



**Saúde mental  
e psicanálise:  
lógica diagnóstica  
e novos sintomas**

Saúde mental e psicanálise: lógica diagnóstica e novos sintomas / Fuad Kyrillos Neto, organizador. - Barbacena: EdUEMG, 2011.  
154 p.: il.

ISBN: 978-85-62578-10-6

1. Saúde Mental. 2. Psicanálise. I. Universidade do Estado de Minas Gerais. II. Título.

CDU: 613.86+159.964.2

Catálogo: Sandro Alex Batista - Bibliotecário CRB/6 2433

ISBN: 978-85-62578-10-6

# Saúde mental e psicanálise: lógica diagnóstica e novos sintomas

Fuad Kyrillos Neto  
(Organizador)



UNIVERSIDADE  
DO ESTADO DE MINAS GERAIS



UFTM  
Universidade Federal  
do Triângulo Mineiro

Barbacena  
Editora da Universidade do Estado de Minas Gerais  
2011

# **Universidade do Estado de Minas Gerais**

## **Reitor**

Dijon de Moraes Junior

## **Vice-Reitora**

Santuza Abras

## **Chefe de Gabinete**

Eduardo Andrade Santa Cecília

## **Pró-Reitor de Planejamento, Gestão e Finanças**

Giovânio Aguiar

## **Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação**

Luzia Gontijo Rodrigues

## **Pró-Reitora de Ensino e Extensão**

Renata Nunes Vasconcelos

## **Pró-Reitora de Extensão**

Vânia Aparecida Costa

## **EdUEMG – Editora da Universidade do Estado de Minas Gerais**

Av. Cel. José Máximo - 200 - B. São Sebastião

Barbacena - MG - CEP: 36202.284

Tel.: (32) 3362-7385 - Fax: (32) 3362-7431

eduemg@uemg.br

## **Coordenação**

Daniele Alves Ribeiro

## **Capa, projeto gráfico e diagramação**

Marco Aurélio Costa Santiago

## **Produção editorial e revisão**

Daniele Alves Ribeiro

# **Universidade Federal do Triângulo Mineiro**

## **Reitor**

Virmondés Rodrigues Junior

## **Vice-Reitora**

Ana Lúcia de Assis Simões

## **Chefe de Gabinete**

Irani Rosa Nunes

## **Pró-Reitor de Ensino**

Acir Mário Karwoski

## **Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação**

Dalmo Correia Filho

## **Pró-Reitora de Extensão Universitária**

Virginia Resende Silva Weffort

## **Pró-Reitora de Assuntos Comunitários e Estudantis**

Rosimár Alves Querino

## **Pró-Reitora de Recursos Humanos**

Ana Palmira Soares Santos

## **Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento**

Carla Costa Figueiredo

## **Pró-Reitor de Administração**

João Ulisses Ribeiro



# Sumário

**Prefácio** \_\_\_\_\_ **9**

**Apresentação** \_\_\_\_\_ **13**

## Seção I

### Ideologia e classificações diagnósticas

A necessidade de ser como fundamento  
da teoria psicanalítica do desenvolvimento  
de D. W. Winnicott

**Leopoldo Fulgencio** \_\_\_\_\_ **17**

Não se fala de boca cheia

**Maria Letícia de Oliveira Reis** \_\_\_\_\_ **51**

Implicações do conhecimento paranoico  
sobre o saber obsessivo: quando a terapia  
derrapa na pior

**Tiago H. Rodrigues Rocha** \_\_\_\_\_ **59**

DSM e ideologia: reflexões acerca da pretensão  
de uma diagnóstica totalizante

**Fuad Kyrillos Neto** \_\_\_\_\_ **79**

# Sumário

## Seção II

### A “gestão” dos sintomas na contemporaneidade

Razão diagnóstica, medicalização e bioidentidade

**Rossano Cabral Lima** \_\_\_\_\_ **93**

Psicanálise e Saúde Mental: questões cruciais

**Christiano Mendes de Lima** \_\_\_\_\_ **105**

Alternativas ao tratamento medicamentoso:  
ainda seriam possíveis?

**Conceição Aparecida Serralha** \_\_\_\_\_ **123**

A relação entre adolescência e violência:  
alguns aportes psicanalíticos

**Vilma Valéria Dias Couto** \_\_\_\_\_ **141**



## **Prefácio**

### **Saúde mental e psicanálise**

Reunir psicanalistas de diversas orientações em um simpósio universitário para discutir a saúde mental é um mérito sempre a ser louvado. Afinal, por muito tempo, os psicanalistas preferiram o caminho do debate interno: os psicanalistas das associações pouco queriam saber da universidade e vice-versa; os de diversas orientações ignoravam por completo o que se pesquisava em outras abordagens; dentro de uma mesma abordagem, as rupturas de escolas faziam com que uma escola deliberadamente ignorasse o que se passava com a outra. Esse não é um fenômeno exclusivamente brasileiro.

A questão se complica ainda mais quando se trata de discutir a atuação da psicanálise no campo da saúde mental. Ora os psicanalistas ignoram completamente o que se passa nesse campo, ora pretendem tão somente replicar as estratégias clínicas que usam em situações - que chamaremos de clássicas - em casos nos serviços públicos sem muito resultado. Ainda no campo da saúde mental, temos a necessidade de debate não somente entre diversas abordagens psicanalíticas, mas também com outras abordagens e até mesmo com outras profissões. O resultado desse isolamento é a pouca participação na discussão das políticas públicas, que beira à alienação política.

Essa alienação não deixa de ter custos para a psicanálise. Não é sem razão que muitas vezes os psicanalistas são pegos de surpresa por movimentos que colocam a sua prática em questão. Ora são chamados de ultrapassados; ora de charlatães por não serem científicos; isso quando não são chamados de esotéricos. Paralelo a esse cenário, temos por outro lado a proposta do que podemos chamar de medicalização do psíquico e que atua em três frentes: diagnóstica, tratamentos e política.

1. Em relação ao diagnóstico: a redução do diagnóstico à reunião de sinais e sintomas coligidos estatisticamente para definir o que chamam de transtorno mental. A consequência, como podemos encontrar

nas formulações dos DSM's (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) III, III-R, IV, IV-TR e no vindouro V, é a recusa sistemática ao uso das categorias diagnósticas da psicanálise. Vemos isso também no caso da saída da neurose como um transtorno ou da pulverização da psicose em diversos transtornos.

2. Em relação ao tratamento: ora, se o diagnóstico é pautado tão somente em sinais e sintomas, implicitamente está dizendo que o tratamento reduz-se a remissão desses mesmos sinais e sintomas. Desse modo, a psicanálise como clínica da fala passa a ser atacada como um discurso charlatão em nome da cientificidade do tratamento. E temos com tratamento privilegiado a proposta ou de condicionamento de comportamentos, ou de usos sistemáticos de medicamentos. Levar o sujeito a retificar sua relação com o sintoma mediante um questionamento de seu ideais fica fora de questão;

3. Em relação à política: o discurso que acompanha os outros dois dispositivos é que com um diagnóstico e com a remissão dos sintomas, teríamos uma melhor gestão dos recursos de saúde. Assim, preconiza-se que um procedimento mais adequado é aquele que permite a integração do sujeito ao regime de produção capitalista. Pouco importando aí a função que o sintoma possa ter para aquele sujeito. Esse não é um movimento isolado em um país ou em uma região no mundo. Temos esse movimento na Itália, Espanha, Grã-Bretanha, França, Áustria, Alemanha e Argentina, para citar apenas alguns. No Brasil, esse movimento tomou duas feições nos últimos tempos: a primeira é a que foi chamada de Ato Médico, que pretendia submeter toda e qualquer disciplina considerada como do campo da saúde - as psicoterapias aí incluídas - a decisões de avaliação dos médicos; a segunda é a pretensão de criar um protocolo único de avaliação de uma psicoterapia. Tanto uma quanto outra pretendem subsumir a psicanálise no campo geral das psicoterapias, considerando que a finalidade última de todo e qualquer tratamento no campo do sofrimento psíquico seja a promoção de um estado harmônico entre o sujeito e seu meio. E essa passa a ser o norteador das políticas públicas.

O resultado desses três modos de proceder é deixar de lado aquilo que é próprio ao campo do sofrimento psíquico e que deveria servir de orientação para as políticas públicas: o trabalho clínico. A consequência disso é o aumento das categorias de diagnósticos e o aumento do uso de medicamentos sem a necessidade para tal. Temos também, em consonância com isso, o que podemos chamar de patologização da existência: a consideração de vários eventos da vida de alguém em transtornos mentais e, assim, em um ciclo vicioso, introduzimos mais novas categorias diagnósticas que demandarão mais medicamentos. Através das décadas, houve um aumento de cerca de 300% de transtornos psiquiátricos proveniente das revisões dos DSM's. Acompanhando esse aumento de classes diagnósticas, temos o aumento de casos dentro de uma mesma classe diagnóstica. Silvia Elena Tendlarz (2008) aponta para dados que demonstram o aumento de 500 mil casos de Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) diagnosticados em 1987 para 4 mil e 400 casos dez anos depois nos Estados Unidos. No Brasil, em relação ao TDAH, tivemos entre os anos 2000 e 2004 o aumento de 1020% de vendas de caixas de metilfenidato. Entre 2004 e 2008, tivemos outro aumento da ordem de 930%, indicando o vínculo secreto entre a diagnóstico e o tratamento. Aumento de vendas indica, por sua vez, aumento de casos. E, se muitas vezes seu uso é reivindicado em nome de um melhor gerenciamento da saúde pública, devemos estar atentos aos riscos que um mau diagnóstico pode acarretar não somente para os sujeitos, mas também para as finanças públicas.

Essa redução do diagnóstico a um levantamento de fenômenos e do tratamento a remissão dos mesmos leva à ignorância da lógica dos fenômenos e de sua etiologia. Desse modo, podemos nos interrogar: como fazer uma boa orientação para as políticas públicas de saúde mental, deixando de lado o trabalho clínico que é importante também para esse campo? A psicanálise aí tem muito a contribuir. E uma das maneiras mais eficazes é, ao nosso ver, o que esse simpósio propõe: o diálogo entre os diversos psicanalistas, independente de sua orientação, de seu

pertencimento a uma associação ou a uma universidade. E o diálogo com outras abordagens que estejam dispostas a dialogar, de modo sempre presente e permanente no campo da saúde mental. Diálogo não para unificar, mas para, através da diferença, encontrarmos e inventarmos soluções e ações que possam contribuir tanto para a psicanálise quanto para a saúde mental. Somente assim podemos fazer com que o sujeito e sua singularidade volte ao centro do trabalho clínico. Por isso, um simpósio com psicanalistas de diversas orientações dentro de uma universidade para discutir o tema da psicanálise e saúde mental é uma iniciativa que deve sempre ser louvada.

**Prof. Dr. Roberto Pires Calazans Matos**

Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
da Universidade de São João del-Rei (UFSJ)

## Apresentação

Em junho de 2011, aconteceu o *I Encontro de saúde mental e psicanálise: lógica diagnóstica e novos sintomas*. Realizado por pesquisadores da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) envolvidos com a psicanálise em suas diversas perspectivas teóricas, o encontro reuniu pesquisadores de importantes instituições de ensino e pesquisa brasileiras.

Esta obra é fruto dos estudos apresentados nesse evento e que foram retrabalhados para esta publicação sem perderem, contudo, certa independência um dos outros. Não obstante, há um espaço comum entre os trabalhos, que foram agrupados em partes distintas, duas seções, a saber: *Ideologia e classificações diagnósticas* e *“Gestão” dos sintomas na contemporaneidade*.

Tais partes oferecem ao leitor um quadro panorâmico acerca das possibilidades, impasses e tensões existentes nas gramáticas diagnósticas na contemporaneidade.

Diagnosticar tornou-se uma das atividades mais valorizadas em nossa atual forma de vida. As políticas públicas baseiam-se cada vez mais em diagnósticos. O terceiro setor, em expansão em nosso país, organizou-se em torno da tríade diagnóstico, intervenção e avaliação. A administração da vida requer contínuos diagnósticos e rediagnósticos e eles se tornam cada vez mais híbridos.

Interessa-nos particularmente nos trabalhos ora apresentados a discussão acerca da revitalização expansiva da diagnóstica psiquiátrica por intermédio do sistema classificatório *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Desde a primeira versão em 1952, o DSM vem incluindo em suas versões subsequentes um número crescente de quadros. Antigas classes interpretativas como neurose e psicose são segmentadas em unidades sintomáticas descritivas cada vez menores. A globalização do capital teria gerado uma globalização das formas de sofrer. Quais efeitos da adoção de tal lógica diagnóstica na condução de

tratamentos no campo da saúde mental? Essa obra apresenta subsídios para a resposta a essa pergunta.

Na contemporaneidade, tal resposta torna-se imprescindível para fomentar trabalhos preventivos e de tratamento junto aos Programas Saúde da Família (PSF), aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e ao Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que, em se tratando de políticas públicas de saúde, podem trazer soluções de baixo custo, diminuindo a necessidade de tratamentos medicamentosos e hospitalizações psiquiátricas por meio de soluções que mesclam apoio psicossocial e tratamento psicológico.

A redução das modalidades de sofrimento a uma gramática que dita e prescreve normas e a uniformização dos sintomas à sua forma ocidental contemporânea certamente é um processo ideológico relevante, pois funciona como redutor do potencial crítico que os sintomas trazem para a compreensão da realidade social.

Faz-se imperativo, para uma clínica que funcione em consonância com as políticas públicas, a noção de que toda e qualquer forma de patológico deve ser entendida desde o social. É essa noção que os diversos trabalhos que compõem as seções deste livro fomentam e desenvolvem.

Certos da importância da racionalidade diagnóstica e de seu grande potencial científico, este livro objetiva demonstrar como problemáticas clínicas e sociais articulam-se no interior da experiência analítica e fomentar o intercâmbio científico e educacional entre estudiosos da crítica da razão diagnóstica.

Agradecemos a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) pelo apoio financeiro que propiciou a realização desta obra.

Boa leitura!

**Fuad Kyrillos Neto**  
(Organizador)

# **Seção I**

## **ideologia e classificações diagnósticas**





# A necessidade de ser como fundamento da teoria psicanalítica do desenvolvimento de D. W. Winnicott

Leopoldo Fulgencio<sup>1</sup>

Se desejamos viver do tratamento dos doentes dos nervos, é necessário manifestamente poder fazer alguma coisa por eles (FREUD, 1925d, p. 63). Cuidar de pessoas é mais importante que cuidar das ideias (GUNTRIP, 1971, p. V).

Os critérios de classificação das psicopatologias correspondem também a uma proposta para o seu tratamento. Tanto a medicina quanto a psicologia e a psicanálise têm, pois, nos seus modelos sobre o que é ou deveria ser o funcionamento psicoafetivo do ser humano, um guia para a formulação e a resolução de seus problemas, um modelo que serve para a classificação das doenças e a caracterização da saúde.

O modelo sobre o que é o ser humano, em termos de seus fundamentos e motores essenciais, bem como da noção de saúde que cada uma das disciplinas “psi” têm, estabelece, pois, não só uma direção para o tratamento, mas também uma maneira de lidar com o paciente, de abordar a sua pessoa, seu sofrimento, bem como o tipo de compromisso e responsabilidade que o médico ou o psicoterapeuta (seja de que linha for) tem durante o tratamento.

---

<sup>1</sup> Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas. Autor dos livros *O método especulativo em Freud* (EDUC, 2009) e *Freud na filosofia brasileira* (Escuta, 2004), este último em parceria com Richard Simanke; e de diversos artigos sobre a teoria e a prática psicanalítica, dentre eles, destacam-se, seu *Freud's metapsychological speculations* (*International Journal of Psychoanalysis*, vol. 86, 2005) e *Winnicott's rejection of the basic concepts of Freud's metapsychology* (*International Journal of Psychoanalysis*, vol. 88, 2007), este último escolhido para compor o anuário do *International Journal of Psychoanalysis* de 2008 (nas suas diferentes edições em francês, português e espanhol). E-mail: ful@that.com.br

Muito já foi comentado sobre a novidade que significam para a psiquiatria dinâmica as propostas de Freud sobre o funcionamento, desenvolvimento e organização psicoafetiva do ser humano, caracterizadas como um tipo de revolução nas concepções sobre o adoecer psíquico. Por um lado, Freud modificou os critérios de classificação psicodiagnóstica, focando sua atenção nos padrões de defesa que um indivíduo utiliza para lidar com as angústias que advêm das suas relações com os outros, relações essas marcadas pela administração da vida instintual ou sexual nas relações interpessoais, de modo que, para ele, o mais importante não são propriamente os sintomas, mas a dinâmica do funcionamento psicoafetivo do paciente. Por outro lado, Freud teria operado uma mudança profunda ao considerar que é o paciente aquele que explicita, descreve e mostra a sua doença, ou seja, afastando-se da psiquiatria que considera a doença quase como uma unidade autônoma, uma entidade “botânica”, que se desenvolve no doente, Freud possibilitou que tratássemos da pessoa e não da doença na pessoa.

Não será exatamente esse o foco de nossa conferência, mas sim a retomada dos critérios freudianos, tendo em vista explicitar as transformações que Winnicott<sup>2</sup> propôs nas concepções de homem e de saúde, mostrando, assim, uma maneira de conceber o adoecer e o tratamento psíquico que nos levaria mais propriamente a uma concepção humanista da psiquiatria e da psicologia, afastando-nos do naturalismo de Freud.

## **Aspectos gerais do modelo freudiano**

Freud pôde considerar que tanto a pessoa normal quanto a doente têm modos de funcionamento semelhantes, variando apenas a intensidade e a forma mais ou menos flexível de passar de um modo a outro, nos seus relacionamentos interpessoais. Para ele, a própria constituição do ser humano, enquanto tal, diferenciando-o da sua vida animal, corresponde a um processo de interdição da sexualidade livre e de organização dos modos

---

<sup>2</sup> Citaremos Winnicott pela classificação de Knud Hjulmand (1999), considerando que a publicação de suas obras completas seguirá esse padrão de referência (Cf. ABRAM, 2008; HJULMAND, 2007).

de relação afetiva permitidos nos diversos contextos sociais ou culturais. É nesse sentido que Fédida, numa afirmação freudiana que se aproxima um pouco de Lacan, pôde afirmar: “o sujeito é o sintoma!” Ou seja, na psicanálise, a constituição do ser humano como pessoa corresponde a um processo de desvio do impulso natural (desvio da satisfação livre da sexualidade), com a constituição de uma organização psicoafetiva que não estabelece diferença de natureza entre o sujeito saudável e o sujeito doente, tratando-se sempre de uma questão de grau, intensidade e rigidez dos modos de ser. Mas como é o ser humano para Freud? Ou seja, qual é o seu modelo de homem, seu modelo de pessoa a ser tratada pela psicoterapia psicanalítica, seu modelo de saúde e de cura?<sup>3</sup>

Freud ocupou-se de tratar da vida psíquica do homem como se ela fosse um tipo de objeto passível de ser explicado em termos de uma série de determinações causais, sem lacunas, como qualquer outro objeto da natureza. Sua teoria procura apresentar uma explicação que possa resultar na possibilidade de agir sobre a dinâmica da vida psíquica de seus pacientes, modificando-a de modo que se diminuíssem ou mesmo eliminassem comportamentos, pensamentos, sentimentos e sofrimentos que dificultariam a vida do indivíduo.

Freud diz, em 1933, que para a psicanálise “o espírito e a alma são objetos da pesquisa científica, exatamente da mesma maneira que não importa qual coisa estrangeira ao homem” (FREUD, 1933a, p. 243)<sup>4</sup>, e que foi justamente essa possibilidade de tomar o psiquismo como um objeto, abordável de uma maneira própria à ciência (entenda-se ciência da natureza), que constituiria sua maior contribuição ao conhecimento (FREUD, 1933a).

Mas, segundo Freud, para que o psiquismo pudesse ser tomado como um objeto conforme qualquer outro da natureza, era necessário fazer

---

3 Não nos ocuparemos em dizer como esse tipo de tratamento ocorre, mas sim em caracterizar do que cuida esse método de tratamento, bem como dos seus objetivos, o que porá em evidência não só a responsabilidade do médico como o tipo de comprometimento pessoal envolvido na prática psicoterápica psicanalítica.

4 Citaremos Freud segundo a classificação estabelecida por Tyson & Strachey – *Chronological hand-list of Freud's works* (Lista cronológica dos trabalhos de Freud) – publicada no *International Journal of Psycho-Analysis*, 1956.

alguma coisa para apreendê-lo dessa forma, evitando-se tratar o psiquismo como uma entidade metafísica (objeto impossível para a ciência), mas como algo que poderia ser explicado em sua constituição e dinâmica em função de um conjunto de determinações causais sem lacunas. Nesse sentido, ele propôs que o psiquismo fosse considerado como um aparelho, por analogia aos factuais aparelhos respiratório, digestivo etc., ou seja, propôs uma “ficção teórica” de valor apenas heurístico<sup>5</sup>.

Além disso, completando o conjunto de suas ficções teóricas, Freud supõe que esse aparelho fosse impulsionado por forças (as pulsões) e por uma energia de natureza sexual (a libido). Esses elementos constituem, por assim dizer, o modelo ontológico de homem, ou melhor, de psiquismo, que ele considerava necessário para constituir a teoria que fundamentava e guiava o seu método de tratamento. Trata-se, noutros termos, do modelo metafísico ou ontológico de Freud para o ser humano, que ele mesmo caracteriza como parte da superestrutura especulativa da psicanálise, ou ainda, como a denominava, da sua metapsicologia (cf. FULGENCIO, 2008).

Mas o que era, para Freud, a doença cuja gênese estava posta na história psíquica do indivíduo? Em termos descritivos, a organização psíquica do indivíduo, tanto em termos normais como patológicos, corresponde a uma maneira de ser que protege o indivíduo das angústias geradas nas suas relações interpessoais. Tanto na saúde como na doença, temos o mesmo tipo de motor e o mesmo tipo de defesa contra as angústias geradas na

---

<sup>5</sup> Freud é ciente de que sua proposta é uma ficção. Na *Interpretação dos sonhos*, ele diz: “Desprezarei por completo o fato de que o aparelho psíquico em que estamos aqui interessados é-nos também conhecido sob a forma de uma preparação anatômica, e evitarei cuidadosamente a tentação de determinar essa localização psíquica como se fosse anatômica. Permanecerei no campo psicológico, e proponho simplesmente seguir a sugestão de visualizarmos o instrumento que executa nossas funções anímicas como, por exemplo, um microscópio composto de diversas peças, um aparelho fotográfico ou algo desse tipo. A localização psíquica corresponderá, então, a um lugar no interior de um aparelho onde se produz um dos estágios preliminares da imagem. No microscópio e no telescópio, como sabemos, estes ocorrem, em locais parcialmente ideais, em regiões que não estão situadas em nenhuma parte constituinte do aparelho. Não vejo necessidade de me desculpar pelas imperfeições desta ou de qualquer imagem semelhante. Essas analogias visam apenas a nos assistir em nossa tentativa de tornar inteligíveis as complicações do funcionamento psíquico, dissecando essa função e atribuindo suas operações singulares aos diversos componentes do aparelho. Ao que me consta, não se fez até hoje a experiência de utilizar esse método de dissecação com o fito de investigar a maneira como se compõe o instrumento anímico e não vejo nele mal algum. A meu ver, é lícito darmos livre curso a nossas especulações, desde que preservemos a frieza de nosso juízo e não tomemos os andaimes pelo edifício” (FREUD, 1900a, p. 589). Também em 1939, num dos seus últimos textos, Freud inicia reconhecendo o valor heurístico dessa especulação:

administração da sexualidade nas relações interpessoais, variando apenas a intensidade e rigidez dos modos de organização, de defesa contra as angústias aí geradas. A doença, para ele, não é uma disfunção, algo que deu errado ou que resulta de um mau funcionamento do indivíduo, mas sim a resposta inicialmente adequada a um conflito ou conjunto de conflitos (tornados inconscientes) que permanece funcionando no indivíduo, mesmo que a situação que lhe deu origem tenha sido já deixada no passado: para o paciente, sua resposta, seu sintoma não deixaram que o tempo passasse, ou seja, o passado continua presente e o paciente age como se estivesse lidando com esse passado, mesmo que seu presente seja outro. É como um Don Quixote lutando contra seus moinhos de vento! O próprio Freud chega a caracterizar a psicanálise como uma maneira de libertar o indivíduo do labirinto de si mesmo (FREUD, 1988).

A doença e seus sintomas não devem ser propriamente extirpados da pessoa, como se fossem um corpo estranho, dado que eles protegem e constituem a pessoa. É, portanto, a pessoa que precisa ser tratada, reformulada naquilo que é, ou seja, nos seus modos de relação com os outros e consigo mesma, alterando, pela vivência analítica, pela relação com o analista, seus padrões de defesa contra as angústias que advêm de suas relações afetivas.

Ao procurar especificar o que é a saúde, Freud dá dois tipos de explicações: uma descritiva e outra metapsicológica. Em termos descritivos, podemos

---

“A psicanálise supõe um postulado fundamental que pertence à filosofia discutir mas cujos resultados justificam o valor. Do que nós chamamos psiquismo (ou vida psíquica), duas coisas conhecemos: de um lado seu órgão somático, o lugar de sua ação, o cérebro (ou o sistema nervoso) e de outro lado nossas atividades conscientes das quais temos conhecimento direto e que nenhuma descrição nos faria conhecer melhor. Tudo que se encontra entre estes dois pontos extremos permanece para nós sem conhecimento e se há entre eles alguma conexão, ela nos forneceria no máximo uma localização precisa dos processos conscientes sem nos permitir os compreender. Nossas duas hipóteses dizem respeito a estas duas extremidades ou pontos de partida de nosso conhecimento. A primeira trata da localização. Nós admitimos que a vida psíquica é a função de um aparelho ao qual nós atribuímos uma extensão espacial e que nós supomos formado de diversas partes. Nós o figuramos como um tipo de telescópio, de microscópio, ou alguma coisa desse gênero. A construção e o acabamento de um tal modelo são uma novidade no domínio científico, apesar das tentativas do mesmo gênero que foram, antes, feitas. É o estudo da evolução dos indivíduos que nos permitiu / conhecer este aparelho psíquico. Nós demos à mais antiga destas províncias ou instâncias psíquicas o nome de Id; seu conteúdo compreende tudo o que o ser traz com o nascimento, tudo o que é constitucionalmente determinado, logo antes de tudo as pulsões emanadas da organização somática e que encontram no id, sob formas que nos permanecem desconhecidas, um primeiro modo de expressão psíquica” (FREUD, 1940a, p. 3-4).

dizer que o tratamento psicanalítico busca conquistar a “capacidade de agir e de ter prazer na vida” sem grandes restrições (FREUD, 1912c, p. 123) e, para isso, devemos “suprimir as amnésias”, “fazer regredir os recalcamientos”, “tornar o inconsciente acessível ao consciente, o que ocorre pela vitória sobre as resistências” (FREUD, 1904a); ou, numa enunciação mais simples, a afirmação de que a psicanálise “torna a vida mais simples [...] ela fornece o fio que conduz a pessoa para fora do labirinto do seu inconsciente” (FREUD, 1988). Isso não significa, no entanto, a eliminação da neurose e de todos os sintomas, mas tão somente a conquista de uma maior autonomia nas relações interpessoais do paciente (FREUD, 1912b, p. 114). Em termos metapsicológicos, que é, para ele, a maneira mais objetiva de poder referir-se à saúde - “[a] saúde, justamente, não se deixa descrever de outra maneira que metapsicologicamente, em referência às relações de força entre as instâncias do aparelho da alma que nós reconhecemos ou, se vocês quiserem, supomos, deduzimos” (FREUD, 1937c, p. 241), o objetivo do tratamento psicanalítico é “fortalecer o eu, torná-lo mais independente do super-eu, aumentar seu campo de percepção e expandir sua organização, de maneira que ele possa se apropriar de uma parte do id” (FREUD, 1933a, p. 163).

