanalista recoloca sua pergunta e interrompe a entrevista.

Maria volta no encontro seguinte dizendo que procurou tratamento em função de uma crise de nervos que a impediu de se mexer e que a levou a se demitir de seu emprego há três anos. Sabe que tem problemas e às vezes pensa que não vai agüentá-los. Procura o ambulatório porque tem pressão alta ‘emocional’ mas não sabe como podemos ajudá-la. Veio encaminhada pelo clínico que lhe prescreveu um benzodiazepínico. Informa que o marido também tem problemas, mas não quer se tratar. Segundo a paciente, ele se sente ‘metade homem’ porque está impotente desde o desemprego e o adoecimento.

Na última entrevista Maria pede alta. Afirma que já fez de tudo para o marido se curar e que as entrevistas a ajudaram a dar um limite a ele. Agora quer cuidar de si. Pensa que pode fazê-lo sozinha porque a evocação da pergunta da psicanalista lhe permitiu dar um basta ao marido quando ele fez menção de sufocá-la com seus pedidos.

Caso 2 – os efeitos de grupo

Célia chega ao ambulatório com queixa de tristeza, desânimo e ansiedade. Relaciona os sintomas à situação dos filhos: um sofreu grave acidente que terminou por lhe desfigurar o rosto e o outro se casou. O ocorrido com o primeiro ‘acabou com ela’ e o casamento do segundo foi muito duro porque ela o queria

para si. Hoje se sente inútil porque não pode fazer nada. Pede diazepam porque ‘vive a base de remédios’. A psicanalista não responde sua demanda e convida-a para novas entrevistas. A paciente associa o acidente do filho à morte da mãe, frente aos quais não sabe como lidar. Ela tem que fazê-lo sozinha porque o marido fica paralisado. Refere que viveu para os filhos - um deles apresentou epilepsia na infância e a doença dele ‘caiu sobre ela’. Não a aceitou. Informa que tinha muitas expectativas em relação aos filhos e que se descontrola quando os filhos brigam entre si.

Na última entrevista Célia deixa de lado suas elaborações e vem decidida a conseguir a medicação. Afirma que seu problema é psiquiátrico e que precisa de remédio porque não tem mais saída. O calmante lhe dá sossego e faz dormir. A família tem problemas e ela ‘precisa entrar no meio dos filhos’, que lhe pedem socorro. A psicanalista pergunta se Célia tem que entrar no meio deles e ela volta a falar que fica insone e ansiosa. Diz que quer uma solução para o seu caso – a medicação – e a psicanalista afirma que ela não será medicada. A negativa deixa-a transtornada e Célia passa a desvalorizar o grupo e a minha formação da psicanalista. Afirma que falar não adianta e que pode fazê-lo em qualquer lugar. Ela mesma faz a ressalva de que lá não pode falar de seus problemas. A psicanalista indica que ali ela tem feito isso e convida-a para novo encontro. Célia não cede e afirma que vai procurar medicação em outro lugar.

Estava colocado um impasse. A recusa da medicação não visava o abandono das entrevistas. Por outro lado, havia se instalado uma tensão entre a paciente e a psicanalista, que atrapalhava seu retorno e, ao mesmo tempo, afetava o grupo. A psicanalista não sabia bem como encaminhar a situação e decidiu passar a palavra às outras pacientes (eram cinco mulheres). A segunda paciente a falar se identificou com Célia e também sublinhou seu desejo de ser medicada. No entanto, aceitou o chamado para nova entrevista. Foi a fala da terceira paciente que operou uma mudança na dinâmica do grupo. Tratava-se de uma senhora idosa que havia procurado o ambulatório em função de um quadro de constipação crônica relacionado à ansiedade. Ela afirma que fica muito nervosa por coisas bobas, da vida cotidiana. Dá como exemplo uma situação com o marido e a psicanalista lhe pergunta sobre a relação do casal. Ela diz que sente falta de sexo e

que talvez isso a deixe ansiosa. Sua afirmação provoca uma reviravolta no grupo, que passa a discutir o tema.

Célia, que havia ficado um tanto emburrada, muda de expressão e diz que já não se interessa por sexo há cerca de 15 anos (é uma mulher de 60 anos). Afirma que os problemas familiares a impedem de pensar nisso. Esse foi o mote para que a psicanalista resgatasse o percurso discursivo feito pela paciente até então e que havia sido atravessado pelo pedido de medicação. Convida-a para nova entrevista e, dessa vez, Célia aceita.