Sua psicopatologia, mesmo que utilizando termos e quadros próprios da psiquiatria (com a distinção entre a histeria, a neurose obsessiva e a fobia, enquanto constituintes do conjunto das neuroses, ele as denomina de neuroses de transferência, e as psicoses, tal como as esquizofrenias e paranoias, enquanto outro conjunto de patologias que se diferenciam das neuroses em função da não integração do eu e das relações, não muito bem diferenciadas, entre o meu interno e o mundo externo, Freud as denomina de neuroses narcísicas), é elaborada em função da caracterização das dinâmicas de funcionamento psicoafetivo. Uma maneira de compreender como Freud compreende ou classifica diferentemente as psicopatologias é considerar como ele diferencia as neuroses de transferência com o auxílio de uma construção auxiliar especulativa, ou seja, fazendo uma descrição metapsicológica das dinâmicas de funcionamento desses pacientes: para ele, todo neurótico é fruto de uma série de conflitos inconscientes carregados de

uma carga energética (um *quantum* de afeto) que permanece no interior do aparelho psíquico como uma tensão que necessita de descarga: na histeria, essa descarga é procurada no corpo; na neurose obsessiva, no pensamento, e na fobia, no mundo exterior (FREUD, 1894a).

Uma explicação metapsicológica da cura é dada pela analogia que explica a frase: “onde id está, ego deve advir”, tal como a secagem do Zuyderzee (FREUD, 1933a, p. 163). Uma explicação descritiva é apresentada no seu “recordar, repetir e elaborar” (FREUD, 1914g): o tratamento psicanalítico deve tornar possível ao paciente recordar seu passado (acontecido ou fantasiado) reprimido, evitar que esse passado se apresente como uma ação que leva o sujeito a repeti-lo em vez de lembrá-lo, e elabora seu inconsciente reprimido, ou seja: por um lado, ultrapassa as resistências que impedem o recordar e forçam o repetir; por outro, reorganiza os conflitos psíquicos, redistribuindo os afetos, ressignificando os acontecimentos e tornando possível a descarga de afetos reprimidos.

## **Críticas à posição de Freud**

Em termos gerais, partindo, agora, para uma crítica à posição de Freud, podemos dizer que, ainda que sua proposta tenha posto a pessoa como objeto do tratamento e não a doença na pessoa, seu modelo de homem corresponde a um tipo de naturalização e objetificação desse homem.<sup>6</sup> Em certo sentido, mesmo colocando a pessoa no lugar do sintoma, Freud acaba por tomar a pessoa como um objeto, talvez caindo no mesmo erro que pretendeu afastar com a sua teoria e seu método de tratamento ao procurar tratar da pessoa doente e não da doença na pessoa. Noutro sentido, também impulsionado por seu naturalismo e suas necessidades de pensar o ser humano como impulsionado por forças e energias, Freud teria reduzido os motores da existência humana às determinações que advêm da sua vida instintiva, às

---

6 Como afirma Heidegger sobre o que Freud realizou teórica e epistemologicamente: “A metapsicologia de Freud é a transposição da filosofia neo-kantiana [da natureza] ao ser humano. Por um lado, ele [Freud] usa as ciências naturais e, por outro, a teoria kantiana da objetividade” (HEIDEGGER, 2001, p. 222).

pressões relativas a suas excitações (as pulsões e a libido).

No desenvolvimento da psicanálise, muitos foram os autores que se opuseram à metapsicologia freudiana, afirmando que essa linguagem era inadequada para abordar o ser humano, seu sofrimento e seu tratamento, tais como Schafer e George Klein, bem como toda a interpretação da psicanálise do ponto de vista da hermenêutica - como Ricoeur e Habermas -, além daqueles autores que ficaram conhecidos como próximos ou pertencentes à escola da psicologia do ego. No que se refere à linha de desenvolvimento da psicanálise que acabou se caracterizando como a daqueles que se preocuparam mais com as relações de objeto do que com a administração das pulsões, tal como diferenciam Greenberg e Mitchell (1983), temos autores tais como Fairbairn, Bowlby, Mahler, Loewald e Winnicott. Dentre eles, Winnicott tem sido considerado como um autor que se afastou da teorização metapsicológica (ASSOUN, 2000, 2006; FULGENCIO, 2006), de maneira tal que nele, ainda que não só nele, tenhamos um novo modelo ontológico que sirva de fundamento para o modelo de homem considerado, que nos leva a conceber de uma maneira não naturalista nem objetificante a noção de saúde, doença, tratamento psicoterápico e relação que o psicoterapeuta tem com o paciente. É nesse sentido que, para explicitar seus significados no corpo da obra de Winnicott, retomamos a questão de seu modelo ontológico de homem, seu modelo de saúde, seus critérios para classificar as organizações psicopatológicas, os tratamentos psicoterápicos indicados a cada tipo de organização psíquica, bem como a caracterização do método de tratamento psicoterápico psicanalítico como uma retomada para correção dos modos de relação psicoafetiva do ser humano adoecido para serem vividos num *setting* protegido.

## **Redescrições da ontologia psicanalítica**

Podemos afirmar que Winnicott contribuiu de forma significativa para redescrever os fundamentos ontológicos da teoria psicanalítica (introduzindo a questão do ser), bem como que ele modificou a



concepção de saúde e adoecimento (introduzindo o tema da integração e da dependência-independência do indivíduo em relação ao ambiente), levando a psicanálise do campo das ciências naturais (que objetificam o ser humano) para o das ciências propriamente humanas, constituindo uma ciência objetiva da natureza humana que toma o tratamento psicoterápico de base psicanalítica como uma clínica do cuidado (cf. FULGENCIO, 2011) com a pessoa e não mais do tratamento de uma doença.

Podemos, então, fazer uma análise das concepções de Winnicott sobre qual é seu modelo ontológico de homem, diferenciando-o do paradigma freudiano, explicitando sua maneira de conceber a saúde, o adoecimento, bem como os modos e objetivos dos tratamentos psicoterápicos realizados com base na teoria psicanalítica. Com isso, podemos defender que esse conjunto de redescrições da teoria e do método psicanalíticos contribuem para ultrapassar o naturalismo de Freud em direção à construção de uma psicologia científica de base humanista, de acordo com alguns pressupostos da fenomenologia, tenha ou não ele mesmo procurado tal objetivo de forma consciente.

## **A necessidade de ser e a tendência inata à integração**

Alguns autores têm comentado a importância que a introdução da noção de ser na psicanálise por Winnicott tem para a compreensão do método de tratamento psicanalítico. Drapeau (2002) retoma a declarada filiação de Winnicott a Freud para afirmar, por um lado, que o essencial dessa filiação diz respeito ao método psicanalítico e à consideração de que a psicanálise deve ser considerada uma ciência; mas, por outro, para realçar a falta de interesse de Winnicott pela metapsicologia freudiana (falta de interesse pelas “construções auxiliares” fictícias propostas por Freud), bem como para reconhecer que Winnicott propôs novos fundamentos para a teoria psicanalítica. Ele busca, então, comparar os modelos ontológicos de Freud e de Winnicott sobre a constituição psicoafetiva da criança, como também sobre a origem da vida psíquica - o

que faz analisando as crianças míticas (ou seja, os modelos heurísticos que versam sobre a criança) que considera terem sido supostas tanto por Freud quanto por Winnicott.

Em síntese, explicitando as diferenças centrais entre eles, Drapeau afirma:

A pedra angular da teoria freudiana é a realização alucinatória do desejo, que inaugura a vida de fantasia. O ponto de partida de Winnicott centra-se no sentimento de continuidade de existência e apresentamos um ser em permanente perigo de cair no vazio e se perder no nada. Freud se interessa, sobretudo, nos destinos dos impulsos sexuais; Winnicott ignora a libido e se concentra sobre o ego e sua criatividade. A criança freudiana advém do jogo de impulsos, a criança winnicottiana se desenvolve principalmente nos momentos de calma, protegida das tempestades instintivas (DRAPEAU, 2002, p. 20).

Seu artigo propôs analisar quais as continuidades e complementaridades entre Freud e Winnicott, concluindo que Winnicott desenvolveu a teoria do surgimento e constituição do ego, enriquecendo e transformando a primeira teoria dos instintos de Freud<sup>7</sup>, e que, portanto, a questão do ser, introduzida por Winnicott, corresponde a um complemento da teoria freudiana do desenvolvimento da vida instintual, estando as duas questões em graus diferentes presentes nos dois autores: “É claro que ‘ser’ e ‘instinto’ estão profundamente entrelaçados. Freud, ao falar da sexualidade, sempre se refere ao ‘ser’, e Winnicott, com foco no ‘ser’, não exclui os impulsos” (DRAPEAU, 2002, p. 20).

Roussillon, por sua vez, reitera esse aspecto das contribuições de Winnicott, considerando que a questão do ser significa uma “ruptura epistemológica” que renova e deixa em aberto uma série de problemas

---

7 Drapeau também comenta que Winnicott rejeita a segunda teoria dos instintos de Freud, bem como se distancia das teorizações metapsicológicas que este teria construído com base em ficções (DRAPEAU, 2002, p. 17). Esses dois temas, ainda que fundamentais para a compreensão das continuidades e rupturas entre Freud e Winnicott, serão deixados para outra ocasião, dado que exigiria uma longa discussão que ultrapassa em demasia as dimensões deste artigo. Uma discussão sobre Winnicott e a metapsicologia está em andamento em artigos já publicados (FULGENCIO, 2007b; GIRARD, 2010), e uma análise sobre a posição de Winnicott em relação ao instinto de morte tem sido citada por diversos autores, embora um estudo focal dedicado a esse tema não tenha sido ainda publicado.

clínicos e teóricos da psicanálise (ROUSSILON, 2009, p. 123-124). Essas observações e comentários parecem pôr em evidência a necessidade de descrevermos mais claramente quais são as características e consequências da questão do ser como base da ontologia psicanalítica, e que tipo de “ruptura epistemológica” isso representa para a teoria e a prática psicanalíticas.

Enquanto no quadro do “paradigma”<sup>8</sup> freudiano da psicanálise, o ser humano, no que diz respeito à sua vida psíquica, é considerado como se fosse um aparelho movido por forças e energias, tendo na administração da sua vida instintual (pulsional ou sexual, diria Freud) o fundamento do funcionamento e da organização psicoafetivos do homem, Winnicott considera que o fundamento e motor da existência e do desenvolvimento do ser humano devem ser creditados à sua necessidade de ser e continuar sendo, impulsionada por uma tendência inata à integração. Ele reconhece a importância da descoberta freudiana que atribui à vida instintual uma série de determinações da vida psicoafetiva do ser humano, mas considera que essa redução deve ser ultrapassada - “[é] um alívio que a psicanálise tenha atravessado a fase, que durou meio século, na qual, quando os analistas se referiam aos bebês, só podiam falar em termos de pulsões eróticas e agressivas” (WINNICOTT, 1970b, p. 252) -, introduzindo outro motor e fundamento, anterior ao reconhecimento da vida instintual como um fator interno<sup>9</sup>, que determina o indivíduo desde o seu início:

Note-se que existe, aqui, um relacionamento vitalmente importante entre o bebê e sua mãe, que, no entanto, não deriva da experiência instintiva nem da relação objetal surgida a partir da experiência instintiva. Esse relacionamento é anterior à experiência instintiva, paralelo a ela, e entremeado a ela (WINNICOTT, 1958d, p. 164).

---

8 Cf. em Fulgencio (2007a), uma análise de como a noção de paradigma de Thomas Khun tem sido utilizada para a compreensão da história do desenvolvimento da teoria psicanalítica.

9 Diz Winnicott, referindo-se à situação inicial do bebê: “os instintos não estão ainda claramente definidos como internos ao lactente. Os instintos podem ser tão externos como o toar de um trovão ou uma pancada” (1965m, p. 129). Ou, ainda, noutra passagem: “A mãe que desenvolve esse estado ao qual chamei de ‘preocupação materna primária’ fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida. A vida instintiva não precisa ser mencionada aqui porque o que estou descrevendo tem início antes do estabelecimento de padrões instintivos” (1958n, p. 403).

Esse fundamento, anterior à vida instintual, corresponde à sua concepção da necessidade de ser e de tendência inata à integração. Mas ao que é que Winnicott se refere ao usar os termos ou expressões “ser”, “continuidade de ser”, “tendência inata à integração” no campo da ciência psicanalítica, num sentido que deve estar muito mais próximo ao campo da ciência do que ao da filosofia? Certamente, uma vez tendo analisado o que disse Winnicott, poderíamos perguntar aos filósofos se suas concepções têm proximidade ou relações possíveis com essas formulações, sabendo, no entanto, que Winnicott não partiu de um conceito da filosofia para aplicá-lo no campo empírico de sua prática clínica e de suas elaborações teóricas (cf. LOPARIC, 1999).

Cabe retomar a passagem em que Winnicott define a questão do ser como fundamento ontológico da natureza humana, do ponto de vista da sua teoria do desenvolvimento:

Gostaria de postular um estado de ser que é um fato no bebê normal, antes do nascimento e logo depois. Esse estado de ser pertence ao bebê, e não ao observador. A continuidade do ser significa saúde. Se tomarmos como analogia uma bolha, podemos dizer que quando a pressão externa está adaptada à pressão interna, a bolha pode seguir existindo. Se estivéssemos falando de um bebê humano, diríamos “sendo”. Se por outro lado, a pressão no exterior da bolha for maior ou menor do que aquela em seu interior, a bolha passará a reagir à intrusão. Ela se modifica como reação a uma mudança no ambiente, e não a partir de um impulso próprio. Em termos do animal humano, isto significa uma interrupção no ser, e o lugar do ser é substituído pela reação à intrusão. Cessada a intrusão, a reação também desaparece e pode haver, então, um retorno ao ser (WINNICOTT, 1988, p. 148).

Para Winnicott existe uma “tendência inata à integração” (WINNICOTT, 1996n, p. 204) como um impulso que leva o indivíduo a realizar, em si mesmo, diversos tipos de conquistas: “De forma oculta se inicia no lactente e continua na criança uma tendência inata para a integração da personalidade, tendendo a palavra integração a ter um significado cada

vez mais complexo á medida que o tempo passa e a criança se torna mais velha” (WINNICOTT, 1963d, p. 90)<sup>10</sup>. Dentre os diversos tipos de integração, podemos citar, a título de esclarecimento, conquistas tais como a constituição de uma noção de tempo (inicialmente subjetiva e depois relacionada com o tempo objetivamente compartilhado socialmente), de espaço, o processo de personalização ligando a psique ao corpo, a possibilidade de brincar com o advento dos fenômenos transicionais e, num sentido focal mais amplo, levando o indivíduo a estabelecer-se como uma pessoa inteira, distinta do mundo e dos outros, nas suas relações interpessoais. Diz Winnicott:

Nos primeiros estágios do desenvolvimento da personalidade, a palavra-chave é a integração, que cobre quase todas as tarefas do desenvolvimento. A integração conduz o bebê ao estado de unidade, ao pronome pessoal ‘je’, ao número um; ela torna possível o ‘eu sou’, que dá sentido ao ‘eu faço’ (WINNICOTT, 1971f, p. 31).

Winnicott chega a usar o termo ego para referir-se a essa tendência inata à integração, ainda que noutros momentos ele chame de ego o resultado dessa tendência com a constituição da unidade do sujeito psicológico: “o termo ego pode ser usado para descrever a parte da personalidade que tende, sob condições favoráveis, a se integrar numa unidade” (WINNICOTT, 1965n, p. 56)<sup>11</sup>. Isso é importante, porque torna possível associar a noção de “continuidade de ser” e de “continuar sendo” com a de “tendência inata à integração”, de modo que se pode afirmar: é a tendência inata à integração que fornece o impulso em direção ao ser e ao continuar sendo (WINNICOTT, 1960c, p. 51).

---

10 Winnicott chega mesmo a comentar que esse tipo de concepção, que supõe outro princípio universal guiando o desenvolvimento psicoafetivo do ser humano, seria muito bem-vindo para o próprio Freud: “sinto que Freud daria boas vindas a um trabalho novo [...] um universal no desenvolvimento emocional do indivíduo, ou seja, a tendência integradora que pode conduzi-lo a um *status* de unidade” (WINNICOTT, 1989xa, p. 244).

11 A distinção entre os termos ego e *self* feita por Winnicott nem sempre é clara. Um estudo sobre esse tema exigiria que esclarecêssemos e diferenciássemos termos tais como *self*, eu sou, não-eu, pessoa inteira e ego. Para esse artigo, no entanto, basta dizer que Winnicott usa o termo ego tanto para designar uma “tendência inata à integração” quanto para referir-se à unidade do sujeito psicológico que teria sido alcançada mais ou menos de maneira estável nos diversos momentos do processo de amadurecimento.

Para que o ser humano, desde seu início, possa ser e continuar sendo, impulsionado por sua tendência inata à integração (ou por seu ego), é necessário que o ambiente humano possa fornecer as condições para que isso ocorra:

Com o “cuidado que recebeu de sua mãe”, cada bebê é capaz de ter uma experiência pessoal, e assim começa a construir o que pode ser chamado de continuidade de ser. Na base dessa continuidade do ser o potencial herdado se desenvolve gradualmente no indivíduo lactente. Se o cuidado materno não é suficientemente bom, então o bebê realmente não vem a existir, uma vez que não há a continuidade do ser, ao invés, a personalidade começa a se construir baseada em reações a irritações do meio (WINNICOTT, 1960c, p. 54).

Caso as condições ambientais não sejam boas, ou seja, caso o ambiente inicial (em geral, estabelecido pela mãe ou por quem faz as vezes da mãe) não atenda às necessidades da criança (tanto as instintuais quanto as do ego), ocorre uma falha que interrompe a continuidade de ser:

Tentei descrever tais idéias em minha própria linguagem, dizendo que se a mãe proporciona uma adaptação suficientemente boa às necessidades do bebê, a linha de vida da criança é perturbada muito pouco por reações à intrusão. (Naturalmente, são as *reações* às intrusões que contam, não as intrusões em si mesmas.) A falha materna provoca fases de reação à intrusão e as reações interrompem o “continuar a ser” do bebê. O excesso de reações não provoca frustração, mas uma *ameaça de aniquilação*. A meu ver, esta é uma ansiedade muitíssimo primitiva, muito anterior a qualquer ansiedade que inclua a palavra “morte” em sua descrição. / Dito de outro modo, a base para o estabelecimento do ego é um suficientemente “continuar a ser” não interrompido por reações à intrusão. Esse “continuar a ser” será suficiente apenas no caso de a mãe encontrar-se nesse estado que (conforme sugeri) é muito real no período próximo ao fim da gravidez e durante as primeiras semanas após o nascimento (WINNICOTT, 1958n, p. 403).

O ser humano, para Winnicott, corresponde a uma amostra temporal desse ser e continuar sendo, ou seja, a algo que se define e é aquilo que ocorre entre dois estados de não-ser: o que caracteriza o antes de ser e o que caracteriza o depois de ser, dois estados do não estar vivo (WINNICOTT, 1988, p. 11; 132). Está nessa concepção sobre o que é o homem, uma maneira de conceber a ontologia do que é o homem do ponto de vista da psicanálise, que difere das concepções de Freud, Klein, Lacan e de Bion. Não se trata apenas de uma concepção abstrata que nos levaria para o campo da filosofia, mas sim de uma concepção que se refere a efetivos problemas existenciais que encontramos nos tratamentos psíquicos realizados pela psicanálise do ponto de vista de Winnicott.

## **O ser e a continuidade do ser dependem do ambiente**

O desenvolvimento saudável depende, no início, de uma sustentação do meio que seja suficientemente boa, ou seja, um ambiente que atenda às necessidades da criança antes que ela perca a esperança de ser atendida. Diz Winnicott:

O meio suficientemente bom começa por um alto grau de adaptação às necessidades individuais do bebê. A mãe é geralmente capaz por causa do estado particular no qual ela se encontra: é o que eu chamei de preocupação materna primária. A adaptação decresce à medida que cresce, no bebê, a necessidade de fazer a experiência de reações à frustração. Quando ela é sã, a mãe é capaz de diferenciar o momento em que ela se adapta até que o bebê possa reagir pela cólera no lugar de ser traumatizado pela falta de adaptação. O traumatismo significa uma ruptura na continuidade da existência do indivíduo. É somente pela continuidade da existência que o sentimento de si, do real e o sentimento de ser podem finalmente se estabelecer enquanto traço da personalidade individual (WINNICOTT, 1971f, p. 24).

Quando o ambiente falha, nesse período inicial, o que ocorre não é exatamente uma frustração, mas a aniquilação ou uma ameaça de

aniquilação do ser do indivíduo: “A falha da mãe em adaptar-se na fase mais primitiva não leva a coisa alguma, salvo à aniquilação do bebê” (WINNICOTT, 1958n, p. 403). O ambiente é vivido como invasor ou inexistente, em vez de sustentar o bebê para que ele possa agir a partir de si, ele age sobre o bebê provocando uma reação; mas, ao reagir, o bebê não está sendo a partir de si mesmo e sim como uma reação às ações ambientais:

Neste lugar que é caracterizado pela existência essencial de um ambiente sustentador, o “potencial herdado” está se tornando uma “continuidade de ser”. A alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila. Ser e aniquilamento são duas alternativas. O ambiente tem por isso como principal função a redução ao mínimo de irritações a que o lactente deva reagir com o conseqüente aniquilamento do ser pessoal. Sob condições favoráveis o lactente estabelece uma continuidade da existência e assim começa a desenvolver a sofisticação que torna possível estas irritações serem absorvidas na área da onipotência. Neste estágio a palavra morte não tem aplicação possível, e isto torna o termo instinto de morte inaceitável na descrição da base da destrutividade. A morte não tem sentido até a chegada do ódio e do conceito da pessoa humana completa. Quando uma pessoa humana completa pode ser odiada, a morte passa a ter sentido, e ligado a isto se segue o que pode ser chamado de mutilar; a pessoa completa odiada e amada é mantida viva ao ser castrada ou mutilada de outra forma ao invés de ser morta. Estas ideias pertencem a uma fase posterior àquela que é caracterizada pela dependência do ambiente (WINNICOTT, 1960c, p. 47).

As falhas ambientais correspondem, pois, a uma imposição ao bebê, dando a ele duas alternativas: ou ele recusa o ambiente - rejeição completa da mãe, do alimento etc., mesmo que seja uma mãe aparentemente boa - ou se submete a ele (WINNICOTT, 1960c, p. 50). Trata-se, para o bebê, de um problema moral que o coloca entre o ser e o não-ser, problema infinitamente mais grave do que ser frustrado, mutilado ou mesmo



estuprado ou devorado (WINNICOTT, 1965j, p. 170): “Imoralidade para o lactente é se submeter, às custas de seu modo pessoal de viver. Por exemplo, uma criança de qualquer idade pode achar que comer é errado, até o ponto de morrer por este princípio” (WINNICOTT, 1963d, p. 95-96).

## **Desenvolvimento psicoafetivo e a relação do ser com o ambiente**

O processo de desenvolvimento psicoafetivo do ser humano ou processo de amadurecimento pessoal é formulado tanto em função de uma linha que parte da situação de não integração inicial em direção à integração do indivíduo (enquanto uma pessoa inteira que estabelece relações com outras pessoas inteiras, relações que, quando alcançadas, são marcadas pela administração da vida instintual no quadro do cenário edípico) quanto em relação aos modos de relação desse indivíduo com o ambiente, em termos da passagem da relação de dependência absoluta do início para a de independência relativa da maturidade. Além de ter sempre em mente a questão do ser e da continuidade do ser, Winnicott retoma a importância da relação do indivíduo com o ambiente, muito mais do que a sua relação com os objetos desse ambiente, como um parâmetro fundamental para pensar a sua teoria do desenvolvimento. Diz Winnicott, destacando a importância da relação do ambiente como parâmetro para a compreensão do indivíduo, seu desenvolvimento e sua saúde:

Possuímos a única formulação realmente útil que existe, da maneira pela qual o ser humano psicologicamente se desenvolve de um ser completamente dependente e imaturo para um estado maduro relativamente independente. A teoria é excepcionalmente complexa e difícil de ser enunciada de modo sucinto, e sabemos que existem grandes lacunas no nosso entendimento. Apesar disto, existe a teoria, e, desta maneira, a psicanálise efetuou uma contribuição que é de modo geral aceita, mas usualmente, não reconhecida (WINNICOTT, 1989vk, p. 94).

Podemos, então, considerar, num conjunto de referências que não poderemos desenvolver aqui, que Winnicott pensa o amadurecimento em função dos movimentos que levam o ser humano: 1. do não-ser ao ser, e sua conseqüente e fundamental continuidade de ser que percorre, como fundamento, toda a existência, até que, ao final do seu tempo, o indivíduo retorna ao não-ser; 2. do ser ao fazer, dado que o fazer é dependente da conquista inicial de ser; 3. de um estado de não integração inicial, em que o bebê é um amálgama com o ambiente, para uma diferenciação em diversos graus e tipos de integração do indivíduo, separando o eu do mundo de diversas maneiras, estabelecendo, assim, diversos modos de relação com a realidade (a realidade subjetiva, a transicional e a objetivamente dada ou compartilhada); 4. da dependência absoluta do início para a independência relativa da maturidade; 5. da situação inicial em que o bebê ainda não brinca para a possibilidade e a realização da ação de brincar, que caracteriza o início da fase da transicionalidade, e sua expansão no campo do viver grupal e cultural compartilhado; 6. do cercado inicial, que é a barriga da mãe, para uma série de cercados mais amplos até a possibilidade de ser um cidadão do mundo.

Nesse cenário, caberia, então, perguntar qual é a concepção de Winnicott sobre a saúde e as formas e causas do adoecimento psicoafetivo. Ele marca sua concepção sobre a saúde como a expressão de uma tendência natural do processo de amadurecimento, desde que o ambiente possa sustentar e garantir a continuidade de ser do indivíduo, considerando que o que é traumático não é a frustração, mas a ruptura na continuidade da existência do indivíduo: “É somente pela continuidade da existência que o sentimento de si, do real e o sentimento de ser podem finalmente se estabelecer enquanto traço da personalidade individual” (WINNICOTT, 1971f, p. 24).

Ao focar sua atenção nos problemas psicológicos dos indivíduos, ele também faz questão de afastar as causas físicas como base e fundamento dos distúrbios psicoafetivos:

No campo da psicologia é atribuída uma significância toda especial ao princípio de que existe uma tendência

natural à saúde ou à maturidade no desenvolvimento. Poder-se-ia dizer que a maioria das doenças físicas é devida a invasões a partir do ambiente, ou a deficiências ambientais, e não puramente a distúrbios do desenvolvimento. Por contraste, os problemas psicológicos podem ser sempre descritos em termos do desenvolvimento emocional, retardado ou perturbado, ou de algum modo impedido de atingir a devida maturidade na idade em que a criança se encontra. Assim sendo, na medicina psicológica podemos perceber um vínculo entre o normal e o anormal ainda mais estreito que o existente entre a fisiologia e os processos patológicos dos tecidos e das funções. De fato, quando ocorre apenas uma perturbação da fisiologia, a doença é geralmente de origem psicogênica (WINNICOTT, 1953b, p. 168-169).

Não será à genética, às mitologias especulativas sobre o funcionamento cerebral, às dinâmicas funcionais e aos neurotransmissores que Winnicott atribuirá a gênese dos distúrbios e das organizações psicopatológicas - até mesmo as mais graves tais como o autismo, a esquizofrenia, a paranoia, bem como as depressões, as psicopatias e as neuroses -, mas sim às falhas nos cuidados ambientais e nos conflitos que surgem da administração da vida instintual nas relações interpessoais.

### **A concepção winnicottiana de saúde, de doença e de tratamento**

Para Winnicott, a saúde corresponde à continuidade do processo integrativo que garante e enriquece a continuidade de ser, ela significa, nas suas diversas acepções e momentos do processo de desenvolvimento, “maturidade do desenvolvimento emocional adequado à idade do indivíduo” (WINNICOTT, 1955d, p. 377). Na saúde, o indivíduo age a partir de si mesmo na sua relação com os outros, o que certamente exige adaptação e reconhecimento do outro, sem que isso signifique perda em demasia da sua espontaneidade (WINNICOTT, 1965r, p. 80). Numa de suas definições mais sucintas sobre o que ele considera como um

indivíduo saudável, temos:

A vida de um indivíduo são se caracteriza mais por medos, sentimentos conflitantes, dúvidas, frustrações do que por seus aspectos positivos. O essencial é que o homem ou a mulher se sintam *vivendo sua própria vida*, responsabilizando-se por suas ações ou inações, sentindo-se capazes de atribuírem a si o mérito de um sucesso ou a responsabilidade de um fracasso. Pode-se dizer, em suma, que o indivíduo saiu da dependência para entrar na independência ou autonomia (WINNICOTT, 1971f, p. 30).

Podemos retomar aqui diversas referências de Winnicott à caracterização do que é o estado de saúde: “viver criativamente constitui um estado saudável [...] a submissão é uma base doentia para vida” (1971g, p. 75); “o indivíduo pode tornar-se capaz de substituir o cuidado recebido por um cuidar-de-si-mesmo, e pode desta forma alcançar uma grande independência, que não é possível nem no extremo paranoide nem no extremo ingênuo” (1988, p. 146); são também aspectos da saúde a “capacidade de reparar danos” (1996f, p. 236-237) e de sentir-se deprimido (1971f, p. 17);

a saúde que é inerente à capacidade de se sentir deprimido, sendo que o humor deprimido está próximo da capacidade de se sentir responsável, de se sentir culpado, de sentir arrependimento e de sentir alegria quando as coisas correm bem. No entanto, é verdade que a depressão, mesmo que terrível, tem que ser respeitada como evidência de integração pessoal” (WINNICOTT, 1971f, p. 17).

Cabe ainda ressaltar que a saúde se diz muito mais em relação à riqueza ou pobreza da personalidade do que em relação a um estado em que não existam sintomas:

Talvez a psicanálise tenha tido, outrora, tendência a *considerar a saúde simplesmente como uma ausência de desordem psíquica*. Isso não nos é mais o suficiente. Nós temos necessidade, hoje, de critérios mais sutis. Por outro lado, não é necessário

rejeitar o antigo modo de pensamento, mesmo se nós nos referimos agora a noções como as de liberdade interior, capacidade de confiança e fé, confiabilidade e constância de objeto, de liberdade em relação às ilusões que nós fazemos, mesmo se nós nos referimos enfim a alguma coisa que, enquanto qualidade da realidade psíquica pessoal, é mais da ordem da riqueza do que pobreza (WINNICOTT, 1971f, p. 29).

Para Winnicott, o distúrbio psicológico corresponde, portanto, a um tipo de imaturidade do indivíduo, e o tratamento nada mais seria do que tornar possível que esse amadurecimento ocorra:

Por outro lado, pela teoria subjacente em nosso trabalho, um distúrbio que não tem causa física e que, portanto, é psicológico representa um prurido no desenvolvimento emocional do indivíduo. A psicoterapia visa simples e unicamente, eliminar esse prurido, para que o desenvolvimento possa ter lugar onde antes não podia ocorrer. Numa outra linguagem, embora paralela, o distúrbio psicológico é imaturidade, imaturidade do crescimento emocional do indivíduo, e esse crescimento inclui a evolução da capacidade do indivíduo para relacionar-se com pessoas e com o meio ambiente, de um modo geral (WINNICOTT, 1984i, p. 265-266).

Por um lado, Winnicott retoma a mesma classificação geral das psicopatologias, tal como a psiquiatria os caracteriza, reconhecendo e diferenciando três tipos de organizações básicas: as neuroses, as psicoses e as depressões. Por outro, no entanto, ele refere-se a esses quadros muito mais em função dos níveis de integração do indivíduo do que em relação ao conjunto de sintomas que caracterizam essas patologias, afirmando que: 1. Os neuróticos são pessoas inteiras cujos problemas dizem respeito à administração da vida instintual nos relacionamentos interpessoais num cenário edípico; os deprimidos são pessoas recém integradas cujos problemas dizem respeito à sobrevivência de si e do ambiente; e os psicóticos são pessoas que se desintegraram ou jamais chegaram à integração de sua personalidade. Ele acrescenta a esse panorama

dois grandes conjuntos que caracterizam muito mais sintomas do que organizações psíquicas passíveis de serem consideradas como patologias específicas: a atitude antissocial ou as psicopatias, que resultam da ocorrência de uma privação; e a constituição do falso *self*, que se estabelece como um padrão de comportamento cujo objetivo é proteger o verdadeiro *self* das invasões ambientais.

Seria possível retomar a obra de Winnicott comentando como ele contribui para a compreensão dos quadros nosográficos tanto no campo da psiquiatria como no da psicanálise de seu tempo, ressaltando sua maneira de pensar as doenças em termos de: níveis de integração do indivíduo; tipos de maturidade em relação à idade; tipos de falhas ambientais; das gradações do verdadeiro e do falso *self*; dos tipos de dependência em relação ao ambiente; provisão ambiental recebida, em termos da consideração de que existem pessoas providas, privadas e privadas (Cf. BUSNARDO, 2011).

Nosso objetivo, no entanto, não é mostrar os detalhes e características específicas da maneira como Winnicott concebe o adoecer humano em termos da suas dinâmicas psicoafetivas, mas sim o de mostrar que ele pensa a saúde e o adoecimento de uma maneira que coloca em evidência os modos de ser de uma pessoa em relação a si mesma e em relação ao mundo (o ambiente e seus objetos) de uma maneira que não objetifica o ser humano, ou seja, não o transforma num objeto, numa doença ou sintoma, mas que o considera nas suas efetivas relações inter-humanas, sem que para compreender essas relações tenha de fazer uso de um conjunto de analogias ou metáforas com sistemas naturais (aparelhos, forças, energias), ou ainda com sistemas formais (matemáticos, algébricos ou similares).

O tratamento, para Winnicott, corresponde a criar as condições para que o amadurecimento possa ocorrer:

Num contexto profissional, dado o comportamento profissional apropriado, pode ser que o doente encontre uma solução pessoal para problemas complexos da vida emocional e das relações interpessoais; o que fizemos não foi aplicar um tratamento, mas facilitar o

crescimento (WINNICOTT, 1986f, p. 113-114).

É justamente nesse sentido que Phillips comenta: “O *setting* analítico oferece o meio para o crescimento que estava ausente para o paciente no início” (PHILLIPS, 1988, p. 132). Não se trata propriamente de um profissionalismo técnico, mas de fornecer um contexto em que possa ocorrer uma relação humana simplificada, na qual o paciente pode lidar com uma coisa de cada vez. Em termos sintéticos, poderíamos dizer que o analista constitui e sustenta o ambiente propício ao amadurecimento; trata-se de fornecer esse ambiente tal como a mãe forneceu o ambiente para a criança, sustentando a situação no tempo, tal como a suspensão hidráulica de um ônibus (1965vc, p. 63).

Não se trata, no entanto, como diz Winnicott, apenas do exercício de uma técnica, mas de poder dar as condições para que o paciente amadureça a partir de si mesmo, seguindo o ritmo e as direções dadas pelo paciente (1955d, p. 374):

Nós, como as mães, precisamos saber a importância: da continuidade do ambiente humano, e do mesmo modo, do ambiente não humano, que auxilia a integração da personalidade do indivíduo; da confiança, que torna o comportamento da mãe previsível; da adaptação gradativa às necessidades cambiantes em expansão da criança, cujo processo de crescimento a impele no sentido da independência e da aventura; da provisão para concretizar o impulso criativo da criança. [...] Isto se relaciona com a provisão que fazemos ao nos defrontarmos com crises – o que é diferente de prover psicanálise, que é outra coisa bem diferente (WINNICOTT, 1965vc, p. 67-68).

Podemos afirmar que, para Winnicott, a relação terapêutica é uma “relação humana simplificada”, ainda que corresponda a uma relação com todos os seus riscos e complicados matizes humanos (1986f, p. 109): uma relação que é marcada tanto pela diferença quanto pela igualdade (1986f, p. 109); uma relação que pede a mais profunda honestidade, exigindo-nos que não nos acovardemos perante a verdade que encontramos e que

corresponde à realidade do paciente (1986f, p. 110); uma relação que, focada agora no analista ou terapeuta, deve reconhecer que o analista também precisa do paciente (1986f, p. 109), mas que este não pode usar o paciente para si mesmo a não ser para ser analista.

Outro aspecto fundamental dos processos psicoterápicos, para Winnicott, corresponde à atividade do brincar, pois para ele “é no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o seu *self*” (1971r, p. 80). O brincar, para ele, corresponde a um aspecto universal da natureza humana, uma capacidade que precisa ser adquirida, mas que caracterizará a saúde, sendo uma forma de comunicação fundamental nas psicoterapias; a própria psicanálise correspondendo, para ele, a uma forma altamente especializada de brincar (1968i, p. 63). Quando o paciente não pode brincar, a psicoterapia deve trabalhar no sentido de levá-lo a chegar a essa possibilidade; quando é o terapeuta que não pode brincar, ele simplesmente não serve para esse tipo de trabalho (1971r, p. 80).

Todas essas características visam, num certo sentido, retomar a história do indivíduo para que ele possa não só recordá-la e ressignificá-la, mas também re-experienciar tanto o que foi vivido como aquilo que precisaria ser vivido, de modo que o indivíduo pode amadurecer corrigindo uma experiência passada que interrompeu seu amadurecimento:

No exemplo mais simples possível, uma pessoa que está sendo analisada consegue corrigir uma experiência passada, ou uma experiência imaginária, ao revivê-la em condições simplificadas nas quais a dor pode ser tolerada porque está sendo distribuída ao longo do período de tempo; tomada, por assim dizer, em pequenas doses, num meio ambiente emocional controlado. Como vocês bem podem imaginar, na prática concreta raramente existe algo tão descomplicado como isso, mas o contexto principal pode legitimamente ser descrito desta maneira (WINNICOTT, 1945h, p. 36)



Procurando diferenciar o trabalho psicoterápico psicanalítico de outras formas de tratamento, Winnicott ressalta que não se trata, para ele, de extirpar a doença ou tratar da doença na pessoa, mas sim de cuidar da pessoa tal como apreendemos intuitivamente a diferença quando ouvimos “vou cuidar de você” e “vou tratar do seu resfriado!” Para Winnicott, “cuidar” é sinônimo de segurar (1986f, p. 109), tal como, por analogia, uma mãe segura ou sustenta uma criança ou um bebê. Isso pode ser caracterizado, como fiz noutro lugar, como uma ética do cuidado (Cf. FULGENCIO, 2011). Para Winnicott, e isso é fundamental, o que conta nos tratamentos é a procura pessoal por um lugar e um modo de viver a partir de si mesmo, procura sustentada pela relação humana oferecida pelo psicoterapeuta. É nesse sentido que Winnicott diz que “a vida é realmente difícil, e que é apenas a luta pessoal que conta, e que somente isto é que o indivíduo sente valer a pena” (1969o, p. 424-425).

## **A não objetificação do ser humano**

Esse conjunto de referências e esclarecimentos nos leva a poder afirmar que, na sua busca de realizar e desenvolver a psicanálise como uma ciência objetiva da natureza humana (1986k), Winnicott pode rejeitar a metapsicologia naturalista freudiana (Cf. FULGENCIO, 2006), rejeitar a objetificação feita por Freud, quando tomou o psiquismo como qualquer outro objeto estrangeiro ao homem. Mudando a linguagem utilizada para referir-se às pessoas e dinâmicas envolvidas nos modos de ser do ser humano, evitando uso de jargões (1957o, p. 121), Winnicott pôde falar sobre a natureza humana como uma amostra temporal da existência entre dois estados de não-ser (1988, p. 11), recusando-se a identificar ou reduzir os seres humanos e suas relações a modos de ser que caracterizam as máquinas (1969g, p. 567), considerando, então, que “cada bebê é desde o começo uma pessoa e necessita ser considerado como alguém” (1947b, p. 86), ainda que dependa de outro ser humano para ser humano (1987e, p. 3).

Ao acentuar a questão da humanidade das ações humanas, ele diz:

Este tipo de comunicação é silencioso. O bebê não ouve ou registra a comunicação, mas apenas os efeitos da confiabilidade, que são registrados no decorrer do desenvolvimento. O bebê não sabe da comunicação, exceto pelos efeitos provocados pela *falta* de confiabilidade. É aqui que há a diferença entre perfeição mecânica e amor humano. Os seres humanos cometem muitos erros, e durante o tempo em que a mãe cuida do seu bebê ela continuamente corrige essas falhas. Essas falhas relativas, às quais se dá uma solução imediata, terminam por ser comunicadas e é dessa forma que o bebê acaba tomando conhecimento do sucesso. A adaptação bem sucedida dá uma sensação de segurança e um sentimento de ter sido amado. [...] são inúmeras falhas, seguidas pelo tipo de cuidados que as corrigem, que terminam por constituir a comunicação do amor, sustentada sobre o fato de ali haver um ser humano que se preocupa (1987d, p. 98).

Não há, em Winnicott, nenhum sentimentalismo ou romantismo (Cf. WINNICOTT, 1949f, p. 287), mas a procura pela descrição das efetivas relações inter-humanas. Ao referir-se, por exemplo, à palavra amor, ele prima por mostrar o sentido efetivo, não metafísico, desse termo: “Amor aqui significa a totalidade do cuidado com o lactente ou criança, que favorece o processo maturativo” (1963d, p. 94); ou ainda,

O *holding* inclui especialmente o *holding* físico do lactente, que é uma forma de amar. É possivelmente a única forma em que uma mãe pode demonstrar ao lactente o seu amor. Há aquelas que podem sustentar um lactente e as que não podem; as últimas produzem rapidamente no lactente uma sensação de insegurança e um chorar nervoso (WINNICOTT, 1960c, p. 48).

Ao abordar os diferentes modos de tratar os indivíduos, certamente considerando que tipo de imaturidade ou doença os acometem, também somos levados a diferenciar os tipos de cuidado ambiental, os tipos de tratamentos necessários a cada caso, reconhecendo que para alguns casos é possível e necessário uma psicanálise padrão, enquanto, em

outros, trata-se de fornecer um contexto e um tipo de provisão ambiental diferentes. Independentemente do tipo de tratamento psicoterápico aplicado (seja uma análise padrão, seja uma psicoterapia feita com base na teoria psicanalítica), para Winnicott trata-se sempre de considerar a pessoa como aquilo que precisa ser cuidado.

Ao criticar a psicologia comportamental, que reduz o ser humano a um conjunto mecânico (certamente complexo, mas não deixando de ser mecânico) de determinações - crítica que poderia se estender para as analogias que tentam pensar a psicologia humana como *softwares* de computadores ou ainda numa direção próxima, considerar o ser humano em termos da sua psicologia como fruto da sua genética ou da constituição e dinâmica do sistema cerebral - encontramos a reiteração de que a saúde e a doença do ser humano, em termos da sua vida psicoafetiva, precisam ser consideradas na complexidade das determinações inter-humanas, que não seriam do mesmo tipo das que regulam as relações entre máquinas (sejam pensadas em termos mecânicos, sejam pensadas em termos de *softwares*). Diz Winnicott:

Tudo o que é necessário é que o terapeuta (comportamental) explore o fato de que os seres humanos são um tipo de animal com uma neurofisiologia semelhante a dos ratos e a das rãs. O que se deixa de fora é que os seres humanos, mesmo aqueles cuja inteligência é de grau bastante baixo, não são apenas animais. Eu, pessoalmente, pensaria na Terapia comportamental como um insulto até mesmo aos macacos mais evoluídos, e incluiria nisso os gatos (WINNICOTT, 19690, p. 425).

Tendo em mente, portanto, a crítica e a proposta de Winnicott de construção de uma psicologia científica de base humanista, talvez seja possível considerar que a psicanálise, como ciência objetiva da natureza humana, seja uma possibilidade de abordar o ser humano e de tratá-lo, em seus aspectos psicológicos, de uma maneira que não o toma como um objeto. Isso modifica estruturalmente as concepções de saúde, doença, tratamento e de objeto da prática psicanalítica.

## Referências

ABRAM, J. Donald Woods Winnicott (1896-1971): A brief introduction. *International Journal of Psychoanalysis*, London, v. 89, n. 6, p. 1189-1217, 2008.

ASSOUN, P.-L. *La métapsychologie*. Paris: PUF, 2000.

ASSOUN, P.-L. Le symptôme humain: Winnicott a-métapsychologue. In: Cyssau, C. et al. (Orgs.). *La nature humaine à l'épreuve de Winnicott*. Paris: PUF, 2006. p. 61-78.

BUSNARDO, J. *Contribuições de D. W. Winnicott para a compreensão da nosografia do ponto de vista da psicanálise*. 2011. Tese (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. 2011.

DRAPEAU, P. From Freud to Winnicott: An Encounter Between Mythical children. In: CALDWELL, L. (Ed.). *The Elusive Child*. New York: Jason Aronson, 2002. p. 15-44.

FREUD, S. (1894a). Les néuropsychoses-de-défense. *Sigmund Freud. Oeuvres complètes*. (OCF.P) (Vol. 3). Paris: PUF, 1989. p. 1-18.

\_\_\_\_\_. (1900a). L'interprétation des rêves. *Sigmund Freud. Oeuvres complètes*. (OCF.P) (Vol. 4). Paris: PUF, 2003. p. 8-704

\_\_\_\_\_. (1904a). La méthode psychanalytique de Freud. *Sigmund Freud. Oeuvres complètes*. (OCF.P) (Vol. 6). Paris: PUF, 2006. p. 9-18.

\_\_\_\_\_. (1912b). Sur la dynamique du transfert. *Sigmund Freud. Oeuvres complètes*. (OCF.P) (Vol. 11). Paris: PUF, 1998. p. 105-116.

\_\_\_\_\_. (1912c). Des types d'entrée dans la maladie névrotique. *Sigmund Freud. Oeuvres complètes*. (OCF.P) (Vol. 11). Paris: PUF, 1998. p. 117-126.

\_\_\_\_\_. (1914g). Remémoration, répétition et perlaboration. *Sigmund Freud. Oeuvres complètes*. (OCF.P) (Vol. 12). Paris: PUF, 2005. p. 185-196.

\_\_\_\_\_. (1925d). Autoprésentation. *Sigmund Freud. Oeuvres complètes*. (OCF.P) (Vol. 17). Paris: PUF, 1992. p. 51-122.

\_\_\_\_\_. (1927) O valor da vida: uma entrevista rara de Freud. *Revista IDE*, São Paulo, v.15, p. 54-58, 1988. Entrevista concedida a George Sylvester Viereck.

\_\_\_\_\_. (1933a). Nouvelles suite des leçons d'introduction à la psychanalyse. *Sigmund Freud. Oeuvres complètes*. (OCF.P) (Vol. 19). Paris: PUF, 1995. p. 83-268.

\_\_\_\_\_. (1937c). L'analyse avec fin et l'analyse sans fin. In: Freud, S. *Résultats, idées, problèmes II*. Paris: PUF, 1985. p. 231-268.

\_\_\_\_\_. (1940a). *Abrégé de psychanalyse*. Paris: PUF, 1985.

FULGENCIO, L. Winnicott e uma psicanálise sem metapsicologia. *Natureza Humana: Revista de Filosofia e Psicanálise*, São Paulo, v. 8, n. especial 1, p. 401-420, 2006.

\_\_\_\_\_. Paradigmas na história da psicanálise. *Natureza Humana: Revista de Filosofia e Psicanálise*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 97-128, 2007a.

\_\_\_\_\_. Winnicott's rejection of the basic concepts of Freud's

metapsychology. *The International Journal of Psychoanalysis*, London, v. 88, n. 2, p. 443-461, 2007b.

\_\_\_\_\_. *O método especulativo em Freud*. São Paulo: EDUC, 2008.

\_\_\_\_\_. A ética do cuidado psicanalítico para D. W. Winnicott. *A PESTE: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, São Paulo, v. 2, n. 2, 2011.

GIRARD, M. Winnicott's foundation for the basic concepts of Freud's metapsychology? *The International Journal of Psychoanalysis*, London, v. 91, n. 2, p. 305-324, 2010.

GREENBERG, J. R., & MITCHELL, S. A. (1983). *Relações objetais na teoria psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed, 1994.

HEIDEGGER, M. *Seminários de Zollikon*. Petrópolis: Vozes/Educ/ABD, 2001.

HJULMAND, K. Lista completa das publicações de D. W. Winnicott. *Natureza Humana: Revista de Filosofia e Psicanálise*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 459-517, 1999.

HJULMAND, K. D W Winnicott: Bibliography: Chronological and alphabetical lists. In: Abram, J. *The language of Winnicott: A dictionary of Winnicott's use of words*, 2<sup>nd</sup> ed., p. 363-435. London: Karnac, 2007.

LOPARIC, Z. Heidegger and Winnicott. *Natureza Humana: Revista de Filosofia e Psicanálise*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 104-135, 1999.

PHILLIPS, A. *Winnicott*. São Paulo: Idéias & Letras, 2007.

ROUSSILLON, R. Transitionnel et réflexivité. *Révue Les Lettres de La Société de Psychanalyse Freudienne*, Número Especial 21: Winnicott, un psychanalyste dans notre temps, p. 123-140, 2009.

TYSON, A. & SRACHEY, J. A Chronological Hand-List of Freud's Works. *International Journal of Psychoanalysis*, London, v. 37, n. 1, p. 19-33, 1956.

WINNICOTT, D. W. (1945h). Para um estudo objetivo da natureza humana. *Pensando Sobre Crianças*. Porto Alegre: Artmed, 1997. p. 31-37.

\_\_\_\_\_. (1947b). Mais idéias sobre os bebês como pessoas. *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982. p. 95-103.

\_\_\_\_\_. (1949f). O ódio na contratransferência. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 277-287.

\_\_\_\_\_. (1953b). Tolerância ao sintoma em pediatria: Relato de um caso. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 168-186.

\_\_\_\_\_. (1955d). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 374-392.

\_\_\_\_\_. (1957o). A contribuição da mãe para a sociedade. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 117-122.

\_\_\_\_\_. (1958d). Ansiedade associada à insegurança. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978. p. 163-167.

\_\_\_\_\_. (1958n). A preocupação materna primária. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-405.

\_\_\_\_\_. (1960c). Teoria do relacionamento paterno-infantil. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 38-54.

\_\_\_\_\_. (1963d). Moral e educação. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 88-100.

\_\_\_\_\_. (1965j). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 163-174.

\_\_\_\_\_. (1965m). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 128-140.

\_\_\_\_\_. (1965n). A integração do ego no desenvolvimento da criança. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 55-61.

\_\_\_\_\_. (1965r). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 79-87.

\_\_\_\_\_. (1965vc). Provisão para a criança na saúde e na crise. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 62-69.

\_\_\_\_\_. (1968i). O brincar: uma exposição teórica. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 59-78.

\_\_\_\_\_. (1969g). Fisioterapia e relações humanas. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994. p. 427-432.



\_\_\_\_\_. (1969o). Terapia comportamental. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994. p. 424-426.

\_\_\_\_\_. (1970b). A experiência mãe-bebê de mutualidade. *Explorações psicanalíticas*. São Paulo: Artmed, 1994. p. 195-202.

\_\_\_\_\_. (1971f). O conceito de indivíduo saudável. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 3-22.

\_\_\_\_\_. (1971g). A criatividade e suas origens. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 95-120.

\_\_\_\_\_. (1971r). O brincar: a atividade criativa e a busca do eu (Self). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975, 79-94.

\_\_\_\_\_. (1984i). Variedades de psicoterapia. *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 263-274.

\_\_\_\_\_. (1986f). A cura. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 105-114.

\_\_\_\_\_. (1986k). Psicanálise e ciência: amigas ou parentes? *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. xiii-xviii.

\_\_\_\_\_. (1987d) A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1994. p. 79-92

\_\_\_\_\_. (1987e). A mãe dedicada comum. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1994. p. 1-12.

\_\_\_\_\_. (1988). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

\_\_\_\_\_. (1989vk). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994. p. 94-101.

\_\_\_\_\_. (1989xa). O uso do objeto no contexto de Moisés e o monoteísmo. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994. p. 187-191.

\_\_\_\_\_. (1996f). Psiquiatria infantil, serviço social e atendimento alternativo. *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed, 1997. p. 235-238.