Referências Bibliográficas

DI CIACCIA, A. **Inventar a Psicanálise na Instituição**. In ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSICANÁLISE (org.) **Os Usos da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Associação Mundial de Psicanálise, Editora Contracapa, 2003.

FREUD, S. (1913). Sobre o Início do Tratamento. In **Obras Completas de Sigmund Freud** vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LACAN, J. (1958). A Direção do Tratamento e os Princípios de seu Poder. In **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

LACAN, J. (1964). Ato de Fundação. In **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

LAURENT, E. O Analista Cidadão. In **Curinga** n° 13: Psicanálise e Saúde Mental. Belo Horizonte: EBP-MG, 1999.

_____. **Princípios Diretores do Ato Analítico**. Proferidos no V Congresso da Associação Mundial de Psicanálise. Disponível em <http://www.ebp.org.br>. Acessado em 30 de setembro de 2006.

MARON, G. Grupos de Recepção: interrogando (n)os grupos. In **Cadernos do Ipub** n° 17: Grupos de Recepção. Rio de Janeiro: Ipub/Cuca, 2000.

MILLER, J.-A. 1987. O Método Psicanalítico. In **Lacan Elucidado**: palestras no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

ⁱ O paradigma da atenção psicossocial diz respeito a um novo ‘modelo’ de cuidados onde há uma ‘ampliação da clínica’ *stricto sensu*, agora situada entre a saúde e o bem-estar social. Propõe-se um cuidado que engloba tanto o sofrimento psíquico do sujeito quanto os seus problemas da vida cotidiana. Considera-se o contexto cultural e sócio-econômico na proposição do projeto terapêutico individual. Coerentes com esse novo modelo têm sido criados novos serviços, como caps, serviços residenciais terapêuticos etc.

² O Instituto Nise da Silveira é um complexo de assistência psiquiátrica localizado no bairro do Engenho de Dentro. É dividido em inúmeros serviços como hospitais-dia e caps, ambulatórios, enfermarias psiquiátricas de curta e média permanência, serviços residências terapêuticos e enfermarias de moradores. Até o início de 2006 prestava atendimento de emergência psiquiátrica, que atualmente é feito no Pam Del Castilho.

³ É importante destacar que, com a implantação de novas equipes de saúde mental na rede do município, cabia ao ambulatório somente o atendimento da clientela de sua área de abrangência (AP 3.2).

⁴ Tomada de responsabilidade diz respeito à responsabilização de um serviço pelo acolhimento da demanda saúde mental da sua área de abrangência. Isso não significa ter que assumir todos os pacientes em tratamento, mas implica em não se omitir frente à demanda porque a unidade está lotada, porque a equipe se preocupa com o acompanhamento dos usuários que já estão em tratamento ou porque o serviço não dispõe de recursos humanos e materiais. Para fazer valer sua responsabilidade pela área, o serviço se articula a outros serviços de saúde mental e a dispositivos sanitários e sociais, além de rever o modo de funcionamento, incluindo a recepção da clientela.

No caso do ambulatório, houve uma articulação com os hospitais-dia da área, que respondiam pela clientela psicótica e neurótica grave; com o Pam Del Castilho, que passou a responder por parte da AP 3.2; com a emergência, que progressivamente deixou de atender aos casos que não eram de urgência, o que diminuiu o número de casos que chegavam medicados ao ambulatório.

⁵ Inicialmente foram mantidos dois dos grupos de recepção originais e abertos mais quatro grupos. Assim, tornou-se possível atender a clientela represada na emergência do hospital. Em dez meses acabou-se com a fila de espera e o atendimento na recepção do ambulatório passou a ser imediato. Nos primeiros três meses de funcionamento dos novos grupos de recepção, eles foram feitos exclusivamente pela psicanalista (chefe do serviço na época), deixando os psiquiatras numa posição de retaguarda. Três meses mais tarde um terapeuta ocupacional se juntou ao trabalho e três meses depois uma médica passou a integrar a recepção. Com o tempo, os grupos iniciais acabaram e só se mantiveram na recepção a psicanalista e a médica que compartilhavam das novas orientações clínicas.