\_\_\_\_\_. (1996n). Notas sobre o fator tempo no tratamento. *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed, 1997. p. 202-204.

# Não se fala de boca cheia

Maria Leticia de Oliveira Reis<sup>1</sup>

No momento em que não estou contente ou no momento em que estou contente, por que os outros estão contentes? Esta relação da satisfação do sujeito com a satisfação do outro - entendam bem, ou em sua forma mais radical - sempre está em causa quando se trata do homem (LACAN, 1955).

## 1 Introdução

Pensando no seguinte comentário: “depois de uma consulta, um paciente deve sair satisfeito”, o “satisfeito” arrebatada e surpreende os mais familiarizados à clínica psicanalítica. O que significa sair satisfeito de uma sessão?

Uma das acepções do termo *sati* é verdadeiro. No budismo, diz a lenda, uma mulher verdadeira, honesta, é um *sati*. O ritual indiano que reconhece o termo obriga que uma mulher viúva se sacrifique pelo seu marido morto ou que as jovens, para manter a endogamia, resolvam os problemas dos homens excedentes. É interessante observar como o termo *sati* funciona para o sexo feminino.

Na língua portuguesa, estar satisfeito significa estar saciado, farto, contente. Essas palavras, na anorexia, jogam um partido interessante para a clínica que se dedica a tratá-la. Uma anoréxica se dirá satisfeita agradecendo a uma refeição, rejeitando-a, e se dirá insatisfeita quando disser seu sofrimento, já que a insatisfação é a queixa da histerica por excelência. O posicionamento do clínico que se dispõe a tratá-la precisa considerar os desdobramentos desse paradoxo entre satisfação e insatisfação. Se uma anoréxica nunca está satisfeita com seu corpo e quer

---

<sup>1</sup> Psicanalista. Doutoranda do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo (USP). Membro do Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (Latesfip). E-mail: marileoliveira@hotmail.com

sempre perder peso, ela se apoiará na retórica entre faltar e fartar-se.

Em São Paulo, observa-se o modo como os psicanalistas se referem a esses: “pacientes”. Em outras regiões do país utiliza-se o termo “cliente”. A lógica da satisfação e insatisfação encontraria aí um par interessante, já que no mercado, o consumidor assume a retórica de “satisfação garantida ou seu dinheiro de volta”. Mas a satisfação da histérica é impossível. Uma anoréxica não pode ser cliente, a não ser de seu sintoma, já que o que consome é nada.

Nenhum dos dois nomes é bom. Sabe-se que entre a decisão de buscar ajuda e a entrada em análise, há um percurso que pode não ser tão curto. Existem também os apressados. Eles normalmente requerem respostas rápidas para seus sofrimentos. Entre cliente e paciente não há como não ceder e acatar o nome “paciente”, já que a ideia de mercado posta em “cliente” incomoda ainda mais. Paciente é mais fiel ao que se dá clinicamente, porque todos os analisantes, assim como os analistas, são muito pacientes, levando às vezes anos para acreditar no inconsciente.

Os analistas, por sua vez, recorrentemente necessitam ser pacientes em suas análises e também pacientes à espera de algo significativo no discurso das sessões, na tagarelice do dia a dia que às vezes se apresenta. “Passar” é também uma palavra que chama a atenção. A ideia de passar implica numa rotina, passar na banca de jornal, na padaria, na feira. Desse modo, quem passa é o cliente, que volta com a mercadoria, não o paciente.

## 2 Caso I

Anos atrás, atendi uma jovem que veio trazida por sua mãe com o sintoma de anorexia. Ela estava em acompanhamento médico no Hospital das Clínicas de São Paulo, onde psiquiatras e nutricionistas formavam uma equipe de tratamento dos transtornos alimentares. Vera<sup>2</sup> chegou ao consultório triste e sem palavras, quase silenciosa. A queixa que foi apresentada por sua mãe era a de que ela não conseguia decidir por si mesma, que não desejava por si só, sempre recorria aos pais para alguma decisão, por mais simples que

---

<sup>2</sup> A paciente será chamada de Vera para evitar sua identificação.

essa fosse. Ela disse que no hospital, a filha era bem cuidada, mas que no consultório de psicanálise, ela trataria de sua “dor maior”.

Na mesma entrevista em que se apresentou como anoréxica, Vera disse que temia decepcionar seus pais. Recém iniciada na clínica psicanalítica como analista, eu sabia muito pouco sobre esse sintoma e usei perguntar-lhe: “O que é a anorexia”? Teria o não-saber da analista se posicionado do lado da decepção? Vera teria ficado insatisfeita com o não-saber da analista?

Retomando a pergunta inicial - “o que é sair satisfeito de uma sessão?” - é possível perceber que satisfazer-se na clínica psicanalítica como paciente implica numa insatisfação radical, e aí opera o conceito de transferência. A transferência deve oferecer ao paciente a abertura paradoxal entre satisfação e insatisfação, entre saber e não-saber, afinal, “se obtivermos a resposta que estamos esperando, será que é realmente uma resposta”? (LACAN, 1955, p. 299).

A sinceridade da analista principiante na clínica das intervenções durante a primeira entrevista a sós com a paciente instaurou toda a relação transferencial que direcionou a análise por quatro anos. O não saber da analista funcionou como uma abertura ao desejo de saber sobre si e uma possibilidade de desejar por si só. Vera decide abrir a investigação do porquê de seu sintoma, já que percebeu que não há um saber absoluto e total acerca de um sofrimento. Essa aceção remonta ao conceito de transferência, porque o modo de tratar o paciente rege o conceito e o conceito rege o modo de tratar o paciente. A transferência com a clínica psicanalítica da mãe de Vera a leva a abertura de uma experiência em que a sua própria transferência com a analista fundamentará o tratamento.

Nessa medida, de início, a retórica observada no hospital era radicalmente diferente das associações da paciente no consultório de tratamento psicanaliticamente orientado. Nunca a perguntei se havia comido ou não, nunca a perguntei quanto pesava ou quantos quilos ela precisaria ganhar. Afinal, essa dor, a da inadequação, era tratada no hospital. Em análise, Vera se perguntava por que havia escolhido esse sintoma já que não sabia nada sobre ele, passando assim à categoria de

analisante, deixando de ser paciente, já que acreditou na determinação inconsciente de seu sintoma.

### **3 Caso II: DSM IV TR**

Trata-se de um caso de anorexia retirado do DSM IV. No momento em que esse caso foi publicado, não havia mais a classificação “neurose”, retirada em 1982. Pretende ser atóricos e considera como sofrimento significativo clínico importante o *déficit* na ocupação social. Trata-se do caso de uma anoréxica de 29 anos, paciente de um programa de terapia cognitivo-comportamental. O caso foi intitulado *O contrato*. É o capítulo 27 do DSM IV TR.

O título aparentemente apropriado do caso, *O contrato*, é de importante observação uma vez que ele é exposto a partir da descrição criteriosa e minuciosa do funcionamento do tratamento. Implica numa relação transferencial, não admitida com esses termos, mas que é enfrentada pelo médico. Ele atenderia a paciente por certo período de tempo em que fosse permitido fazê-lo. Essa permissão se dava em função das normas. Se o peso caísse muito, estariam perdendo terreno e outra postura clínica deveria ser estabelecida para a manutenção do peso e evitação, portanto, de uma recaída no tratamento.

Diferentemente do primeiro caso, poucas são as palavras da paciente relatadas. O que assume maior relevância na narrativa do mesmo era a preocupação do médico em manter os critérios do programa de tratamento para anorexia. O médico que relata o caso dessa paciente no tratamento afirma que ela precisaria manter-se num determinado peso. Seria um tratamento para manter-se estável, um programa recém iniciado de terapia cognitivo-comportamental (TCC) ambulatorial para, portanto, prevenir a recaída. Nesse tratamento, é oferecida à Kim a fluoxetina (antidepressivo) como adjunto à psicoterapia. Mas ela se recusa a tomar o medicamento.

A paciente, no seu funcionamento da anorexia, é alguém que tem dificuldade para ajustar-se aos tratamentos, o que poderia ser

aproveitado justamente como uma abertura à experiência. Depois de um tempo de tratamento, ela estabiliza seu peso e consegue não deixar de trabalhar, o que socialmente é bastante valorizado. Na insubordinação às regras do programa do hospital, talvez pudesse haver uma abertura a uma nova experiência, uma indeterminação em que ela pudesse narrar seu sofrimento. Ela poderia falar, por exemplo, o porquê de não querer tais regras rígidas, o que é bastante singular em quadros de anorexia regidos por tabelas e regimes insistentes e radicais. Mas quando nega as regras, mesmo com seu peso estável, é medicada com antidepressivo. A experiência de estar no peso esperado e medicada retira a paciente da possibilidade de falar sobre seu mal-estar. Oferecer a uma paciente algo que ela demonstra que não necessita faz diminuir a credibilidade na responsabilização dela sob si, sob seu peso. Tome o remédio e algo estará determinado além daquilo que se consegue determinar por si só.

A recusa de Kim pelo remédio seria uma aposta na relação dela com o programa, na relação com seu médico e a possibilidade do estabelecimento de uma relação transferencial que abrisse a pergunta acerca de seu sintoma. Mas logo após sua recusa em tomar a medicação, aparece a recusa do médico em continuar atendendo-a naquele programa, bloqueando uma experiência de transferência possível. O médico se baseava no “contrato”, e tudo o que escapasse às regras estabelecidas no mesmo a excluiria do tratamento naquele programa de tratamento de distúrbios alimentares. O contrato deveria ser satisfeito. O comentário do médico é o que se segue: “Embora eu respeitasse o seu dilema, achava fundamental aderir à intenção inicial de Kim e cumprir o contrato original, que estabelecia que, sob essas circunstâncias, ela entraria num programa de hospital-dia ou seria internada” (DEVLIN, 2008).

Lacan marcou uma diferença radical entre a satisfação de si e a satisfação suposta no outro. Para ele, a relação é essencialmente de alteridade. Não há imagem de reflexividade ou identidade. Essa é a essência do seminário da introdução do *Grande Outro*, em 1955, em que Lacan pergunta por que os planetas não falam. Ele propõe três respostas possíveis: porque eles não têm o que dizer, porque não têm tempo pra falar e porque se os

fez calar ou não foram feitos para falar<sup>3</sup>. As duas primeiras respostas se assemelhavam às boas desculpas que o ser humano escolhe para explicar porque não fala ou se posiciona. A última resposta, a de que os fez calar, é a mais interessante para pensar os dois casos de anorexia relatados. Fazendo a mesma pergunta a um filósofo, Lacan escuta a resposta dada tranquilamente: “eles não falam porque não têm boca” (LACAN, 1955, p. 299). Lacan se decepciona com a simplicidade da resposta, mas reconhece que por ser bastante óbvia tem o seu valor.

É na falha da relação com o outro que se constrói um tratamento possível. Não há intercomunicação, os tratamentos falham assim como as relações falham. A relação com outro funciona nessa ambiguidade e esse paradoxo presente em toda clínica é que move o tratamento. Ou seja, é quando o paciente não sabe o que diz, é no engano, no ato falho, que funciona a relação com o outro. E o sujeito se salva justamente porque há essa insatisfação, essa decepção. Para o caso DSM, o tratamento ficou aquém de suas metas, porque Kim se recusava a cumprir as regras do contrato. Não estaria ela se salvando? Talvez ela estivesse buscando a falta e a insatisfação necessárias para um possível encontro com o outro. Fazê-la adequar-se ao tratamento à custa do contrato seria o mesmo que tentar fazer dos homens planetas. Como formulado por Lacan em se tratando do outro, seria essa a ideia do tratamento? “Será que os fazemos falar tanto para os calar”? (LACAN, 1995, p. 304).

## Conclusão

O caso de anorexia tratado na clínica psicanalítica vem mostrar a indeterminação como desejo de abertura ao inconsciente. Com a pergunta na clínica da escuta: “O que é a anorexia”? A paciente ousou responder a pergunta da qual se tratava seu desejo. Com a queixa inicial colocada nas palavras de sua mãe que dizia: “Ela não consegue desejar e decidir por si só”,

---

<sup>3</sup> Os planetas são esféricos. Na mitologia, os seres originários eram redondos, esféricos, até que Zeus os cortou em dois. Redondos e, portanto, indiferenciados, não tinham a distância necessária para reconhecerem-se duplos e nada lhes faltava.



as possíveis respostas à pergunta sobre a sua anorexia confrontaram a jovem mulher a se posicionar diante do seu desejo. A superação desses paradoxos em relação ao seu posicionamento na família foi se dando no decorrer do processo analítico pela transferência. A cada instante, sua imagem do corpo era confrontada através dessa operação entre seu recuo e avanço em seus posicionamentos sociais. A experiência de Vera adquire os contornos de seu desejo e compõe as formas que seu corpo deve atingir. Assim como não se dorme somente para descansar, mas também para sonhar, Vera passou a comer não somente para se alimentar. A comida adquire sabor assim como sua vida. Ela sabia desde o início de seu tratamento que não se fala de boca cheia. Antes de ser uma norma ou adequação à mesa, existe uma impossibilidade. É preciso certo vazio para o surgimento da voz.

A relação com a falta remete à impossibilidade de completude do sujeito. A autonomia da criança vem depois da série de castrações simbólicas que ela recebe. Há uma separação, o nascimento. Depois da entrada na linguagem, há um muro. A ruptura originária, a entrada no simbólico, permite à criança receber a primeira satisfação e privação, e também através dela, saem as primeiras palavras de negação. Há que não estar completo para falar, por isso não se fala de boca cheia.

Através de suas perdas, o sujeito se constitui e se apropria de seu nome. Essa ruptura, a perda originária, é a que permite a vida social. Se a anoréxica tem facilidade em se adaptar a normas e regulamentos estritos e rígidos, a uma obediência e à recusa em desejar, seria justamente da recusa de Kim que poderia advir o início de sua cura. A obediência às leis, aos contratos e regras não garantem uma boa vida social ou uma autonomia. Talvez seja isso a que o sujeito visa em seu tratamento para remissão de seu sintoma.

Para o ser falante, que tem acesso à palavra, que alcançou o simbólico e perdeu gozo, essa perda cria uma falta e o sujeito passa pela sua vida tentando recuperar o gozo, porque como disse Freud, o homem não sabe renunciar a nada, apenas troca uma coisa pela outra. Haverá sempre uma busca de objeto para sempre fracassada e insatisfeita, porque nada preencherá a falta. O sujeito é para sempre um sujeito insatisfeito.

## Referências

LACAN, J. *O Seminário livro 2*. O Eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. Rio de Janeiro: JZE, 1995.

DEVLIN, M. J. O contrato: terapia cognitivo-comportamental para anorexia nervosa do tipo compulsão periódica/purgativo. In: DSM IV TR: *Casos clínicos*. v. 2. Especialistas contam como tratam seus pacientes. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 335

# Implicações do conhecimento paranoico sobre o saber obsessivo: quando a terapia derrapa na pior

Tiago H. Rodrigues Rocha<sup>1</sup>

## Introdução

Desde o nascimento da psicanálise, a psicopatologia sempre foi fonte de diversos embates epistemológicos com distintos campos teóricos e práticos. Em relação às ciências positivistas, a psicanálise revela-se como uma ciência do negativo. Por não ter como princípio a busca a priori por positivar a vida, a psicanálise desloca a questão da cura, que passa da condição de protagonista à de figurante. Nesse processo, Nasio (1999) lembra que a cura em psicanálise seria um mero bônus que adviria ao longo do processo psicanalítico.

Especialmente após as décadas de 1960 e 1970, com a releitura feita da obra de Freud por Lacan e dos significativos impactos dos movimentos de contracultura na Europa - especialmente o *Maio de 1968* na França -, a psicanálise ganhou o mundo e efetivou-se em seu lugar de ciência contrária aos padrões daquelas até então vigentes. Ao desvelar a posição do *semblant* ocupada pelo analista como sujeito detentor de um suposto saber sobre o adoecimento do Outro, a psicanálise permitiu dar voz ao sujeito. A partir do método da “limpeza da chaminé”, como graciosamente Anna O. - a emblemática paciente de Breuer (FREUD, 1893-95) - denominou o método da livre associação, a psicanálise revelou o mundo das representações inconscientes que habitam o ser humano e o governam.

Não obstante a indelével contribuição freudiana à possibilidade de dar outros sentidos ao sintoma, que não somente a busca de seu silenciamento ou ocultamento, pode-se observar ainda hoje práticas

<sup>1</sup> Mestre em psicologia; professor do Departamento de Psicologia Clínica e Sociedade da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E-mail: tiagohrr@hotmail.com

que parecem desconhecer a contribuição psicanalítica para a clínica. A história da consolidação do saber “psi” é permeada por métodos de tortura, vilipêndio e excesso de moralidade em seu discurso. Apesar do legado de grandes pensadores para a formação do saber sobre o psiquismo humano, ainda hoje observam-se práticas que retrocedem à forma de compreensão humana, sobretudo quando se busca uma ação curativa para determinada forma de sofrimento psíquico.

Tomando como ponto de partida o que foi exposto logo acima, o presente texto tem como objetivo discorrer sobre os riscos de um acompanhamento clínico que se faz a partir da busca de silenciamento do sintoma. Serão pensadas as implicações de uma prática que tomou por princípio norteador a descrença no sintoma como revelador de alguma outra possibilidade de sentido. Após cinco anos de psicoterapia de pouco sucesso terapêutico, um jovem adulto procurou outro profissional<sup>2</sup> para submeter-se à análise. Durante longo processo psicoterapêutico, ele permaneceu identificado ao delírio de poder contrair o vírus HIV por meio de qualquer contato com algum parceiro. Com uma reflexão sobre a condição do conhecimento - paranoico - por parte da psicoterapeuta em torno da dúvida - obsessiva - de seu paciente, pretende-se abordar as implicações que o diagnóstico pode trazer para o manejo clínico.

Ao longo do texto serão problematizadas as condições de criação de possibilidades de seu delírio ter alcançado outras representações a partir do desligamento do acompanhamento com sua psicoterapeuta e de sua busca por análise.

## **Apresentação clínica**

Algumas modificações sobre a realidade do caso foram inseridas a fim de evitar possível identificação. Solteiro, com pouco mais de 30 anos, Fábio graduou-se no ensino superior, porém não conseguia trabalhar em sua área de formação. Trabalhava em uma empresa como

---

<sup>2</sup> O outro profissional procurado pelo paciente é o autor deste texto.

auxiliar administrativo, função que não lhe agradava nenhum um pouco. Queixava-se bastante de seu ambiente de trabalho, exercendo sua função somente em decorrência da necessidade financeira.

Logo na consulta inicial, em sua primeira fala, ele se refere ao conflito em relação à sua condição sexual<sup>3</sup>. Ele disse que se pudesse seria heterossexual, pois para ele, ser homossexual é algo muito penoso e até então ninguém de sua família sabia, uma vez que todos, especialmente sua mãe, eram extremamente preconceituosos. Seu segredo era compartilhado apenas com amigos também homossexuais. Relatou ter realizado terapia por cinco anos e sentiu pouco sucesso para o alívio de seu principal sintoma: um delírio persistente de que através de um mínimo contato com outro sujeito, poderia contaminar-se com o vírus HIV. Uma relação sexual, um beijo ou até mesmo assistir um parceiro masturbar-se sem ter o mínimo contato com o mesmo já seriam práticas suficientes para que ele se contaminasse com o vírus. Após inúmeros exames, todos com resultado negativo, foi expulso do consultório de seu médico infectologista que “já não o suportava mais” (*sic*). Disse que o médico irritou-se uma vez que Fábio insistentemente o procurava sempre com a mesma queixa acerca de um pensamento obsessivo sobre a possível infecção com o vírus HIV. Além da humilhação, Fábio também recebeu o conselho para que procurasse um psiquiatra, uma vez que, de acordo com seu médico, estava com “algum problema na cabeça” (*sic*).

Fábio decidiu então procurar por um psiquiatra. Este disse que o paciente sofria com um “delírio persistente” (*sic*). Deu-lhe alguns comprimidos para que pudesse dormir e recomendou que procurasse um psicólogo. Na tentativa de compreender seu diagnóstico, Fábio pesquisou na internet sobre o que seria a patologia pela qual estava acometido. Ficou espantado, pois dentre as pesquisas encontrou termos como psicose, esquizofrenia entre outros. Procurou então por uma psicóloga que trabalhava em um serviço de saúde destinado a pessoas infectadas

---

3 Optou-se por utilizar a expressão condição sexual, uma vez que, para o autor, a sexualidade não se trata de uma opção, mas uma condição à qual a subjetividade encontra-se submetida a partir do processo de sexuação ocorrido durante o “complexo de Édipo”.

com o vírus HIV. O paciente relatou ter escolhido intencionalmente tal profissional por acreditar estar mais capacitada com as questões relativas ao vírus HIV, podendo assim auxiliá-lo melhor que qualquer outra pessoa.

## **Histórico de vida**

O paciente relatou que desde a infância se percebia diferente dos demais, sofrendo desde muito cedo várias formas de preconceito dos colegas de escola, que o apontavam como “gayzinho e veadinho” (*sic*). Por volta dos 10 anos de idade, ele teve uma doença na cabeça do fêmur que o fazia sentir muita dor e mancar ao andar. A doença passou imperceptível por sua família, que, segundo Fábio, considerava frescura. Certa vez, quando a dor estava em um estágio bastante acentuado, ao queixar-se com a mãe, ela lhe responde que “isto acontece mesmo com quem dá a bunda a noite toda” (*sic*). Fábio alega que essa passagem se deu em decorrência da insatisfação da mãe, que já percebia que o filho possuía uma distinta condição sexual. Ao procurar um médico, o paciente foi informado que possuía um tumor, sendo o problema sanado após uma intervenção cirúrgica sem presença de sequelas.

Refere-se ao pai como um sujeito indiferente em sua vida “pro meu pai tanto faz se a água do rio subir pra baixo ou pra cima, ele não está nem aí com nada. Ele só se preocupa com meu irmão mais velho, a quem ele dá dinheiro sempre” (*sic*). Certa vez, disse, que o pai deu dinheiro à mãe para que ela abortasse enquanto esperava Fábio.

É certamente esse o eixo central de sua produção delirante. Fábio relatou que a mãe era intolerante à homossexualidade e sempre foi assim. Sentia que a mataria de desgosto caso revelasse sua homossexualidade. Por vezes, referiu-se ao risco que ela correria caso soubesse, uma vez que a mesma possuía quase 80 anos de idade. Fábio dedicava boa parte de sua vida a tentar ser um filho exemplar para a mãe. Por vezes relatou que fez inúmeras coisas em prol da mãe para compensar as falhas que percebia nos irmãos. Chegou a construir uma casa para presentear a mãe que, após

finalizada a construção, recusou-se a mudar para a casa, alegando que era grande demais e que já estava acostumada ao local onde morava.

## **O surgimento do delírio**

Fábio sempre relutou em aceitar-se homossexual, revelando-se preconceituoso como a própria mãe. Pensava o homossexual como “um animal, talvez seja por isso que exista a palavra veado; semelhante a um bicho, um animal sem freio” (*sic*).

Fábio nunca teve nenhuma relação heterossexual e se percebia com desejos homossexuais desde a infância. Por volta dos 17 anos teve sua primeira relação sexual casual. Naquele momento, ele ainda vivenciava um intenso conflito em relação à sua condição sexual. Após um ano, ao telefonar para esse primeiro parceiro, recebeu a notícia de que o mesmo havia falecido em decorrência do vírus HIV. Na época ficou bastante apavorado com a possibilidade de infecção do vírus e realizou inúmeros exames que não comprovaram a presença do vírus.

Após esse período, o paciente namorou por aproximadamente 11 anos e afirmou que durante esse tempo não usava preservativos com seu namorado e que o traía, uma vez que também era traído. Certo dia, quando estava junto de seu namorado, recebeu um telefonema de um de seus casos amorosos. Tentou disfarçar a ligação, ao que seu namorado percebeu. O parceiro, furioso, disse que se pegasse alguma doença “acabaria com a vida dele” (*sic*). A partir daquele momento, Fábio disse ter começado seus delírios acerca da possibilidade da infecção. Desde então, ele sofria com o delírio persistente.

## **A clínica enquanto dispositivo do biopoder: a psicoterapia tampona um furo**

Antes da análise mais detida do caso, algumas considerações relativas ao biopoder, constructo teórico magistral no pensamento de Michel

Foucault. Foucault (1988), ao escrever a *História da sexualidade*, traz em seu primeiro volume, *A vontade de saber*, a expressão biopoder. Nessa obra, o autor realiza uma minuciosa cartografia dos dispositivos técnicos para se obter o controle dos corpos e a subjugação das populações sob a égide de determinado modelo ideológico.

Na obra, Foucault analisa diversos meios de silenciar a diferença para que fenômenos intempestivos à ordem preestabelecida permaneçam silenciados. Dentre tais dispositivos, o autor apresenta, por exemplo, a função do exército, da medicina social e de outros meios que servem como forma de controle a partir da relação que se estabelece entre saber e poder. De uma maneira abreviada, ele evidencia o que está implícito detrás do saber sobre os corpos e como tal condição de saber trás consigo a possibilidade de exercer um poder que possa silenciar as demandas desejantes dos corpos.

Sem alongar-se nessa brilhante arqueologia apresentada por Foucault, é possível pensar nas implicações do biopoder no atendimento clínico sob o qual o paciente aqui apresentado foi submetido. Sua escolha meticulosamente planejada por um profissional que pudesse sanar seu delírio lhe deixou numa condição de, como lembra Lacan (1967), “permanecer na pior”, ou seja, numa constante identificação com o seu sintoma. Aponta-se isso a partir da observação da relação transferencial estabelecida com Fábio. Por inúmeras vezes o paciente contava sobre seus envolvimento sexuais com o desejo de que lhe fosse confirmado que não estava contaminado pelo HIV. Certa vez, contou que beijou um rapaz que usava aparelho e, sendo assim, poderia ter alguns cortes na boca. Após esse acontecimento, os delírios a propósito de sua possível infecção pelo vírus HIV retornaram logo na manhã seguinte. Ao contar isso, atordoado, Fábio diz “será que eu me contaminei?! Ah, eu sei que é impossível isto ter ocorrido por conta de um beijo, pois o médico já me explicou inúmeras vezes que beijo não transmite AIDS. Eu não peguei não! Não é?!” (*sic*). Diante do silêncio, deitado no divã, Fábio diz que seu antigo terapeuta o ajudava a ficar mais calmo quando entrava nesse estado delirante.



Ao revelar que sua angústia era sempre silenciada quando ouvia que era impossível que ele tivesse sido contaminado, Fábio traz a relação entre saber e poder. O poder conferido ao terapeuta o permite fazer a afirmação de um determinado conhecimento inquestionável. A posição do “sujeito suposto saber”, como lembra Lacan (1979), é aqui sustentada pela busca do silenciamento do pensamento delirante do paciente. Obliterar a falta constitutiva do ser é um dos alcances do biopoder reafirmado pela prática clínica que sustenta um determinado padrão normativo, sempre feito em acordo com a esfera ideológica dominante. A posição do saber clínico sempre irá conferir ao analista uma espécie de poder, querendo ou não. A partir disso, o posicionamento clínico do profissional será fundamental para a conduta terapêutica.

Não se diz aqui que o primeiro acompanhamento terapêutico não tenha obtido qualquer valia. No entanto, algumas importantes considerações teórico-clínicas precisam ser realizadas neste momento. O pedido para que seu enigma pudesse ser obliterado a partir da fala de um “sujeito suposto saber”, quando sustentada por melhores que fossem as intenções de sua terapeuta, sempre estavam fadadas ao retorno no pior. A condução terapêutica buscava compreender, aconselhar e silenciar seu estado de angústia desencadeado pelos delírios sobre a possibilidade de infecção com o vírus HIV. Assim como o psiquiatra, sua terapeuta toma a condição de Fábio como um estado psicótico, cujo delírio é tomado somente em sua condição semiológica, sem qualquer preocupação com a etiologia de seu adoecimento. Observa-se, portanto, que a psicóloga exerce a função de reprodutor do discurso psiquiátrico ao invalidar o delírio como representação da divisão do sujeito.

O delírio é justamente o retorno do “real”, que não cessa de se fazer pungir justamente por não poder inscrever-se em qualquer instância simbólica. A sustentação dessa condição é dada toda vez que se tenta burlar a angústia advinda desse real. O engano é sempre bem intencionado, porém atende à condição mortífera do pólo pulsional. A carga da demanda da compulsão à repetição não cria possibilidades de engendramentos, de

ligações possíveis da energia psíquica com um Outro. O Outro, no caso de Fábio, permanece como um incognoscível imune ao tratamento, uma vez que permanece sempre na alçada do tratamento do pior.

Conforme Fingerma (2005), Freud e Lacan ao longo de suas obras alertaram sobre o risco de que o suposto “melhor” para o paciente possa ser inimigo do “bem”. Em outras palavras, quando se sustenta a posição de “sujeito suposto saber”, assumi-se a posição do oráculo que a tudo responde. Na boa intenção de se retirar a angústia de Fábio, pode-se facilmente cair na pretensão do alívio da angústia, como muitas vezes se é ensinado ao procurar silenciar a dor com os tão bem conceituados termos psiquiátricos de oferecer “dados de realidade”. Isso não quer dizer que intervenções imediatas para abrandar os delírios não sejam necessárias especialmente em situações de risco eminente ao paciente ou a terceiros. No entanto, não se pode correr o risco do confortável engodo - uma vez que oferecer dados de realidade é sempre menos trabalhoso do que arriscar-se à demanda transferencial - de o manejo clínico tornar-se orientado a não criar condição subjetivante ao delírio.

Salvo os delírios de massa especialmente observados nos regimes fundamentalistas que se propagam cada vez mais ao redor do mundo, o delírio é sempre uma experiência solitária. A angústia oriunda daí é justamente por não possuir possibilidade de encontrar um interlocutor que possa fazer aquilo que Quinet (2009) chama atenção, o dispositivo de testemunho. Testemunhar o delírio do outro é justamente criar possibilidade para que o delírio possa ser subjetivado e ganhe outras representações que não somente prestar-se à constante repetição. Quando alguém ocupa a posição de interlocutor do delírio, escutando o sujeito, cria-se um espaço transferencial para que o delírio seja representado e não mais demande a atuação do sujeito.

Fingermann, ao discorrer sobre o tratamento da demanda, ressalta que:

Esse tratamento não pode se preocupar em suturar ou saturar essa demanda, restaurando um hipotético bem-estar, como haveria de se esperar de uma terapia, pois o que se descobre no caminho do desejo

é que o mal-estar é efeito e defeito de estrutura, é irremediável (FINGERMANN, 2005, p. 42).

Portanto, em contraposição a uma psicoterapia que não reservasse os devidos créditos à produção delirante, a psicanálise busca justamente sustentar o estado do negativo da condição humana. Não se trata de lidar com a vida sob um ângulo repleto de pessimismo e negativismo. Trata-se apenas de, conforme Freud (1937) em seu trabalho *Análise terminável e interminável*, de se deparar com a presença do “rochedo da castração”, sendo esse algo irremediável, próprio do humano e impassível de ser obliterado pela sugestão psicoterapêutica.

Sendo assim, a psicoterapia serviu para preencher um furo, uma vez que Fábio recebia a dose exata que pudesse supostamente preencher sua angústia. É aí que Lacan (1967) ressalta a condição do retorno do pior, ou seja, aquilo que não cessa em se fazer ressurgir justamente por estar colocado como um significante alheio ao sujeito, advindo de uma exterioridade. No caso de Fábio, a psicoterapeuta como “sujeito suposto saber” fica alçada à categoria de significante mestre, podendo, a partir de então, arbitrar sobre a vida do mesmo. Em momento algum, as demandas por acolhimento ganham outra significação que não àquela já dada pela relação estabelecida. O fato de o jovem trazer a constante necessidade da fala acalentadora da terapeuta dá um sério indício de sua condição obsessiva. De um lado o silenciamento do desejo, do outro, aniquilando o desejo, uma necessidade constante e entreaberta nos mais variados caminhos tomados por Fábio.

Antes da compreensão da neurose do paciente, alguns apontamentos em relação à posição que a psicoterapeuta de Fábio assumiu durante a direção de seu tratamento. Quinet (2009), apoiando-se no pensamento fenomenológico de Husserl e na teoria psicanalítica de Lacan, faz lembrar a relação entre o objeto percebido (*perceptum*), o sujeito da percepção (*percepiens*) e o órgão sensorial (*sensorium*) do corpo do percepiens que é afetado pelo objeto percebido (*perceptum*). A partir da relação desses três elementos, o objeto percebido coloca-se como um

objeto equívoco, uma vez que está na dimensão do simbólico.

O *perceptum*, que aqui é justamente a produção delirante de Fábio, é equívoco a media que está inscrito na cadeia significante, à mercê da linguagem. De outro modo, ainda de acordo com Quinet, tem-se um ego que não desvela sua condição barrada, dividida e cindida enquanto instância ordenadora de sentidos. Portanto, se o objeto da percepção é equívoco e o sujeito da percepção dividido, a produção delirante não se coloca como objeto de certeza. Em outras palavras, se a realidade percebida por Fábio é a montagem de uma espécie de “jogo de engano”, como pode a terapeuta assumir para si a função de significante mestre desse jogo? Como é possível a terapeuta criar manobras possíveis ao gozo do Outro se este Outro já está tamponado pela certeza de não possuir sentido?

Ao colocar sua certeza, advinda de sua própria subjetividade, a terapeuta impede que o objeto da percepção possa querer dizer alguma outra coisa além daquilo que se apresenta. Dividido como tal, o sujeito sempre está com sua realidade egóica consciente, velando a barra da castração do sujeito do inconsciente. O sujeito da percepção - assumido pelo discurso do terapeuta enquanto um significante mestre - toma, no caso de Fábio, a certeza sobre a impossibilidade de contaminação com o vírus, como uma espécie de mote terapêutico para o desenrolar clínico.

Com isso, cabe uma reflexão para a questão do atendimento realizado com Fábio não ter considerado a dimensão alteritária - própria do delírio - em que a percepção da terapeuta foi colocada como um dispositivo da verdade, conferida por meio da relação saber-poder. Tal dispositivo traz o silenciamento da angústia que de fato é agradável ao ego do paciente, mas que provoca a derrapagem e identificação do mesmo com seu sintoma. Com isso, torna-se impossível que seu delírio possa ganhar qualquer outro sentido, uma vez que a cadeia significante encontra-se bloqueada, esburacada pela certeza da afirmação do terapeuta sobre a impossibilidade de contaminação pelo vírus.

## Compreendendo o caso

Ao contrário do que foi diagnosticado, Fábio não estava alocado no campo da psicose, o que ficou evidente ao se permitir voz a seu delírio.

Silva Júnior, ao se referir ao tratamento, à psicopatologia psicanalítica, lembra que:

é a própria *alteridade como enigma*, seja ela normal ou patológica que confere uma posição forte, isto é, um princípio constitutivo à psicopatologia psicanalítica. Ora, a alteridade como enigma é, por assim dizer, a garantia metodológica do método psicopatológico, mas também sua garantia ética (SILVA JÚNIOR, 2000, p. 135).

A dimensão alteritária, referida na citação anterior, é justamente expressa pela frequente dúvida que Fábio apresentava acerca de seu delírio. Seu não saber revelava a dimensão alteritária que não se mostrava assentada sobre uma certeza. A demanda foi remetida ao “sujeito suposto saber” do analista que, no imaginário de Fábio, poderia desvelar sua angústia. Contrariando o diagnóstico psiquiátrico, que pela nomenclatura diagnóstica do DSM-IV-TR (APA, 2002) trata-se de um Transtorno Delirante Persistente (297.1), o enigma de Fábio encontrava-se alçado em outro campo que não o da psicose, mas sim da neurose. Freud (1908), no texto *Caráter e erotismo anal*, ressalta a persistência, a ordenação e o excesso de zelo como características típicas do caráter anal. Fábio, ao descrever as raras vezes em que possuía alguma forma de relação sexual, sempre as descrevia como práticas semelhantes à procedimentos de laboratório. O prazer não se concentrava em momento algum no ato sexual, visto que toda sua atenção voltava-se para o rigor dos procedimentos que deveriam ser tomados durante o ato sexual, tais como verificação constante da não ruptura do preservativo, derramamento de esperma, possíveis cortes etc.

Ao se permitir voz ao discurso do paciente, percebe-se tratar de uma estrutura neurótica calcada em um padrão obsessivo de pensamento.

A relação do obsessivo com o seu próprio desejo é sempre uma relação fadada ao aniquilamento. O obsessivo cria, por inúmeras estratégias, modos de se fazer silenciar o desejo, suplantando-o pela necessidade. A criação desta remete justamente à dificuldade do obsessivo em lidar com o Outro. O delírio de Fábio não diz outra coisa que não sua constante incerteza em relação à como se manter na insustentável posição de gozo do desejo materno. Tal posicionamento só se pode sustentar por meio do adoecimento sintomático, como é então realizado pela personificação do real sob a forma delirante.

Dunker (2002) ressalta a posição do neurótico como aquele que por meio de seu cálculo de gozo abre mão de um prazer momentâneo em prol de um prazer futuro. Se há a recusa ante o gozo, é porque há promessa de realização de alguma outra forma de gozo, no caso em questão trata-se do gozo materno. Por maiores que sejam as expensas feitas pelo paciente, ele estará sempre fadado ao fracasso, uma vez que está remetido à dimensão da falta materna. O falo traz em si a constante lembrança de uma negatividade, pois está sempre remetido a algo de ordem incognoscível.

Dor ressalta que “os obsessivos são os nostálgicos do ser” (DOR, 1993, p. 97). O paciente aqui analisado permanece como estepe à espera de ocupar o lugar fálico na relação incestuosa. Seu posicionamento ressentido traz a marca de uma lembrança, como se houvera sido amado demasiadamente, mas perdera esse lugar de objeto de amor. Fábio sacrificava-se em prol dos desejos maternos, ao que muitas vezes justifica como “não querer dar mais desgosto à mãe, já que os irmãos só sabem trazer desgosto” (*sic*). Nessa fala, fica claro o desejo de ser “falicizado” pela mãe, ou seja, ser tomado pelo desejo materno, fazendo valer sua posição ressentida.

Ainda de acordo com Dor, “lá onde deveria normalmente confrontar-se com a insatisfação, fica precisamente *presa da satisfação* na relação de suplência que mantém com a mãe” (DOR, 1993, p. 103). O pensamento obsessivo geralmente traz a demanda de um ato compulsivo que justamente tem a função de criar um ambiente anódino à vida. Podem-se ter os rituais compulsivos e o pensamento que os desencadeia

como formas paliativas em prol do tamponamento da própria condição desejante do sujeito.

Ainda de acordo com Dor (1993), o obsessivo é sempre alguém que sente ter sido amado demais. Aqui, pode-se apenas hipotetizar sobre as circunstâncias de seu ambiente familiar. A partir do fato de o pai querer que a mãe de Fábio abortasse e ela ter negado o desejo paterno, pode-se acreditar haver certa legitimidade no relato do paciente quando ele diz ter sido privilegiado pela mãe e ter recebido doses excessivas de cuidado. A isso o paciente retribui toda sua devoção, tendo grande resistência em alguns momentos cruciais da análise em que acaba se questionado sobre a autenticidade de um amor que não suporta a condição da diferença homossexual. Fábio fazia inúmeros esforços para não pensar sobre isso por meio de negativas e reafirmações de seu amor incalculável pela mãe.

## **O desenrolar da análise**

Freud (1915), em seu célebre artigo *O inconsciente*, demonstra toda a dinâmica que ocorre na topografia do aparelho psíquico para a formação da neurose. Segundo o autor, uma ideia sempre traz consigo um componente afetivo. No momento em que ocorre a repressão de uma ideia - uma vez que esta possui um conteúdo intolerante ao ego - o afeto a ela vinculado fica retido no inconsciente e somente será sentido sob a forma de ansiedade quando puder ligar-se a outra representação que, no caso da neurose obsessiva, esteja vinculada à ideia original, mas, ao mesmo tempo, esteja distante dessa ideia. A esse fenômeno Freud deu o nome de deslocamento.

Portanto, para o caso aqui analisado, tem-se a seguinte dinâmica: desejo homossexual - intolerância à homossexualidade advindo da identificação com o desejo materno; recalque do desejo por possuir conteúdo ameaçador ao ego - afeto transformado em ansiedade; ansiedade manifesta-se na consciência ligada à ideia obsessiva de poder contaminar-se com o vírus HIV - rituais compulsivos nos momentos da prática sexual.

O desenrolar da análise permitiu que o sujeito percebesse que o delírio sobre a infecção pelo vírus estava associado à suas tentativas de práticas sexuais. O pensamento obsessivo de que poderia estar infectado pelo vírus também servia como uma forma de experimentar certa punição por cometer tais práticas. Sentia-se culpado por permitir vivenciar sua homossexualidade e percebia que estava se punindo com isso. O risco de contaminar-se também passou a ser percebido como um meio de evitar os relacionamentos homossexuais e assim silenciar seu desejo.

Certa vez, algo de muito revelador foi alcançado na análise de Fábio, o que permitiu um *insight* bastante significativo. Ao repetir insistentemente que estava com medo de ter se contaminado pelo vírus HIV após ter trocado alguns beijos com um parceiro em uma boate, relatou: “Eu vivo sempre correndo este tipo de risco”. Analista: “Risco de que?” Fábio: “Ué, de me contaminar!” Analista: “E o que ocorreria?” Fábio: “Ué, eu teria que explicar como que eu me contaminei. De onde que isso poderia ter surgido sendo que ninguém nunca me viu com nenhuma menina?!” (*sic*).

O risco, portanto, não era sobre as possíveis consequências trazidas pela infecção do vírus, mas sim sobre ser descoberto especialmente por sua mãe. Estar em risco eminente de ser desmascarado era o que mais o amedrotava. Seu sintoma servia como uma forma de punição por sentir-se culpado e também como elemento revelador de sua maior conflitiva: a impossibilidade de sustentar o desejo materno.

Durante pouco mais de dez anos, Fábio manteve às escondidas um relacionamento e se recorda que o pensamento relativo à infecção pelo vírus iniciou durante aquele período. De acordo com o próprio paciente, os delírios começaram quando o ex-namorado ameaçou “acabar com a vida dele”. Quando questionado sobre o que seria esse “acabar com a vida”, Fábio respondeu: “Ué, acabar com minha vida, quebrar minha cara e principalmente sair contando pra todo mundo. Minha cidade é pequena. Todo mundo ficaria sabendo e principalmente minha mãe, né!” (*sic*). Naquele momento, ele percebeu a associação entre a ideia delirante e sua preocupação em ser descoberto, fica desconcertado no divã e logo a



sessão é encerrada.

Nas sessões seguintes, os temas relativos ao seu sentimento de culpa vão se tornando mais recorrentes. Relatava sentir-se culpado por masturbar-se pensando em um homem, que isso era algo errado e que sempre vinha à mente a imagem de sua mãe e o que ela pensaria sobre isso tudo. Seu sentimento de culpa se estendia para situações mais simples do cotidiano como, por exemplo, quando saía com amigos também homossexuais. Um simples passeio por um *shopping center* incrementava seus sentimentos de culpa.

O desenrolar da análise trouxe sentimentos de intensa angústia, uma vez que Fábio passou a experimentar sentimentos de ódio relativos à mãe. Certa vez, ao assistir com sua mãe um episódio de uma novela que retratava o cotidiano de dois homossexuais, a mãe comentou que “aquilo era coisa de gente sem vergonha, de gente que não presta” (*sic*). Fábio relatou sentir-se muito mal em relação a isso, pois sentia-se culpado por também ser homossexual. No entanto, percebeu que seu mal-estar antes não era direcionado à mãe, que sempre “aliviava a barra dela” (*sic*), mas que não aliviava a própria barra. Essas sessões anunciaram *insights* importantes que coexistiam com momentos de bloqueio, em que as resistências se colocavam à toda prova e Fábio procurava esquivar-se de ter que lidar com a angústia oriunda da ambivalência emocional que passou a sentir relativa à mãe.

## **Conhecimento e saber: efeitos da clínica**

Para finalizar, é interessante retomar a problemática que se coloca entre o “conhecimento” e o “saber”. Tomando o que foi escrito até agora, percebe-se a diferença estabelecida no delineamento clínico quando se toma a premissa de determinado diagnóstico.

O diagnóstico psiquiátrico feito ao paciente em questão parte de uma certeza, a de que o pensamento delirante de Fábio era um pensamento vazio de sentido. Seu diagnóstico de transtorno delirante persistente

foi cegamente assumido por sua terapeuta, que na ânsia por silenciar a angústia do paciente, procurou remediar a situação. Como pode ser percebido no caso “o melhor foi contrário ao bem”.

Se por um lado o “obsessivo” lida constantemente com a “dúvida”, com a incerteza de tentar responder sempre de modo assertivo ao desejo alheio, o “paranoico” está no campo do “conhecimento”. De acordo com Quinet (2009), todo “conhecimento é paranoico”, à medida que é uma forma de apreensão inequívoca da realidade. Assim, a primeira terapia à qual Fábio se submeteu esteve constantemente remetida a uma condição paranoica de imposição da realidade de sua terapeuta, que buscava silenciar a angústia advinda da dúvida obsessiva de Fábio. Por outro lado, o “saber”, ainda de acordo com o autor, é algo de natureza sempre “obsessiva”. O saber é uma construção constante recheada por dúvidas e incertezas para as quais o sujeito procura respostas o tempo todo.

Muito além de um simples delírio, o pensamento de Fábio possuía a natureza de buscar um endereçamento, um interlocutor que pudesse desdobrar possíveis sentidos para sua própria experiência. Assim, distintamente da estrutura psicótica, o paciente tem o outro como interlocutor e não simplesmente como mero ouvinte. Na psicose, o outro se encontra estilhaçado, sendo o delírio uma forma inequívoca de conhecimento. Apesar da intimidade da aproximação que muitas vezes pode ser realizada entre a obsessão e a paranoia, no primeiro caso tem-se uma condição de reconhecimento da alteridade, enquanto que no segundo, uma alteridade solapada que está na posição de mero ouvinte de uma certeza já concluída e não de interlocutor de um saber a ser construído.

Para o caso aqui apreendido, percebe-se então a certeza paranoica do médico psiquiatra e da terapeuta confrontando constantemente com a busca obsessiva por parte de Fábio de construir seu saber. A todo momento Fábio apresentava um delírio que se interrogava, que impunha a si mesmo e passava a demandar que alguém solucionasse seu enigma. Freud (1908) já alertava que o obsessivo tenta eximir-se da responsabilização pelo próprio desejo. Demandar que o outro construa

um saber sobre si foi um dos artifícios que Fábio passou a encontrar para que pudesse sempre responder assertivamente sobre o desejo do outro. Se fosse possível saber o que o outro deseja, não haveria que se haver com a dimensão alteritária desse desejo.

Assim, este artigo teve como objetivo principal ressaltar as implicações que o diagnóstico pode trazer para a condução clínica de um caso. Muitas vezes, a certeza paranoica sobre um possível diagnóstico acabará por obliterar as possibilidades de manejo clínico e de condução do tratamento. O risco de se derrapar no tratamento do pior sempre fará parte da clínica e caberá sempre ao analista a dimensão ética de permitir que o pior seja um campo de passagem e não de identificação.

## Referências

APA - American Psychiatric Association. *DSM-IV-Tr. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Tradução de Cláudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DOR, J. *Estruturas e clínica psicanalítica*. Tradução de Jorge Bastos e André Telles. Rio de Janeiro: Taurus, 1993.

DUNKER, C. I. L. *O cálculo neurótico do gozo*. São Paulo: Escuta, 2002.

FINGERMANN, D. A psicoterapia retorna o pior. In: FINGERMANN, D.; DIAS, M. M. *Por causa do pior*. São Paulo: Iluminas, 2005. p. 41-58.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FREUD, S. (1893-95) Estudos sobre a histeria. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 2. Tradução sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. (1908) Caráter e erotismo anal. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 9. Tradução sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 157-166.

\_\_\_\_\_. (1915) O inconsciente. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 14. Tradução sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 165-224.

\_\_\_\_\_. (1937) Análise terminável e interminável. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 23. Tradução sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 225-274.

LACAN, J. *Seminário 11 - Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

\_\_\_\_\_. (1967) *Outros escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

NASIO, J-D. *Como trabalha um psicanalista*. Tradução de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

QUINET, A. *Teoria e clínica da psicose*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária 2009.

SILVA JÚNIOR, N. Metodologia psicopatológica e ética em psicanálise: o princípio da alteridade hermética. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. III, n. 2, p. 129-138, 2000.



# DSM e ideologia: reflexões acerca da pretensão de uma diagnóstica totalizante<sup>1</sup>

Fuad Kyrillos Neto<sup>2</sup>

Em maio de 2007, o psiquiatra Valentim Gentil do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), em entrevista a uma revista de circulação nacional, afirma que “os normais existem mais são raros” (GENTIL FILHO, 2007). Depois de avaliar uma centena de pessoas, o psiquiatra chegou a um número de 70 homens e 70 mulheres que estariam livres de quaisquer transtornos psíquicos e se comportariam com a propriedade exigida pelas circunstâncias da vida. Ele selecionou homens entre 18 e 50 anos de idade sem nenhum distúrbio psiquiátrico. Os considerados pelo pesquisador “mais normais que os normais” possuem ainda o atributo de não possuírem parentes de primeiro grau com doenças mentais graves, como depressão severa e psicose. Estão livres ainda de males físicos tais como diabetes e hipertensão, que podem causar transtornos ao psiquismo.

Ao ser indagado acerca das relações entre as exigências sociais com o surgimento de distúrbios psíquicos, o pesquisador afirma que “o problema é quando o indivíduo ultrapassa o seu limite. Cada um tem de trabalhar dentro de suas possibilidades. Quando isso não ocorre é preocupante” (GENTIL FILHO, 2007). Esse limite é dado pelo ritmo biológico que deve ser mantido a “todo custo”. Por isso devemos estar atentos a saúde de nosso cérebro, para que esse órgão não se transforme “numa armadilha para nós mesmos”.

---

1 Este texto constitui-se em uma comunicação preliminar da pesquisa intitulada *A psicopatologia e o DSM IV: um diálogo com a psicanálise*, que conta com a participação dos acadêmicos do curso de graduação em psicologia: Aquinoã Abigail Pederzoli, Maria Luisa Azor Hernandes e Carlos Felipe Lemes e Silva.

2 Doutor em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Docente do Departamento de Psicologia Clínica e Sociedade da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E-mail: fuad@psicologia.uftm.edu.br

A síntese dessa entrevista nos oferece a possibilidade de demonstrar um traço característico da psiquiatria pautada no DSM, que é sua ambição reducionista frequentemente eliminativista. Da tentativa da apropriação do cérebro como o órgão da psiquiatria decorre a suposição de que a vida mental pudesse ser doravante explicada a partir da sintaxe neuronal.

Serpa Júnior afirma que:

Em uma psiquiatria remedicada, biológica, o cânone científico obedece aos ditames das ciências naturais, dos procedimentos experimentais, que pretendem isolar relações de causalidade por meio de características externas - mas não contextuais - dos eventos, obedecendo a uma regularidade e a uma generalidade passíveis de serem formuladas sob a forma de leis, e garantindo com isso não só a objetividade, como o poder de predição e intervenção no curso dos acontecimentos (SERPA JÚNIOR, 2001, p. 35).

Dos ditames das ciências naturais decorrem os conselhos do psiquiatra para a manutenção da saúde mental. Cumpre-nos notar que o entrevistado esquiva-se de abordar a relação entre a organização social contemporânea e os distúrbios psíquicos. A preservação da saúde mental deve ser pautada no respeito ao ritmo biológico, descansar dormir e divertir-se com vistas à preservação da saúde do cérebro.

## **A ideologia na classificação DSM**

Eagleton procura desvendar o significado de ideologia ao buscar conceitos que vêm desde o Iluminismo até os nossos dias. Esse autor indica um caminho fecundo para nossa discussão:

A palavra “ideologia” é, por assim dizer, um *texto*, tecido com uma trama inteira de diferentes fios conceituais; é traçado por divergentes histórias, e mais importante, provavelmente, do que forçar essas linhagens a reunir-se em alguma Grande Teoria Global é determinar o que há de valioso em cada uma delas e o que pode ser descartado (EAGLETON, 1997, p. 15).



O autor enfatiza a inexorável importância do conceito de ideologia na atualidade. Porém, a crítica ao conceito de ideologia não implica um lugar privilegiado, isento das influências da sociedade, que faculta ao crítico perceber o mecanismo obscuro que regula a visibilidade e a invisibilidade sociais. Esse lugar não seria iminentemente ideológico? Zizek ressalta que:

Ideologia pode designar qualquer coisa, desde uma atitude contemplativa em relação à realidade social até um conjunto de crenças voltado para a ação; desde o meio essencial em que os indivíduos vivenciam suas relações como estrutura social até idéias falsas que legitimam um poder político dominante. Ela parece surgir exatamente quando tentamos evitá-la e deixa de aparecer onde claramente se esperaria que existisse (ZIZEK, 1996, p. 9).

Esse autor nos adverte que “quando um processo é denunciado como ideológico por excelência”, certamente seu inverso é não menos ideológico.

Zizek considera que uma das tarefas da crítica pós-moderna da ideologia é nomear dentro da ordem social vigente “os elementos que apontam para o caráter antagonico do sistema e, desse modo, ‘nos alienam’ da evidência de sua identidade estabelecida” (ZIZEK, 1996, p. 13).

Interessante notar que uma ideologia não é necessariamente “falsa”: seu conteúdo pode ser verdadeiro, preciso, pois o que realmente importa não é o conteúdo afirmado como tal, mas seu impacto subjetivo quando enunciado. Esse é um ponto crucial para essa discussão. Zizek nos ajuda a esclarecer:

Estamos dentro do espaço ideológico propriamente dito no momento em que esse conteúdo “verdadeiro ou falso” (se verdadeiro, tanto melhor para o efeito ideológico) é funcional com respeito a alguma relação de dominação social (poder e exploração) de maneira intrinsecamente não transparente: para ser eficaz, a lógica de legitimação da relação de dominação tem que permanecer oculta (ZIZEK, 1996, p. 14).

O estudo da ideologia é, entre outras coisas, um exame das formas pelas quais as pessoas chegam a investir em sua própria infelicidade. Ao abordar o “impacto subjetivo da ideologia”, podemos pensar que a condição do oprimido tem algumas compensações; por isso, encontramos pessoas dispostas a tolerá-la. Como nos lembra Eagleton, o opressor mais eficiente é aquele que persuade seus subalternos a amar, a desejar e a identificar-se com seu poder, e qualquer prática de emancipação política envolve, portanto, a mais difícil de todas as formas de liberação: o libertar-se de nós mesmos. Mas o outro lado da história é igualmente importante. Pois, se tal dominação deixar por muito tempo de propiciar suficiente gratificação, a suas vítimas com certeza acabarão por revoltar-se contra ela.

Lembrando que “a crítica ideológica” tem grande afinidade com a psicanálise, Eagleton afirma que somente darão resultados aquelas intervenções que façam sentido para o próprio sujeito que foi enganado.

Zizek (1991) nos auxilia nesse raciocínio ao conceber o campo social como estrutura que se articula em torno de sua própria impossibilidade. Assim, a ideologia é edifício simbólico que mascara o vazio, o impossível ao redor do qual se estrutura o campo social. Se comportar com a propriedade exigida pelas circunstâncias da vida, conforme afirma Valentim Gentil Filho acerca do critério de normalidade, não seria colaborar com o mascaramento dos impasses sobre os quais se funda nossa sociedade?

A definição oferecida por Lalande ressalta que a ideologia é “um pensamento teórico que crê desenvolver-se abstratamente sobre seus próprios dados [...]” (LALANDE, 1985, p. 601). Outra definição do mesmo autor aponta que a ideologia tem a característica de ser “um conjunto de idéias que vivem independentemente e unicamente submetidas às suas próprias leis” (LALANDE, 1985, p. 601).

As definições anteriores nos remetem à tecelagem de uma rede de significantes “autônoma e total”, realizada a partir da aceitação e da introjeção do saber ideológico. Sobre esse aspecto Fulford (1994) nos lembra que na descrição e classificação do DSM, são incorporados valores

sociais; os considerados desviantes sociais são classificados como tendo algum distúrbio, perturbação ou falha.

Esse fato tem importantes consequências nas relações do sujeito com o saber ideológico e aponta para uma tendência de aceitação incondicional do saber ideológico que circula na sociedade. Sob esse aspecto, Zizek (1991) nos lembra da assimetria que une a comunidade e o sujeito. Só há liberdade de escolha se você fizer a escolha certa. Há um “curto circuito” constitutivo de todo o campo ideológico. Fatalmente, chega-se ao ponto em que o sujeito é confrontado com uma escolha impossível. Ele pode optar livremente entre “pró” e “contra”, mas se escolhe mal, se decide pelo “contra”, perde a liberdade de escolha. Zizek sintetiza essa questão: “O campo das ordens ideológicas inclui necessariamente o ponto paradoxal da ‘boa conduta’, onde a ordem se transmuda em cortesia, polidez, num respeito pela etiqueta” (ZIZEK, 1991, p. 168).

Recorremos novamente a Fulford (1994) para apontarmos uma divergência quanto à definição de transtorno mental entre os estudiosos desse tema, lembrando que existe pouco contato entre as classificações psiquiátricas com tais pesquisas. Na classificação DSM, o resultado da apropriação desse conceito pode ser expresso em dois níveis. No primeiro nível, a doença é vista como balizadora para um tipo de valor. No conceito atual de doença mental, aquele que aparece saudável diante da sociedade não recebe nenhum código que faça menção a doença. No segundo nível, temos o adoecimento como falência da ação. O conhecimento é estruturado em termos de deterioração da função e a experiência do paciente deve ser entendida em termos de incapacidade ou atos incorretos.

Lembramos que Berrios (2007) define psiquiatria como o conjunto das narrativas desenvolvidas, sobretudo nas sociedades ocidentais, para configurar, explicar e lidar com fenômenos comportamentais os quais, com base em critérios sociais, mais do que neurobiológicos, foram definidos como desvios. Assim, é bastante plausível que tais modos de subjetivação e socialização encontrem-se ainda presentes nas categorias psiquiátricas, pois sua formação histórica acusa essa dependência. Porém,

isso se tornou invisível e apagado da prática diagnóstica corrente ou das razões que a justificam.

Essa posição é compatível com a abordagem adotada por Berrios (2008), que estuda as classificações psiquiátricas a partir do campo fora da “episteme” e considera as classificações psiquiátricas como produtos culturais. Esse autor relativiza a concepção de que as doenças mentais sejam epifenômenos comportamentais envolvidos em alterações moleculares. Para ele, o fato da genética sozinha não explicar toda a patologia mental não deveria compelir os psiquiatras à pesquisa de uma invariante social. A crença de que todas as doenças mentais sejam meramente construtos sociais não é ameaçadora à psiquiatria por questionar a existência profissional de psiquiatras. Ela é ameaçadora por não oferecer a estabilidade requerida para criar um sistema preditivo, que é uma expectativa inerente à medicina.

Essa abordagem das classificações psiquiátricas nos permite presumir que a sedução totalitária da abordagem das ciências naturais para explicar toda a vida mental se constitui numa fantasia ideológica. Dessa forma, o caráter eliminativista e reducionista da classificação DSM suprime a possibilidade do surgimento de outras reflexões acerca das formas de sofrimento na sociedade contemporânea.

Zizek (1996), ao se interessar pelas formas como a fantasia ideológica suprime a liberdade, inicia um estudo sistemático pelas formas políticas totalitárias. Esse autor considera que aquilo que a fantasia ideológica suprime, em última instância, é a liberdade. Ao comentar a frase marxista “disso eles não sabem, mas o fazem”, o autor propõe uma nova leitura:

A ilusão não está do lado do saber, mas já está do lado da própria realidade, daquilo que as pessoas fazem. O que elas não sabem é que sua própria realidade social, sua atividade, é guiada por uma ilusão, uma inversão fetichista. O que desconsideram, o que desconhecem, não é a realidade, mas a ilusão que estrutura sua realidade, sua atividade social. Elas sabem muito bem como as coisas são, mas continuam agindo como se não soubessem (ZIZEK, 1996, p. 316).

Dessa forma, podemos notar que, segundo Zizek, a fantasia ideológica se estrutura como uma dupla ilusão: coloca-se acima da ilusão que estrutura nossa relação real e efetiva com a realidade. A essa ilusão desconsiderada e inconsciente, o autor chama de fantasia ideológica.

A noção de fantasia ideológica nos auxilia a entender o interesse sistemático de Zizek pelas formas políticas totalitárias. Elas são a expressão encarnada da servidão voluntária: o momento em que o desejo se mostra como desejo de alienação, não somente como desejo alienado.

Deriva da fantasia ideológica, a produção de uma exceção que fixa o elemento faltante para o universal que ele promete. Essa exceção é o sintoma social que, como negação interna, carrega dentro de si as propriedades formais da fantasia da qual se origina.

Zizek constrói, dessa forma, uma nova maneira de entender a ideologia e, assim, podemos indagar sobre os modos de agir sobre ela. A crítica da ideologia em nossa época deve se deslocar da primazia do saber para o eixo do fazer. O autor adverte que se continuarmos a utilizar o conceito de ideologia clássico, no qual a ideologia é situada no saber, a sociedade de hoje deverá afigurar-se pós-ideológica. Teríamos, então, a ideologia do cinismo, pois as pessoas não levariam a sério as proposições ideológicas. Porém, Zizek pensa a ideologia de outra forma:

O nível fundamental da ideologia, entretanto, não é de uma ilusão que mascare o verdadeiro estado de coisas, mas de uma fantasia (inconsciente) que estrutura nossa própria realidade social. E nesse nível, é claro, estamos longe de ser uma sociedade pós-ideológica (ZIZEK, 1996, p. 316).

Essa consideração acerca da fantasia inconsciente que estrutura nossa realidade social leva Zizek a ponderar que a distância cínica é apenas um modo de nos cegarmos para o poder estruturador da fantasia ideológica. Em outras palavras, o dito cristão “eles não sabem o que fazem” deve ser interpretado de forma totalmente diversa: “eles sabem que em sua atividade estão seguindo uma ilusão, mas fazem-na assim mesmo” (ZIZEK, 1996, p. 316).

Assim, podemos pensar na tese do cinismo como sintoma social hegemônico. Cinismo estimulado por práticas de tratamento que desconsideram o sintoma como uma manifestação subjetiva que deve ser acolhida para que possa emergir o sujeito. A noção de fantasia ideológica não alcança apenas o plano de uma falsa cobertura do real. Tal fantasia não se opõe à realidade, mas estrutura a própria realidade social. Dunker e Prado (2005) nos lembram que o problema reside em saber o que, em cada momento, precisa ser excluído da realidade para que a própria realidade se mostre consistente.

### **À guisa de conclusão: a pretensão do DSM em ser uma língua universal e a eliminação da subjetividade**

A primeira versão do DSM, em 1952, reconheceu claramente a síntese de esforços anteriores em que o papel da psicanálise era proeminente. Devemos lembrar que o esforço de conciliação com a classificação emanada da Organização Mundial de Saúde, Classificação Internacional de Doenças (CID-6), revelou pela primeira vez como as ideias psicanalíticas e psicopatológicas subjacentes poderiam conter particularidades não tão facilmente aceitas no resto do mundo. Há vários trabalhos que descrevem, particularmente a partir do DSM III (1980-1987), o processo gradual de retirada de categorias e signos clínicos de extração psicanalítica e sua substituição por entidades “propriamente psiquiátricas” (PEREIRA, 1996; DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011).

Dunker e Kyrillos Neto (2011) apontam dois aspectos que nos parecem relevantes para entender o sistema DSM: 1) Sua aspiração a colocar-se para o campo da psicopatologia como uma forma de “classificação” consensual, convencional e tendencialmente desambiguadora (ao modo de um código de linguagem). (2 Sua aspiração a constituir-se em um “ordenamento” de natureza regular, exaustivo e universalizável (ao modo de um código jurídico) das modalidades do psicopatológico.

Consideramos que o atual movimento de desaparecimento das entidades clínicas descritas pela psicanálise da classificação diagnóstica dificulta, sobremaneira, uma proposta de intersecção entre psiquiatria e psicanálise.

Lembramos que Freud construiu as entidades clínicas da psicanálise a partir da psiquiatria clássica. Para cada uma das categorias psicanalíticas que a psicanálise utiliza podemos fazer corresponder um nome na história pré-psicanalítica. Para a paranoia, Kraepelin; para a esquizofrenia, Bleuler; para a perversão, Krafft-Ebing; e para a neurose, Charcot (QUINET, 2001).

Consideramos que praticar uma lógica diagnóstica baseada no consenso estatístico com marcos relativo a transtornos que devem ser eliminados com medicamentos é abandonar a clínica que considera a relação dos sinais e sintomas com as estruturas clínicas, ou seja, com a constituição do sujeito.

Conjecturamos que o DSM como figura histórica de compromisso, menos do que representar o pomo da discórdia ou o choque entre duas civilizações (psiquiátrica e psicanalítica), é o sintoma maior da supressão individual dos múltiplos discursos sobre o mal-estar, o sofrimento e o sintoma. Mal-estar tamponado por um discurso ideológico que substitui a noção de sujeito pela fantasia de animal humano (*homo sapiens*), que aspira uma fauna com condutas adequadas para uma convivência harmônica.

## Referências

BERRIOS, G. E. Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 113-127, 2008.

\_\_\_\_\_. Como o passado pode nos ajudar a prever o futuro? *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 29, n. 1, 2007.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. A psicopatologia no limiar entre psicanálise e psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. No prelo.

DUNKER, C. I. L.; PRADO, J. L. A. (Orgs.). *Zizek crítico: política e psicanálise na era do multiculturalismo*. São Paulo: Hacker editores, 2005.

EAGLETON, T. *Ideologia*. São Paulo: Editora UNESP/Boitempo Editorial, 1997.

FULFORD, K. W. M. Closet logics: hidden conceptual elements in the DSM and ICD Classifications of Mental Disorders. In: SADLER, J. Z.; OSBORNE, P. W.; SCHWARTZ, M. A. *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification*. London: The Johns Hopkins University Press, 1994. p. 211-232.

GENTIL FILHO, V. A normalidade existe. *Revista Veja*, São Paulo, maio 2007. Entrevista concedida a Anna Paula Buchalla. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/020507/entrevista.shtml>>. Acesso em: 16 de ago. de 2011.

LALANDE, A. *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. Porto: Editora Rés, 1985.



PEREIRA, M. E. C. Questões preliminares para um debate entre a psicanálise e a psiquiatria no campo da psicopatologia. In COUTO, L. F. S. *Pesquisa em psicanálise*. Belo Horizonte: SEGRAC, 1996. p. 43-54.

SERPA JUNIOR, O. D. Psicanálise, psiquiatria e a sedução da completude. In: QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e psiquiatria*. Controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2011. p. 31-36.

QUINET, A. Como se diagnostica hoje? In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Psicanálise e psiquiatria*. Controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2011. p. 73-77.

ZIZEK, S. Como Marx inventou o sintoma. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. p. 297-330.

\_\_\_\_\_. O espectro da Ideologia. In: *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. p. 7-35.

\_\_\_\_\_. *O mais sublime dos histéricos: Hegel com Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1991.



## **Seção II**

# **A “gestão” dos sintomas na contemporaneidade**



# Razão diagnóstica, medicalização e bioidentidade

Rossano Cabral Lima<sup>1</sup>

Na versão mais recente do rascunho da 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) da *American Psychiatric Association* (APA)<sup>2</sup>, é possível testemunhar o nascimento de um novo transtorno psiquiátrico por enquanto batizado de *disruptive mood dysregulation disorder* - que em português poderia ser traduzido por “transtorno disruptivo com desregulação do humor” ou TDDH. O quadro teria início entre 6 e 10 anos de idade e se caracterizaria pela presença de “tempestades emocionais” (*temper outbursts*) que incluiriam agressões físicas, verbais ou destruição de objetos, todas desproporcionais à dimensão do evento desencadeante. Entre tais episódios, que ocorreriam três ou mais vezes por semana, durante um período mínimo de um ano, o humor da criança seria persistentemente irritável, raivoso ou triste.

É possível prever que centenas de crianças serão rapidamente incluídas nesse novo diagnóstico. O mais curioso é que um dos motores para a inclusão do TDDH no DSM-V foi o reconhecimento do exagero na onda de diagnósticos de transtorno bipolar na infância. Nos últimos anos, uma multidão de crianças “bipolares” invadiu os países ocidentais, fazendo todos esquecerem que há 20 ou 30 anos esse quadro era considerado raro na infância - alguns autores sérios ainda o tratam assim<sup>3</sup>. Admitindo que a psiquiatria fora longe demais dessa vez, os próceres da APA, no lugar de uma bem-vinda crítica e autocrítica a respeito dos descaminhos do reducionismo psiquiátrico na infância, resolveram brindar o mundo

---

1 Psiquiatra com especialização (residência) em psiquiatria infantil. Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Professor visitante do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUPPSAM/IPUB/UFRJ). E-mail: rossanolima@ig.com.br

2 Versão consultada disponível em: <[www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)>. Acesso em: 10 de set. de 2011. A previsão é que o DSM-V seja publicado em maio de 2013.

3 Cf. GOODMAN; SCOTT, 2004.

com um novo transtorno. Não há dúvidas que existam crianças com as características descritas acima. Porém, deduzir desses traços a existência de uma doença mental infantil ainda não descrita a afligir todas elas e a exigir tratamento medicamentoso é um longo e perigoso exercício.

A construção desse novo quadro psiquiátrico, entretanto, só pode ser entendida no contexto da mudança de panorama na psiquiatria ocorrida a partir da virada entre os anos 1970 e 1980. Essa mudança pode ser resumida em alguns pontos, todos interligados em algum grau e que estão resumidos abaixo.

a- Predomínio da psicopatologia descritiva sobre a psicodinâmica: durante boa parte do século XX, em especial entre os anos 1940 e 1960, a psiquiatria recebeu forte influência da psicanálise. O vocabulário usado para discutir as principais psicopatologias era marcado por noções psicanalíticas como neurose e histeria. Essa influência aparecia nas classificações psiquiátricas, como na primeira e na segunda edição do DSM, de 1952 e 1968, respectivamente. A partir dos anos 1970, há a gradual inflexão em direção a postulações mais descritivas, comportamentais e superficiais da psicopatologia. Isso teve sua mais completa expressão no DSM-III, de 1980, e seu caráter alegadamente “ateórico”.

b- Crescente hegemonia das correntes organicistas reducionistas: a psicopatologia descritiva e comportamental ascendeu de mãos dadas com a concepção de que tudo que dizia respeito ao sofrimento mental humano poderia ser reduzido aos elementos genéticos e neurais, sem nenhuma perda nessa operação. Assim, serotonina, sinapses e neurônios ocuparam o lugar antes reservado a conflitos inconscientes, problemas nas relações objetais ou patologias narcísicas.

c- A prevalência da psiquiatria baseada em evidências (PBE) sobre a clínica do “caso-a-caso”: a partir dos anos 1990, ganha força o movimento da Medicina Baseada em Evidências, que defende a hierarquização da produção e da avaliação do conhecimento médico (SERPA JÚNIOR, 1999; GRAY, 2004). No topo dessa hierarquia, estão as revisões sistemáticas de ensaios controlados randomizados e quase no último pelotão, está o saber

produzido a partir do caso clínico individual, que sabemos ser a origem da verdadeira clínica, mas que a PBE considera fonte de conhecimento pouco confiável, eivado de vieses e fracamente generalizável.

d- Ampliação do número de diagnósticos e sua aproximação da “faixa da normalidade”: um dos indicadores desse processo diz respeito ao número de diagnósticos presentes no DSM. A primeira versão, de 1952, contabilizava 106 categorias diagnósticas; na segunda, de 1968, elas já eram 182. Pularam para 265 no DSM-III, de 1980, e na última versão, o DSM-IV, de 1994, chegaram a 297 (CONRAD, 2007). Assim, nos últimos 30 anos, uma série de novas psicopatologias foi incluída no cardápio psiquiátrico: transtorno de pânico, fobia social, transtorno do estresse pós-traumático, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno opositivo desafiador, síndrome de Asperger. Além disso, em torno da noção de *espectro* vem ocorrendo o avanço de tais categorias em direção ao que antes estava na faixa da normalidade. Muitas pessoas que hoje são incluídas nos pólos mais leves do “espectro autista” ou do “espectro bipolar”, há algumas décadas, não seriam consideradas portadoras de patologia mental, embora pudessem ser razoavelmente diferentes da média das pessoas.

e- Ampliação do número de quadros ou situações passíveis de intervenção medicamentosa: por fim, mas tão importante quanto todo o resto, há o aumento da prescrição de psicofármacos em todas as faixas etárias, para todos os tipos de mal-estares. Na faixa infantojuvenil, diversas situações que antes receberiam uma primeira abordagem não medicamentosa são agora tratadas desde o início com psicofármacos - e muitas vezes “apenas” com psicofármacos.

Essa mudança no panorama psiquiátrico<sup>4</sup> e seu impacto no surgimento de novos diagnósticos podem ser explicados a partir de duas matrizes interpretativas: a da medicalização e a das bioidentidades. Ambas têm

4 Um sexto tópico poderia ser inserido, mas não cabe explorá-lo aqui: a diluição das fronteiras entre a psiquiatria infantil e a psiquiatria geral. Isso é demonstrado, por um lado, pelas pesquisas sobre as fases iniciais das psicopatologias (o principal exemplo é a detecção precoce das psicoses) e pela tentativa de identificar análogos infantis de quadros tipicamente adultos (como o já citado transtorno bipolar na infância) e, por outro lado, pelos estudos sobre a evolução adulta dos quadros tipicamente infantis (como o TDA/H).

relações próximas, mas conduzem a caminhos bastante diferentes.

Medicalização corresponde ao processo pelo qual fenômenos sociais ou subjetivos passam a ser descritos em linguagem médica e encarados como quadros patológicos, tornando-se assim alvos de abordagens terapêuticas (CONRAD, 2007). Essa definição permite afirmar que a medicalização não é algo raro nem recente, marcando presença, por exemplo, no próprio nascimento da psiquiatria. Foi por meio da transformação da “loucura” em “doença mental” que essa disciplina se constituiu, na passagem do século XVIII para o XIX, com a criação de todo um aparato teórico e institucional para lidar com esse novo objeto (FOUCAULT, 1994). A psiquiatria infantil, surgida no século XX, também abraçou uma série de problemas - como o retardo mental e as delinquências - que nem sempre foram abordados por médicos. A medicalização, entretanto, nem sempre é um fenômeno total, mas tem nuances e gradações. Se alguns quadros, como a esquizofrenia e o TDA/H, foram quase integralmente alocados no campo dos cuidados psiquiátricos, outros, como as dislexias, os transtornos de conduta ou o uso de crack, foram apenas parcialmente medicalizados. Nesses casos, outros saberes e poderes, como a educação e a justiça, também detêm a responsabilidade e o mandato social de cuidado.

Um dos principais motores do fenômeno da medicalização reside no prestígio, poder e autoridade da profissão médica<sup>5</sup>. O lugar de destaque que a modernidade reservou à medicina não decaiu mesmo com todas as críticas que são feitas à rapidez e impessoalidade das consultas na atualidade. Se de um lado, há certa insatisfação com a falta de calor humano na relação médico-paciente, reforçada pela introdução de biotecnologias entre ambos, de outro lado, há o fascínio com essas mesmas tecnologias, especialmente o imageamento cerebral (como as ressonâncias, o PET e o SPECT) e as novas terapêuticas medicamentosas. Ao lado dos médicos, a indústria farmacêutica tem tido papel fundamental na disseminação dos

---

<sup>5</sup> É preciso reconhecer que outros campos de saber e práticas, tomando a medicalização como modelo, produzem fenômenos análogos. Assim, também podemos falar de movimentos de psicologização, psicanalização ou pedagogização dos problemas cotidianos.



psicofármacos e dos transtornos que eles prometem tratar.

Mesmo em países como o Brasil, onde é vedada a publicidade de remédios diretamente ao consumidor, estratégias de *marketing* agressivas têm os médicos como alvos, tendo também influência na pauta de jornais e revistas. Reforçando a transformação de pacientes em “consumidores”, a indústria também contribui para a criação de um “biomercado” que faz com que as intervenções farmacológicas se apresentem como a forma mais correta de enfrentar nossos mal-estares, transformando os remédios em itens indispensáveis no manejo dos problemas subjetivos (BEZERRA JÚNIOR, 2000; LIMA, 2005).

Reconhecer o papel da indústria e dos psiquiatras não implica que os cidadãos e suas famílias sejam simples vítimas de um complô médico-farmacêutico a lhes empurrar remédios compulsiva e compulsoriamente pela garganta abaixo. Os pacientes não são atores passivos no processo de medicalização, especialmente no caso dos adultos. Os grupos de interesse organizados em torno de transtornos (em geral associações que reúnem “portadores” de determinado quadro ou seus familiares), cada vez mais presentes no cenário atual, têm pressionado em favor do acesso ao diagnóstico, do direito aos psicofármacos e da inflexão biológica das pesquisas sobre as psicopatologias.

No caso das crianças, tem havido entre seus pais, mesmo que não organizados, a forte adesão às descrições médicas dos problemas dos filhos, especialmente quando estas envolvem a expectativa da resolução medicamentosa de dificuldades com as quais não se estava conseguindo lidar por outras vias. Muitas vezes, na verdade, a própria busca de vias não médicas para a solução de problemas emocionais, escolares ou comportamentais é suprimida pela procura do remédio como o primeiro recurso terapêutico. Parece também haver a redução da tolerância a sintomas mais leves nos conduzindo mais rapidamente aos alívios medicamentosos (CONRAD, 2007). A experiência da dor física ou psicológica não mais é tida por nós como modo de fortalecimento do caráter ou processo de enriquecimento subjetivo.

Essas últimas considerações já se aproximam da segunda matriz teórica, a das bioidentidades. Esse conceito se refere à mudança na forma de constituição subjetiva na qual os referenciais corporais e biológicos ocupam o plano principal (ORTEGA, 2002; LIMA, 2005). Na origem das bioidentidades, estão o sentimento de desenraizamento e desfiliação do sujeito contemporâneo, fruto do esvaziamento das redes institucionais de doação de identidade, que tradicionalmente incluíam as religiões, as ideologias, o pertencimento a uma nacionalidade, a linhagem familiar ou a carreira profissional. Ganhando em liberdade, mas perdendo em segurança, o indivíduo busca nos referenciais da biologia e da corporeidade o porto seguro no qual ancorar sua identidade (BAUMAN, 1998; LIMA, 2005). A subjetividade se cola no corpo, pois a corporeidade parece ser, para o sujeito de hoje, a única fonte segura de onde extrair o conhecimento a respeito de quem ele é.

Tudo isso permite que fenômenos individuais ou sociais sejam redescritos em linguagem fiscalista, que promete ser a mais confiável num mundo em que tudo é líquido<sup>6</sup> e efêmero. Aquilo que é ou parece ser mais “científico” abre vantagem na corrida em busca da verdade última sobre as vicissitudes humanas. É assim que a neurociência, por exemplo, almeja tomar o lugar que antes era ocupado pela filosofia, psicanálise e religião, na procura pelas respostas para as nossas perguntas mais profundas e interiores. Na verdade, as próprias noções de profundidade e interioridade deixam de ser metáforas aplicadas ao campo do mental para se tornarem realidade material, pois agora dizem respeito ao interior de nossas células e à profundidade anatômica ou microscópica de nossos cérebros.

Portanto, podemos dizer que o referencial das bioidentidades é mais abrangente que o da medicalização, embora não seja de todo incompatível com este último. O que se ressalta agora é a capacidade dos novos diagnósticos - todos eles tendo um suposto fundamento biológico - se colando nos indivíduos que os recebem ou que os buscam ativamente, dando origem a novos modos de se viver, novas experiências pessoais e

---

6 Referimo-nos aqui à noção de “modernidade líquida” de Zygmunt Bauman (BAUMAN, 1998).

novos modos de sociabilidade - a biossociabilidade<sup>7</sup> (RABINOW, 1999; LIMA, 2005). Nela, o critério para o agrupamento dos indivíduos não é mais o ambiente cultural, religião, classe social, região geográfica de origem ou suas características psicológicas, e sim os diagnósticos que têm em comum.

Vários diagnósticos psiquiátricos vêm se mostrando potentes na produção de bioidentidades e de biossociabilidade. Um deles é o já citado Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, o TDA/H. Nesse caso, um dos mecanismos consiste no deslocamento da posição de **ter** TDA/H - como na imagem do “portador” do transtorno - para a de **ser** TDA/H. Mais comum nos adultos que são diagnosticados ou que se autodiagnosticam, esse deslizamento faz com que essas pessoas abdicuem de tudo que sabiam ou intuía a respeito delas próprias e abracem de modo intenso a nova bioidentidade - TDA/H. Há um reconhecimento imediato nas diversas manifestações do transtorno especialmente na inquietude, na desorganização, na desatenção e na dificuldade de planejamento em longo prazo. A “revelação” do diagnóstico inaugura a nova rede de sociabilidade da qual participam outros adultos geralmente pais de crianças com o mesmo quadro e na qual as próprias crianças são precocemente introduzidas (LIMA, 2005).

Outro diagnóstico que tem sido capturado pela lógica das bioidentidades é o de Síndrome de Asperger. Quadro descrito pelo médico austríaco Hans Asperger, em 1944, compartilha com os autistas típicos as limitações nas interações interpessoais, embora seus portadores tenham um uso muito melhor da linguagem e até mesmo algum interesse em situações sociais, nas quais se mostram “desengonçados” e inadequados. Como podem falar em nome próprio, diversas pessoas com esse quadro têm defendido a posição bioidentitária cujo primeiro movimento, mais previsível, é a adesão à descrição cerebral da síndrome. O segundo passo, entretanto, é menos óbvio. Os “Aspies”, como eles se denominam, defendem que seu quadro é uma manifestação de “neurodiversidade”,

---

7 Os termos bioidentidade e biossociabilidade ressoam a noção foucaultiana de **biopoder**, na qual a vida e seus mecanismos (por exemplo, nascimento, mortes, reprodução, enfermidades) entram de modo explícito no domínio das práticas de poder.

se recusando a habitarem o terreno da **patologia** para ocuparem o da **diferença** ou do “estilo cognitivo” (HAPPÉ, 1999; BARON-COHEN, 2000). Recusam também, em consequência, qualquer tentativa de serem tratados ou curados pelos “não Aspies”. Em sua militância, acusam os não autistas de serem portadores da “síndrome neurotípica”, caracterizada pela preocupação excessiva com questões sociais, dificuldade em ficar sozinho e intolerância com as diferenças alheias (MOLLOY; VASIL, 2002; NADESAN, 2005; ORTEGA, 2009). Tanto aqui quanto no caso do TDA/H, o risco que não é percebido é o de que a busca pela distinção, baseada na nova identidade oferecida pelo diagnóstico, acabe conduzindo à homogeneização dos indivíduos em torno da “biocategoria” que os une.

O tom assumido quando se discute a medicalização ou as bioidentidades costuma ser predominantemente negativo. Contudo, é preciso admitir, por exemplo, que a introdução dos psicofármacos, a partir da década de 1950, representou um avanço no patamar de bem-estar dos pacientes, e hoje é conquista incorporada ao repertório de procedimentos terapêuticos em saúde mental. As próprias categorias psiquiátricas, por sua vez, podem ser manejadas de modo pragmático se tomadas como construções provisórias ou descrições possíveis dos problemas de crianças e adultos, e não como “coisas” ou entidades autônomas, operando no interior do sujeito. Uma das tentações que deve ser evitada pela crítica à medicalização contemporânea é a idealização dos períodos anteriores, nos quais a humanidade seria feliz longe dos seus efeitos nefastos. Antes da ritalina e do TDA/H, as “crianças-problema” estavam sujeitas a punições físicas por parte de pais, padres e professores. Não estávamos no melhor dos mundos. No caso das bioidentidades, é até possível que a participação dos “Aspies” no cenário social funcione no sentido da **desmedicalização**, na medida em que dá voz àqueles que tradicionalmente foram apenas **objetos** das descrições psicopatológicas, contribuindo para a desconstrução de identidades desvalorizadas e enriquecendo o debate sobre o estatuto do autismo.

A razão que articula os novos diagnósticos psiquiátricos com a medicalização e as bioidentidades é por natureza complexa e não linear.

Na medida em que os diagnósticos ultrapassam as fronteiras do campo médico ou psicológico e passam a habitar todo o imaginário social, não há mais controle absoluto do que será feito deles, nem é possível saber com exatidão como os indivíduos se relacionarão com tais categorias. Na mesma versão preliminar do DSM-V, citada no início do texto, há a previsão de que a Síndrome de Asperger perderá sua relativa autonomia e desaparecerá por debaixo da noção de “transtornos do espectro autista”. Nem por isso ela deixará de ser utilizada no cotidiano das pessoas que em torno dela organizaram suas vidas, enredada na teia que une normalidades, psicopatologias e diferenças.

## Referências

- BARON-COHEN, S. Is Asperger syndrome/high functioning autism necessarily a disability? *Development and Psychopathology*, Cambridge, v. 12, p. 489-500, 2000.
- BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- BEZERRA JÚNIOR, B. Naturalismo como anti-reduccionismo: notas sobre cérebro, mente e subjetividade. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, n. 18, 2000.
- CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- FOUCAULT, M. *Psicologia e doença mental*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.
- GRAY, G. E. *Psiquiatria baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- HAPPÉ, F. Autism: cognitive deficit or cognitive style? *Trends in Cognitive Sciences*, Kidlington, v. 3, n. 6, p. 216-222, 1999.
- LIMA, R. C. *Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2005.
- MOLLOY, H.; VASIL, L. The social construction of Asperger Syndrome: the pathologising of difference? *Disability and Society*, Londres, v. 17, n. 6, p. 659-669, 2002.

NADESAN, M. H. *Constructing autism: unraveling the 'truth' and understanding the social*. London, New York: Routledge, 2005. 248 p.

ORTEGA, F. Da ascese a bio-ascese, ou do corpo submetido à submissão do corpo. In RAGO, M.; ORLANDI, L. B. L.; VEIGA-NETO, A. (Orgs.). *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

\_\_\_\_\_. Deficiência, autismo e neurodiversidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-77, 2009.

RABINOW, P. Artificialidade e iluminismo: da sociobiologia à biossociabilidade. In: \_\_\_\_\_. *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

SERPA JÚNIOR, O. D. Clínica e evidência: em que se baseiam nossas decisões? *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, n. 15, 1999.





# Psicanálise e Saúde Mental: questões cruciais

Christiano Mendes de Lima<sup>1</sup>

## Introdução

Para situar a tensão crítica e as questões cruciais colocadas pela a psicanálise ao campo da Saúde Mental, começemos por considerar uma resposta, a que Lacan (2003) formula para a pergunta de Jacques-Alain Miller em *Televisão*. Eis a pergunta: “Os psicólogos, os psicoterapeutas, os psiquiatras, todos os que trabalham em saúde mental, são eles que, na base e na dureza, agüentam toda a miséria do mundo. E o analista, enquanto isso?” (LACAN, 2003, p. 516). A resposta de Lacan problematiza a posição dos que supostamente têm que aguentar a miséria do mundo, quando diz:

É certo que agüentar a miséria, como diz o senhor, é entrar no discurso que a condiciona, nem que seja a título de protesto. [...] De resto, os psi que se dedicam a seu suposto agüentar, sejam eles quem forem, não têm que protestar, e sim colaborar. Sabendo ou não, é o que fazem (LACAN, 2003, p. 516).

Podemos ler nessa formulação de Lacan um aviso sobre o discurso que condiciona o campo da Saúde Mental, discurso que, sabendo ou não, seus trabalhadores operam e com o qual colaboram. Trata-se da lógica sanitária que se organiza em torno da questão do controle das populações e da gestão dos sintomas. “Aguentar a miséria do mundo” é correlato à demanda social e política de mantê-la sob controle. Quando tal miséria ameaça sair de uma zona de relativa invisibilidade, ou seja, quando o campo social se vê obrigado a considerar que a dita miséria humana não está sob controle, produz-se enunciados e enunciações bastante próximos da solução que

---

<sup>1</sup> Psicólogo, psicanalista, mestre em Educação pela Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (USP), coordenador municipal de Saúde Mental de Uberlândia, Minas Gerias, professor universitário de Psicopatologia e Teoria Psicanalítica, membro da Clínica Freudiana de Uberlândia. E-mail: christianio.m.lima@bol.com.br

a Rainha de Copas de *Aventuras de Alice no país das maravilhas*, obra escrita por Lewis Carroll, enunciava diante de todo e qualquer problema: “Cortem-lhe a cabeça! Cortem ...” (CAROLL, 2002, p. 80).

Atualmente, as “rainhas de copas” brasileiras se fundamentam em todo e qualquer discurso: moral, religioso, jurídico, político, médico, psiquiátrico, científico, policial, assistencial, terapêutico, filantrópico etc. para sustentar a prática da internação compulsória da miséria. A figura atual da miséria são os usuários de crack, que vagam pelas cidades do Brasil, que todos sabemos ser o “país das maravilhas”<sup>2</sup>. Desde a década de 1970, Claude Olievenstein nos alertava sobre os riscos de que o campo social empregasse medidas supostamente sanitárias para procurar controlar os toxicômanos, como aliás historicamente já foi feito com outros miseráveis: os leprosos e os loucos. Diz o autor,

Pensamos, quer isto agrade ou não, que a situação dos toxicômanos é hoje realmente exemplar: na Idade Média, havia a lepra; nos Tempos Modernos, a loucura; amanhã, a toxicomania. Se não tomarmos cuidado, rejeitaremos, encarceraremos de novo, todo um grupo social cujo crime é não estar na norma do momento. Mas, ao fazer isso, é a nós mesmos que

---

2 Referimo-nos à grande internação em massa de usuários de crack operada no Rio de Janeiro com a justificativa de que essa população deveria ser obrigada a se tratar. A operação efetivada como uma verdadeira montagem de guerra foi realizada com o uso de aparato policial e grande estardalhaço na imprensa. O tom repressivo da operação aparece claro na descrição feita por uma revista de circulação nacional: “A ação da **Secretaria de Assistência Social** carioca é estridente. Desde maio, três vezes por semana, os agentes sobem os morros da cidade que continuam sob o domínio do crime organizado para **levar, na marra, os dependentes de crack** que povoam as cracolândias da cidade. [...] **O trabalho só é possível porque é apoiado por policiais civis e militares**, empunhando armas de grosso calibre. Antes dos agentes, o blindado da PM conhecido como ‘**caveirão**’ sobe o morro. **Abordados pelos agentes, os usuários costumam reagir de modo arreado. A resposta vem na mesma proporção. O porte físico avantajado e a experiência como segurança de boate, constantes entre os agentes da secretaria, possibilitam que eles terminem por dominar os dependentes, embora com dificuldades.** As operações já resultaram no acolhimento de 1.319 pessoas (1.065 adultos e 254 crianças e adolescentes). [...] Todos os menores de 18 anos encontrados [...] ficarão cerca de **3 meses internados contra a própria vontade (e de sua família, eventualmente) em alguma unidade terapêutica da prefeitura. São casas com psiquiátras, clínicos gerais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e muitas grades. Grades por todos os lados. A prefeitura do Rio está convencida de que, sem elas, de nada adianta ter os melhores profissionais. Ainda assim, nem sempre conseguem evitar a fuga dos pacientes**” (PAGGI; VALENTIM, 2011, p. 104, grifo nosso). Os destaques sublinham a estranha aliança entre uma peculiar estratégia de assistência social, uso da força e do aparato repressivo, seguranças de boate, grades e profissionais de saúde. A declaração da prefeitura do Rio soa como uma confissão: sem grades, de nada adiantaria os melhores profissionais. Qual tratamento é de fato proposto? De que assistência social se trata? A “rainha de copas” deve ter orientado a ação da prefeitura do Rio. Quem pagou a consultoria?

assassinaremos porque se trata simplesmente de nossos filhos (OLIVENSTEIN, 1978, p. 203-204).

Assim, tomemos em consideração a resposta de Lacan como um aviso para que nos aproximemos do campo da Saúde Mental prevenidos. Parece-nos que a ética da psicanálise, externa aos mandatos sociais e à lógica administrativa da assistência em Saúde Mental, pode nos ajudar a problematizar os impasses em que o campo social e as práticas administrativas que procuram efetivar uma suposta gestão dos sintomas se encontram. Quem sabe assim possamos sair do discurso, ora queixoso ora revoltado, que muitas vezes se faz presente entre os profissionais que operam nos dispositivos de Saúde Mental e no campo social. Ocorre que a queixa e a revolta, assim como a produção de discursos ideológicos, quer sejam ditos manicomiais ou antimanicomiais, não nos permite equacionar a questão de modo diferente da “rainha de copas”. Parece urgente reposicionar a questão ou, no afã de controlar a miséria do mundo, uma hora dessas todas as cabeças serão cortadas.

Ocorre que, na contemporaneidade, parece vigor, de modo hegemônico, certa lógica diagnóstica supostamente baseada em critérios objetivos tal como se evidencia nos manuais classificadores de transtornos mentais (CID-10 e DSM-IV), que instrumentaliza uma suposta gestão de sintomas a partir de práticas (psico)terapêuticas e dispositivos de cuidado que acabam por produzir uma abolição da clínica e a forclusão do sujeito da cena do cuidado. Essa montagem em que a singularidade do sujeito em sofrimento é abolida torna a *priori* o agenciamento de uma ética do cuidado do outro enquanto Outro, uma prática de difícil acontecimento. Parece-nos que essa ética é necessária para sustentar qualquer estratégia que se pretenda antimanicomial bem como é condição de possibilidade para que o sujeito em sofrimento possa inventar um modo singular de *savoir-faire* com o real<sup>3</sup> que o afeta. Os dispositivos

---

3 O real, conceito forjado por Lacan, não deve ser confundido com a dita realidade. Conforme desdobraremos na sequência do texto, a realidade é uma montagem imaginária e simbólica que procura recobrir o real. Este se refere ao impossível de se fazer representar no registro das palavras e/ou das imagens; é o que resiste ao sentido e só pode ser tratado a partir do agenciamento de um *savoir-faire* que

de Saúde Mental em que a serialização das estratégias supostamente terapêuticas substituem o cuidado singularizado só podem conduzir ao pior, posto que ao foracluir o sujeito da cena, torna o real mais violento e invasivo. Nesse caso, parece-nos indiferente que a exclusão do sujeito da cena do cuidado seja operada em nome da objetividade, da organização do serviço, de evidências científicas bastante questionáveis e/ou de tentativas de controle das populações. Não é a (boa) intenção de quem planeja o dispositivo que conta, mas a lógica que a montagem acaba por operar, pois como já aponta Lacan a foraclusão implica o retorno do que foi expulso no real.

## **Dispositivos de cuidado em Saúde Mental: por que podem (não) funcionar? - notas sobre os impasses cotidianos do ideário antimanicomial**

Como é frequente nos ocorrer, escrevemos a partir de um ponto de angústia. A escrita pode funcionar como uma tentativa de circunscrever o encontro com o real. O real tratado neste caso é o que se presentifica no cotidiano dos serviços organizados a partir da égide de um discurso antimanicomial. Referimo-nos, por exemplo, às montagens institucionais e aos dispositivos (Caps - Centro de Atenção Psicossocial e outros) que se pretendem substitutivos à lógica manicomial em que impera não só o mandato de segregação, mas principalmente as demandas de normalização e anulação da diferença radical que transborda naqueles que não funcionam como nós. Não fazemos aqui uma crítica

---

implica a montagem de um enodamento entre real, simbólico e imaginário que permita jogar, operar com o real. Operar com o real não quer dizer produzir uma compreensão sobre ele, pois isso é estruturalmente impossível. Assim, operar com o real não é procurar controlá-lo ou domesticá-lo. Aliás, a psicanálise nos aponta que essa é via que **não** há que seguir, posto que quanto mais caminhamos por essa via, mais violento e invasivo se torna o real. Para uma aproximação poética do real teorizado por Lacan, sugerimos a letra de Chico Buarque (1976) intitulada O que será (à flor da pele), em que o compositor fala disso que “me bole por dentro [...] que brota à flor da pele [...] o que não tem medida, nem nunca terá / o que não tem remédio nem nunca terá / O que não tem receita [...] Que dá dentro da gente e que não devia / Que desacata a gente, que é revelia [...] Que não tem governo, nem nunca terá / O que não tem juízo”(HOLLANDA, 2010). Destacamos só algumas frases para situar o tom da letra. Pena que as “rainhas de copas” não ouçam o poeta, que demonstra no próprio artifício da letra e da música que é possível jogar com o real, ainda que nunca se possa saber o que será.

ao discurso antimanicomial<sup>4</sup>. Subscrevemos os termos desse discurso, mas queremos apontar os impasses que se configuram **apesar** desse discurso. Ou seja, o ponto em que o discurso se revela inoperante para o agenciamento de uma ética do cuidado em Saúde Mental. O momento em que o cuidado suposto se traduz em uma demanda de anulação da diferença que insiste em retornar em várias montagens institucionais. Nosso objetivo é demarcar o mesmo nó que retorna apesar de toda formação discursiva, de toda capacitação técnica das equipes, de todos os controles de processos gerenciais que as coordenações dos serviços procurem implantar, ou seja, demarcar o que retorna apesar de todas as boas vontades e de todas as boas intenções.

Não se trata aqui de identificar culpados, nem de afirmar que processos formativos e gerenciais não sejam necessários, mas de situar o real cujo encontro pode pôr a ética do cuidado em sério risco. Situar esse ponto não nos garante obviamente que não vamos reencontrá-lo. (Aliás, essa parece ser a única certeza possível). Mas talvez nos previna de que sempre vamos tropeçar na mesma pedra que insiste em ficar no meio do caminho. Não ignorar a pedra pode ser um bom começo para criar um caminho apesar dela.

Para situar o impasse de que se trata, recorreremos às teorizações de Lacan sobre a função do discurso e do semblante como formas de defesa ante o real. Ocorre que toda instituição humana, toda montagem que se produz em nosso mundo - o dito psiquismo, o inconsciente, a linguagem, a religião, os dispositivos de cuidado em Saúde Mental etc. - são sempre produções que agenciam certa posição diante do real que nos afeta. Essa posição, operada pelo discurso, é necessariamente da ordem do semblante, posto que procura velar o real. Resta considerar que se tudo

---

4 Embora pareça que esse termo virou um bordão gasto de tão repetido e ideologicamente defendido e às vezes atacado - na maioria das vezes de modo velado e encoberto. Em tempos do politicamente correto, quem ousaria dizer-se a favor da segregação dos diferentes? Parece-nos que hoje a lógica segregativa retorna disfarçada na forma de uma demanda de anulação da diferença, de uma homogeneização dos grupos e dos cuidados a partir de critérios diagnósticos e outros mais ou menos suspeitos. Preferimos situar o que consideramos dever ser o norte da assistência em Saúde Mental a partir de uma expressão mais longa, mas que parece situar melhor o que se trata: **agenciamento de uma ética do cuidado do outro enquanto Outro**.

é semblante, há formações discursivas que podem nos colocar *a priori* em dificuldade quanto à possibilidade de elaboração de um *savoir-faire* com o real. Acreditamos que os discursos cientificistas e tecnicistas no campo da Saúde Mental e as práticas que acabam por produzir sempre operam uma tentativa de conter, controlar e domesticar o real. Nesse sentido, quer se opere em nome da ciência, da assistência, da filantropia ou explicitamente da repressão, trata-se sempre de garantir a ordem pública. Que os aparelhos jurídicos e repressivos operem e tenham que operar a partir dessa posição discursiva não está sendo questionado. O que nos parece problemático é que os dispositivos de cuidado em Saúde Mental podem sempre verem-se tomados, quer saibam ou não, por uma posição discursiva cujo efeito é uma prática que considera o sujeito em sofrimento como uma espécie de resto incômodo a ser controlado, enquanto supostamente deveriam tratá-lo.

Ocorre que tentar conter e domesticar o real é dificultar *a priori* o estabelecimento da transferência que pode tornar possível a invenção singular de *savoir-faire* com o real. Ao se tentar domesticar o real, sua face de gozo mais violento se insinua na cena da instituição. Vejamos.

## **O discurso, o semblante e o real**

Lacan define o discurso “como uma estrutura necessária, que ultrapassa em muito a palavra” (LACAN, 1994, p. 10-11) posto que, enquanto esta é mais ou menos contingente, o discurso é o que organiza o campo da realidade do *parlêtre*<sup>5</sup>. Trata-se de “um discurso sem palavras” (LACAN, 1994, p. 11) que constitui a realidade. O discurso é, portanto, um efeito da linguagem que estabelece posições, lugares e relações regulares que pré-interpretam e determinam a realidade do vivente enquanto

---

<sup>5</sup> Neologismo criado por Lacan para designar o humano em sua relação inextrincável com o campo da palavra e da linguagem. Lembremos que se trata de uma referência ao verbo francês *parler* (falar) e ao substantivo *être* (ser). Em uma versão aproximada, pode-se propor o termo “falessen” para designar a relação entre o ser, a fala e, em português, podemos também ouvir, na versão proposta, a ressonância da morte, destino sabido e real contra o qual se bate o humano, apesar de nada quisermos saber d’ Isso. Como diria Octave Mannoni (1985): “Eu sei... mas mesmo assim”. Para uma reflexão apurada sobre o não querer sobre a morte em nosso tempo, ver Elias (2001).

humano. Diz Lacan: “Mediante o instrumento da linguagem instaura-se um certo número de relações estáveis, no interior das quais certamente pode inscrever-se algo bem mais amplo, que vai bem mais longe do que enunciações efetivas” (LACAN, 1994, p. 11). Queremos destacar dessas asserções algumas questões:

1<sup>a</sup>) “O discurso é uma estrutura necessária”. Resta saber por e para quê?

2<sup>a</sup>) A linguagem é um instrumento. De quê? Pergunta cuja resposta se articula com a da questão anterior.

3<sup>a</sup>) O discurso não é redutível às enunciações efetivas. Não só porque se pode dizer uma coisa e pensar outra, mas também porque se pode dizer e pensar uma coisa e colocar em ato outra. Assim, para pensar o campo da Saúde Mental, precisamos considerar que enunciar e pensar segundo uma lógica supostamente antimanicomial não é isomórfico à colocação em ato de uma ética do cuidado do outro enquanto Outro.

Vejam. Desde Freud, sabemos que a definição de realidade é um tanto quanto problemática. A articulação da realidade psíquica com realidade dita “objetiva” não é simples, nem óbvia. Podemos, em um discurso que procura se impor como hegemônico e como o padrão-ouro da ciência, pretender abolir a subjetividade (do cientista e do suposto objeto de estudo dele). Podemos alimentar a ilusão de que seja possível produzir um saber “objetivo” sobre o real. Podemos não querer saber que todo saber é construção, é semblante, é defesa contra o real. Podemos querer acordar para continuar dormindo, como o sonhador que acorda angustiado quando um fragmento de real ameaça romper as representações defensivas que constituem sua realidade. Podemos acreditar piamente nas “metáforas farmacológicas” (COSER, 2010) que procuram explicar nosso sofrimento. Podemos não saber nem sequer que são metáforas. Podemos tomar a representação pela coisa. Podemos tomar como não existente em nosso campo de realidade, tudo o que não se enquadra nele. Mas, como diria Charcot, isso não impede de existir. Não querer saber do real não é o mesmo que se livrar dele. Não ver a pedra não quer dizer que ela deixe de existir. Quer dizer tão somente que

o troço é mais provável.

Com Lacan, aprendemos que a realidade é uma formação defensiva diante do real pulsional. A linguagem, o discurso e o imaginário são as peças fundamentais para a montagem dessa engrenagem defensiva. Essa engrenagem é correlata à produção da realidade. Nesse sentido, podemos ler a seguinte afirmação de Lacan sobre o sentido da descoberta freudiana: “Ele considerou que nada é apenas sonho, e que todo o mundo (se tal expressão pode ser dita), todo mundo, é louco, ou seja, delirante” (LACAN, 2010, p. 31). A aproximação é perfeita: assim como o delirante tem certeza de sua montagem, nós também temos certeza da nossa. Ou seja, a realidade nos é evidente, objetiva. Só percebemos a fragilidade da montagem quando ela vacila e o real encoberto pela realidade ameaça emergir. Aí, o sentido (ou seja, a realidade montada a partir da interseção entre “imaginário” e “simbólico”) vacila e irrompe a angústia, sinal de encontro com o real. Lacan afirma que o sistema, ou seja, a estrutura, não tem a menor necessidade do sentido. “Mas nós, seres de fragilidade [...] nós temos necessidade de sentido”. Opera em nós “uma sede de sentido, como se o sistema o necessitasse. O sistema não tem nenhuma necessidade” (LACAN, 1994, p. 13).

É dessa sede de sentido que Lacan nos convida a sair para que possamos ver a realidade como algo não evidente, mas como estranhamente familiar. É isso que pretendemos fazer quando nos propomos a identificar o que ameaça a colocar em xeque o agenciamento do cuidado do outro enquanto Outro no campo da Saúde Mental. Tentaremos mostrar que o que nos parece lógico, óbvio e claramente distinto em termos de organização dos dispositivos de cuidado deve no mínimo ser posto sob suspeita. A psicanálise nos previne que a partir do que aparece como claramente distinto, pode se produzir uma realidade que toma a forma de um pesadelo para todos - profissionais da saúde, familiares, usuários dos serviços de assistência etc. O convite é que, ao contrário do sonhador que acorda para continuar dormindo e sonhando, tentemos circunscrever o real como o estranho familiar que se encontra encoberto pela realidade



tão óbvia de nossas montagens institucionais.

Para tal, precisamos ter em mente que todo discurso é semblante e que até mesmo o conjunto do simbólico é semblante, assim como qualquer recobrimento imaginário e qualquer sentido que se secreta a partir da mínima articulação significativa. Quando destacamos a função semblante do discurso, não se trata de apontar o caráter falso de toda formação discursiva por oposição a um discurso que se revelaria verdadeiro. Trata-se de situar que todo discurso, mesmo os que se apresentam como verdadeiros, é vel, é recobrimento do real. Então, nosso propósito não é propor um caminho institucional a partir do *Discurso do analista*<sup>6</sup>, não é levar o sujeito ou a instituição a formular um discurso mais coerente ou verdadeiro, mas tão somente revelar o real que toda formação discursiva e institucional necessariamente encobre.

\*\*\*

Lacan (1994) aponta que o mundo, ou seja, a realidade tal como a vivemos e conhecemos é estruturada a partir desse “discurso sem palavras” que faz vel para o real. Portanto, qualquer ideia de que o discurso é uma imposição de quem quer que seja nada mais é que uma ilusão, uma secreção imaginária produzida a partir da articulação significativa que estrutura a ordem do nosso mundo, ou seja, nosso delírio. Lembremos

---

6 O *Discurso do analista* é um dos quatro discursos descritos por Lacan no seminário proferido em 1969-70. Os outros são o *Discurso do mestre*, o *Discurso do universitário* e o *Discurso da histórica*. Cabe destacar que não se trata aqui de discursos proferidos por uma dada pessoa, nem mesmo de enunciados efetivos, mas de lógicas que estruturam o laço social. O *Discurso do analista* implica em uma forma de laço social fundada por Freud, segundo uma ética específica: a ética da psicanálise. Trata-se de um discurso que opera ao avesso de prescrições normativas, de enunciados, de injunções morais e de demandas de conformação às normas sociais e/ou à ordem pública. Portanto, não poderia indicar ou fornecer nenhuma regra de conduta ou de gestão para o enfrentamento do real. Dominar o real, esse é o sonho que se perfila no *Discurso do mestre* e no *Discurso universitário* e cujo fracasso é constantemente denunciado pelo *Discurso da histórica* que sempre se queixa de que o mestre é impotente, mas não deixa de esperar que o verdadeiro mestre virá. Lacan diz que o discurso do analista “deve se encontrar no pólo oposto a toda vontade, pelo menos confessada, de dominar” (LACAN, 1994, p. 66). E adverte que qualquer um, mesmo o mais experimentado dos analistas, pode operar a partir de uma posição de dominação que sempre insiste em retornar, quando continua: “Disse *pelo menos confessada* não porque tenha que dissimulá-la, mas porque, afinal, é sempre fácil voltar a escorregar para o discurso da dominação, da mestria” (LACAN, 1994, p. 66). Lacan não tem definitivamente uma posição ingênua diante da vontade de dominação que sempre se pode exercer sobre o outro. Parece-nos que se trata

que nosso mundo, ou seja, o conjunto de significações compartilhadas que nos dão a impressão da comunicação entre os humanos só é possível porque o Édipo é o organizador comum desse delírio. Assim, a existência do Outro, a suposição de saber, a ilusão de comunicação, enfim o laço social enquanto tal ganha alguma consistência a partir de um delírio organizado pelo Édipo. Como (quase) todo o mundo compartilha o mesmo delírio, (quase) todos acreditam nele e não o percebem como tal.

Ocorre que a estrutura da linguagem, tomemos o par significante mínimo S1 - S2, pode ser vista como um aparelho de tratamento do gozo. Nesse sentido, o discurso é uma estrutura necessária e a linguagem é um instrumento que serve para estabelecer uma regulação do gozo, ou seja, o tratamento do excesso pulsional. A função da linguagem (e do aparelho dito psíquico) como anteparo, como montagem defensiva, como barreira para-excitação pulsional já havia sido enunciada desde os primórdios da obra freudiana. Lacan (1994) considera que a linguagem enquanto estrutura pode ser entendida como o saber que opera a extração de gozo do corpo do vivente. Essa extração pode ser figurada como a perda necessária, o gozo a menos que é preciso cavar na substância vivente para que da carne advenha um corpo que em um sujeito possa habitar e reconhecê-lo enquanto seu. Isso que se perde, esta “evacuação progressiva do gozo fora do corpo” (MILLER, 2010, p. 306) - que corresponde à extração do objeto *a* como mais-de-gozar e causa do desejo - é o que permite ao sujeito manter-se no laço social a partir da estruturação do fantasma fundamental e seu recobrimento pelo delírio edípico.

---

de uma advertência que merece ser considerada pelo campo da Saúde Mental, pois não é porque um discurso se diga antimanicomial que ele não opere a partir da vontade de dominação. Assim, precisamos colocar nossa posição continuamente sob suspeita: em que medida o que operamos em cada ato, em cada silêncio, em cada montagem institucional está atravessado por uma vontade de dominação e por um gozo narcísico de nossa suposta (oni)potência; ou opera o agenciamento da lógica do cuidado do outro enquanto Outro? O mínimo que podemos fazer por nós e por nossos pacientes é nos interrogarmos sobre o que anima nosso ato. Senão, vamos oscilar da onipotência à impotência, da vontade de dominação à queixa histórica. Essa é a pedra que insiste em retornar ao meio do caminho. Claro que não se pode confiar na “rainha de copas” para removê-la. Para procurar romper o ciclo repetitivo que nos leva das prescrições do mestre e do saber universitário para as queixas infundáveis da posição histórica, é necessário um esforço a mais. Trata-se de ao menos considerar que tudo o que se monta para tratar o real produz um efeito. É preciso coragem para ler os efeitos das montagens que criamos e não tomá-los como fatos naturais. Há que se estranhar sempre.

Assim, “o saber, isto é o que faz com que a vida se detenha em um certo limite em direção ao gozo. Pois o caminho para a morte [...] nada mais é do que aquilo que chamamos gozo” (LACAN, 1994, p. 16). Disso se depreende que o saber é uma montagem necessária para tratar o real do gozo e torná-lo menos mortífero. Ocorre que não todos conseguem montar e sustentar um aparelho que sirva para a regulação do gozo. Aí o gozo transborda, o real invade a cena e o sujeito pode se ver em risco. Esses não todos são exatamente aqueles que os dispositivos de Saúde Mental pretendem tratar.

Surge então a pergunta: como uma montagem institucional pode ajudar o sujeito a inventar uma regulação no ponto em que o saber constituído está em impasse? Como regular o gozo, mesmo estando fora do laço social? Como possibilitar um tratamento do gozo em sujeitos cuja extração do objeto *a* não operou? Cujo fantasma fundamental não se montou como anteparo ao real?

Parece-nos que a razão diagnóstica vigente na contemporaneidade induz e instrumentaliza práticas ditas (psico)terapêuticas que só podem nos levar decididamente rumo ao pior, pois tornam a ética do agenciamento do cuidado do outro enquanto Outro um fato de difícil acontecimento. A razão diagnóstica - consolidada nos manuais classificadores do tipo CID-10 E DSM-IV - e a lógica da gestão dos sintomas que parece impregnar os dispositivos de cuidado em Saúde Mental tornam a clínica *a priori* um fato de difícil acontecimento. Entendemos clínica como o cuidado que pode tornar possível para o sujeito em sofrimento elaborar uma invenção singular que circunscreva o real que transborda na crise.

Para articular nosso argumento, partiremos de uma das inúmeras colocações lúcidas e sagazes que Freud (1930) formula em *O mal-estar na civilização*. Ele afirma que o sofrimento humano advém de três fontes: 1) da relação com a natureza, que não é passível de ser controlada e representa uma força avassaladora capaz de destruir o ser humano (terremotos e outras catástrofes naturais são ocorrências que nos lembram do desamparo do ser humano diante de tal poder); 2) da relação

com o corpo, que pode ser acometido por doenças, pelo envelhecimento e pela inexorabilidade da morte; 3) da relação com os outros, que aparece como a fonte mais contínua de sofrimento.

Se o poder destrutivo da natureza não aparece sempre; se meu corpo nem sempre me lembra que existe, produzindo adoecimentos variados; se posso me iludir, pensando que a velhice é solucionada com intervenções estéticas e cirúrgicas; se posso pensar que a morte é só um evento que acontece com os outros, ou seja, se posso não querer saber nada do desamparo que me afeta diante da natureza e do meu corpo, o desamparo que se articula em torno da relação com os outros é uma evidência constantemente presente. Nunca estamos sós, mesmos que trancados em um quarto sem ninguém presente, mesmos quando dormimos, não escapamos do Outro que nos habita e produz nossos sonhos e nossos piores pesadelos.

Não se escapa do Outro e ao mesmo há algo de estruturalmente insatisfatório na relação com o outro/Outro. Freud chama de mal-estar, a estrutura mesma da plena (in)satisfação da relação de um ser humano com o corpo, com o sexo e com o outro/Outro. Nos termos da metapsicologia, Freud afirma que a pulsão só se satisfaz parcialmente, ou seja, sempre há um resto que relança o desejo na busca de uma satisfação completa estruturalmente impossível. Mas, na busca, algo se satisfaz, ou melhor, se (in)satisfaz. Lacan ressalta esse (des)encontro entre pulsão e objeto quando afirma que “a relação sexual não existe”. Assim, podemos considerar que para todo humano, inserido no campo da palavra e da linguagem, há sempre algo que não funciona, que não anda (*il ne marche pas*, dizem os franceses). Há sempre mal-estar, há sempre o real que “ex-siste” e insiste.

Podemos pensar que toda produção humana, toda instituição é uma tentativa de tratar e operar com o que não funciona na relação entre a pulsão e o objeto, entre o sujeito e o Outro, entre um homem e uma mulher, entre um adulto e uma criança, entre o corpo de um e o corpo do Outro. Assim, o aparelho dito psíquico também é algo que se institui para tratar o que não funciona, o real que chega ao *infans* a partir do excesso que brota do somático, fonte das pulsões. O aparelho psíquico que Freud

descobre como local de articulação dos sintomas é uma maquinaria de tratamento do que insiste e afeta o vivente humano, imerso em um mundo organizado pela linguagem.

Se há sempre algo que não funciona para todos nós, podemos dizer que sempre há sintoma. A esse sintoma, incurável, é que Freud se refere quando fala de mal-estar. E Lacan também, quando afirma que “a relação sexual não existe”. No entanto, precisamos fazer uma distinção entre mal-estar e sofrimento, pois se é verdade que nos havemos com um mal-estar irreduzível, nem sempre estamos em sofrimento. O sujeito se encontra em sofrimento quando a realidade, construída para fazer face ao que não funciona (ao real), vacila. Afirmamos, então, que a realidade é uma montagem e não um dado *a priori*, ou seja, não nos relacionamos com a realidade tal como ela é. Aliás, podemos dizer que não há realidade sem o humano, posto que ela é uma produção subjetiva. A realidade que se apresenta a nós é uma rede de imagens e de representações que criam um escudo defensivo contra as emergências do desejo e do real.

Dito de outro modo: a dita realidade produz um efeito tela, um anteparo que nos defende contra o inconsciente e o real. No entanto, essa é uma tela paradoxal, pois ao mesmo tempo vela e revela o que procura escamotear. Quando essa “tela-realidade” vacila, o sujeito se encontra em franco sofrimento e pode então produzir uma série de manifestações sintomáticas referidas ao campo da psicopatologia: angústia, medo, agitação psicomotora, estados depressivos, alucinações, delírios, somatizações, obsessões, compulsões, passagens ao ato, *acting-out* etc. Em geral, nesse momento, é procurado um profissional psi ou dispositivos de Saúde Mental.

O que o psi ou a Saúde Mental pode fazer? Como operar com o sujeito em sofrimento? Essa pergunta, que gostaríamos de sustentar<sup>7</sup>, cada vez ouvimos menos. Atualmente, a pergunta recorrente e hegemônica

---

<sup>7</sup> Em nosso entendimento, trata-se de **sustentar** essa pergunta e não de respondê-la. Respondê-la seria embarcar na ilusão de que seria possível uma resposta *standard* diante da emergência do real. O que sustentamos é que se há possibilidade de agenciar respostas diante do real. Isso só é possível singularmente a partir de uma ética do cuidado do outro enquanto Outro.

no campo psi e na tentativa de se criar lógicas de cuidado baseadas em evidências<sup>8</sup> são perguntas do tipo: como tratar transtornos depressivos? E TDAH? E transtorno bipolar? E os transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas? Há manuais que descrevem o tratamento de cada transtorno em um número reduzido de sessões. O que é lançado fora de cena nesse procedimento é exatamente o sujeito e a dimensão da subjetividade.

Quando nos propomos tratar o transtorno, deixamos de ouvir o sujeito. O procedimento psi hegemônico e vendido como altamente eficiente é o seguinte: 1) anamnese com o paciente a fim de identificar o transtorno; 2) classificação do transtorno; 3) proposição de técnicas e tarefas que supostamente tratariam o transtorno e acabariam com o sintoma; 4) uso mais ou menos indiscriminado de psicotrópicos, porque o transtorno é, no final das contas, só o efeito de uma desregulação dos neurotransmissores. Nesse procedimento não há sujeito, não há história, o sofrimento é um transtorno decorrente de uma disfunção do aparelho que precisa ser corrigida por uma nova programação (obviamente sugerida pelo terapeuta<sup>9</sup>) e/ou pelo psicofármaco. O terapeuta assume uma posição de mestria, apresenta-se como uma espécie de baliza da realidade objetiva a que o sujeito deveria aderir para fazer calar o sintoma. A gestão do sintoma é o correlato do voto de morte para o sujeito. E a clínica é abolida.

Nesse avesso da clínica, o lugar do terapêutico passa a ser pensado como agenciado a partir da ideia de que o terapeuta deve produzir injunções para que o sujeito se adapte ao funcionamento do mundo, ou seja, ao modo de relação com o outro/Outro característico da neurose.

---

8 A ideia de que seria possível organizar linhas de cuidado em Saúde Mental baseada em evidências é uma tentativa de aplicar a lógica positivista vigente na “medicina baseada em evidências” ao campo do sofrimento dito psíquico. Ocorre que este é um campo em que a única evidência passível de ser identificada é que não há cuidado possível sem vínculo, sem transferência. O cuidado decorre do manejo da transferência, necessariamente singular, ou seja, que só pode ser pensado no caso a caso, segundo uma ética que precisa ser continuamente sustentada para que a clínica não se veja abolida pelas demandas contínuas de controle social enunciadas pela ordem pública.

9 O termo terapeuta está sendo usado em sentido amplo, ou seja, não identificado a nenhuma categoria profissional específica. Na realidade, queremos questionar o lugar de onde se agencia os cuidados supostamente terapêuticos.

Obviamente, isso só pode fracassar para um sujeito em sofrimento que não se encontra marcado pela forma ordinária (neurótica comum) de articulação com o laço social. Quando tudo vai mal, ou seja, o sujeito resistiu a fazer o que mestre-terapeuta mandou, mas o sofrimento insiste e o real transborda, técnicas de contenção são imediatamente colocadas em cena. Quando nada mais resolve, medidas administrativas, jurídicas e policiais podem ser impostas para o transtornado. O que, claro, não quer absolutamente dizer que a situação foi resolvida.

\*\*\*

Como assinalamos anteriormente, colocam-se em cena, em vários lugares do país, as ações que em nome da ordem pública determinam a internação forçada de usuários de crack. A lógica é simples: em nome do bem comum, da segurança pública e da garantia suposta da vida, essas pessoas precisam ser tratadas. O argumento é bom, o que não quer dizer que funcione. É mais uma vez a ilusão de que seria possível produzir uma resposta padrão diante do real que invade a ordem do mundo. Eis como o avesso da clínica invade o campo do social. Parece-nos que as “rainhas de copas” brasileiras nos encaminham decididamente rumo ao pior: o “país das maravilhas” tem tudo para se tornar um pesadelo.

## Referências

- CARROL, L. Aventuras de Alice no país das maravilhas. In: \_\_\_\_\_.  
*Alice*: edição comentada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
- COSER, O. *As metáforas farmacológicas em que vivemos*: ensaios de metapsicofarmacologia. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.
- ELIAS, N. *A solidão dos moribundos seguido de “envelhecer e morrer”*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- FREUD, S. O mal-estar na civilização. v. XXI. In: \_\_\_\_\_. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- HOLLANDA, C. B. (1976). *O que será?* - À flor da pele. São Paulo: Abril Coleções - Chico Buarque Ao vivo Paris - Le Zenith, 2010.
- LACAN, J. (1969-70). *O seminário - Livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.
- \_\_\_\_\_. (1973). Televisão. In: \_\_\_\_\_. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- \_\_\_\_\_. Transferência para Saint Denis? Diário de Ornicar? Lacan a favor de Vincennes. *Correio: revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, n. 65, 2010.
- MANNONI, O. *Clefs pour l'Imaginaire ou l'Autre Scene*. Paris: Éditions du Seuil, 1985.
- MILLER, J-A. *Extimidad*. Buenos Aires: Paidós, 2010.



OLIEVENSTEIN, C. *La drogue suivie de écrits sur la toxicomanie*. Paris: Gallimard, 1978.

PAGGI, M.; VALENTIM, A. Internar a força resolve? *Época*, Rio de Janeiro, n. 690, 8 de ago.de 2011.



# Alternativas ao tratamento medicamentoso: ainda seriam possíveis?

Conceição Aparecida Serralha<sup>1</sup>

O tratamento medicamentoso do sofrimento humano tem sido objeto de discussão de vários estudiosos, dentro da psicanálise e fora dela, preocupados com a velocidade e o vulto desse movimento. Constata-se que a prescrição de drogas já não faz parte apenas da conduta médica em relação às doenças, incidindo também sobre a chamada promoção da saúde. No que tange às doenças, Quinet (2002) questiona se a evolução da ciência psiquiátrica não estaria produzindo novos males para serem tratados por novos medicamentos fabricados por essa ciência em um sentido oposto ao que seria tradicionalmente esperado. Nesse questionamento, Quinet cita Marilena Chaui, que aponta a pressão que a universidade vem sofrendo em sua produção científica por uma “política de resultados [...] direcionada para o mercado” (QUINET, 2002, p. 37). De acordo com Chaui a universidade “está privatizada e a maior parte de suas pesquisas é determinada pelas exigências de mercado, impostas pelos financiadores. Isso significa que a universidade *pública* produz um conhecimento destinado à *apropriação privada*” (CHAUI, 2003, p. 08). Assim, Quinet entende que “os objetos produzidos pelo saber da neurociência [os medicamentos] podem facilmente virar objetos de consumo quando a psiquiatria entra no discurso capitalista” (QUINET, 2002, p. 37).

A discussão pode tomar, desse modo, um teor ético. Jonas (1982), ao discutir os fundamentos de seu pensamento sobre a relação entre

---

<sup>1</sup> Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Professora adjunta do Departamento de Psicologia do Desenvolvimento, da Educação e do Trabalho (DPDET), na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Membro do Grupo de Pesquisa em Filosofia e Práticas Psicoterápicas (GrupoFPP) da Unicamp e do Grupo de Estudo e Pesquisa em Psicanálise (GEPPSE) da UFTM. E-mail: serralha@hotmail.com

a técnica e a ética, evidencia entre esses fundamentos a “ambivalência dos efeitos”. Assim, mostra que mesmo a técnica empregada autêntica e legitimamente para beneficiar a humanidade tem também um lado ameaçador que somente em longo prazo mostra a sua maldição. Segundo ele, “o perigo reside mais no sucesso que no fracasso - e o sucesso é decerto necessário, sob a pressão das carências humanas” (JONAS, 1982, p. 410).

A evolução tecnológica da ciência psiquiátrica pode ser pensada sob essa fundamentação, uma vez que essas carências tornam o ser humano menos tolerante à dor, ao sofrimento, enfim, ao incômodo. Isso vai compeli-lo a utilizar uma descoberta científica - que pode desaparecer com o incômodo de forma imediata -, de maneira que essa utilização torna-se uma necessidade da qual a sua vida passa a depender a partir de então. Assim, a “compulsoriedade da utilização” de um novo jeito de fazer - e, nesse caso, de tratar - propiciado pelo desenvolvimento tecnológico é outro fundamento da discussão ética empreendida por Jonas.

Entendendo a importância de se refletir cada vez mais sobre o tema, este estudo pretende contribuir inicialmente com o relato do caso de uma criança de cinco anos de idade, encaminhada para atendimento em razão de seus intensos comportamentos agressivos, e os desdobramentos ocorridos a partir desse encaminhamento. Em seguida, além de trazer críticas contundentes de autores atuais, o estudo traz também a importante contribuição da teoria do amadurecimento emocional de D. W. Winnicott para fomentar novas discussões.

## **A criança “difícil”**

Essa criança de cinco anos de idade iniciou atendimento em meados de 2009 e em determinado período, intensificou seus comportamentos agressivos tanto em casa quanto na escola. A mãe nos<sup>2</sup> relatou que iria levá-la a uma consulta com o neurologista em razão de não aguentar mais

---

<sup>2</sup> Atendimento realizado pela autora em uma atividade de extensão, com participação das discentes Roberta Espote e Marília de Souza Silva do curso de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

seus parentes e professores insistindo para que ela assim o fizesse. Ficou evidente que havia também, nessa decisão, algo que vinha se realçando nas conversas empreendidas com a mãe: uma desistência de sua parte e da parte do pai de tentar mudanças importantes em suas atitudes e em relação com a criança. O pai, desde o início do tratamento, não se fez presente. Somente em uma das sessões com a mãe, diante do comentário desta de que o marido a esperava na caminhonete do lado de fora da instituição, nossa equipe lhe pediu permissão para ir até ele e convidá-lo a entrar. Dada a permissão, duas discentes fizeram o convite, e ele, não encontrando argumento para recusá-lo, entrou e participou da conversa.

Na sessão em que a mãe relatou sua intenção de levar a criança ao neurologista, a equipe tentou entender o que estaria acontecendo naqueles dias e que poderia ter intensificado o comportamento agressivo da criança. Vimos que muitas coisas não estavam atendendo às necessidades da criança. Uma delas, o fato de a criança estar praticamente aprisionada dentro de casa em razão de uma construção que estava sendo realizada no quintal. O motivo de ela não poder brincar no local parecia não ser tanto os perigos ligados à construção, mas o fato de ela sujar a casa ao voltar para dentro. Chegamos a essa suspeita após uma ligação telefônica que fizemos à sua casa. A ligação foi atendida pela criança e, ao pedirmos para falar com a mãe, disse que não poderíamos falar com ela, porque ela estava “lá” no quintal com o pai e os pedreiros. Perguntamos à criança se não poderia chamá-la. Ansiosa e um tanto enfaticamente, disse-nos que não poderia fazer isso, porque se fosse até lá a mãe iria bater nela por sujar a casa com os seus pés que ficariam sujos de terra.

Ao tentar mostrar à mãe essa condição de “aprisionamento” da criança, pedimos que ela pensasse o que poderia ser feito para modificar a situação. Perguntamos se ela teria disponibilidade de tempo e financeira, por exemplo, de levar seu filho para brincar em outro lugar ou mesmo colocá-lo em uma aula de natação. A mãe disse ser possível, mas não demonstrou que iria realizar algo nesse sentido. Conversamos ainda sobre outras possibilidades como uma maior participação do pai junto à criança.

Não interferimos, contudo, em sua decisão de levá-la ao neurologista. Combinamos também de fazer observações da criança na escola.

Após a ida ao neurologista, a mãe nos telefonou e disse que este havia receitado ritalina e que ela iria ministrar a medicação à criança. Nossa equipe ficou bastante frustrada, não porque sejamos radicalmente contra a medicação, mas porque sabíamos que muita coisa poderia ser feita para ajudar a criança antes disso.

A ida à escola ocorreu cerca de 15 dias após a consulta ao neurologista. As extensionistas, que fizeram a observação, puderam confirmar os vários relatos da mãe sobre a criança. Entre eles, o fato de ela querer tudo do seu próprio jeito, querer ser a primeira da fila, a primeira a falar, a primeira a ir ao banheiro, mesmo sem qualquer necessidade fisiológica, mas em razão de um colega pedir para ir. Foi possível ver a transferência da relação com a mãe para a professora: o afeto e a insegurança em relação a esta. Chamava a professora constantemente para mostrar sua lição e mesmo que houvesse entendido o que era para fazer, a cada exercício, chamava a professora, demonstrando a necessidade que tinha de ser percebida e o medo de ser esquecida. A coordenadora pedagógica relatou que quando a criança estava com a professora, ficava muito calma; mas quando estava longe, ficava muito agitada. Contudo, em conversa com a professora e a coordenadora pedagógica, elas disseram que naquele momento a criança estava bem melhor e que nós deveríamos ter ido lá antes de ela começar a tomar a medicação.

Ao encontrarmos a mãe novamente, após a observação, estávamos esperando ouvir o mesmo relato de melhora da criança a partir do uso da medicação. De fato, o relato de um período bom foi feito pela mãe. O que não esperávamos ouvir, é que ela “não” estava dando a medicação. Disse-nos que até ministrou o remédio por dois dias, mas a criança ficou apática e sem vida, e assim, ela decidiu não continuar lhe dando o medicamento. Disse-nos ainda que “não reconhecia mais o seu filho”. Quando lhe dissemos que as educadoras haviam relatado que ela estava dando a medicação, a mãe disse que mentiu às professoras para que elas

parassem de pressioná-la nesse sentido. Contou também que a criança estava fazendo natação e que estava adorando.

Aproximadamente durante dois meses, tanto em casa quanto na escola, os relatos foram de que a criança havia melhorado muito, voltando a se desenvolver bem. Até que as queixas recomeçaram. Esse reinício das reclamações sobre o comportamento da criança coincidiu também com a sua retirada da natação em razão de uma infecção de ouvido.

## **Alterações que não se sustentam**

Gostaríamos de chamar atenção para esse período aproximado de dois meses em que uma criança passa a ser vista de outra maneira, pensada e cuidada de outra maneira, tornando-se menos necessitada de reagir agressivamente, embora continuasse a ter os mesmos comportamentos ansiosos.

No site<sup>3</sup> do Instituto Paulista de Déficit de Atenção (IPDA), encontramos informações sobre o tratamento medicamentoso do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) por meio de prescrição de ritalina aliada a outras terapias. Sobre essa medicação, somos informados de que ela tem um efeito provisório. A substância permanece atuante pelo tempo em que estiver no organismo da pessoa que a ingeriu. Se a dose for de 10 mg, por exemplo, o efeito deverá durar em torno de 4 horas. Assim que o efeito da medicação se esvai, os sintomas reaparecem em sua totalidade, “tudo volta ao estado inicial”.

Dessa maneira, não podemos dizer, no caso aqui relatado, que a criança permaneceu bem, por dois meses, devido a um efeito residual da medicação tomada durante dois dias. O quê poderia então ter sustentado essas novas maneiras de ver, pensar, cuidar e se relacionar com a criança nesse período de dois meses? Do lado da mãe e do pai, parece-nos que sentimentos de culpa e o medo dos efeitos colaterais da medicação os moveram a tentar o ainda não tentado, modificando o seu modo de se relacionar com a criança. Do lado da escola, a crença na propagandeada medicação, parece

---

3 AMORIM, [20--].

ter injetado ânimo nas educadoras, que se sentiram “auxiliadas” por esta.

Não podemos negar a dificuldade que os professores encontram por se verem muitas vezes sozinhos em uma sala superlotada, tendo que atender a todas as crianças em suas necessidades individuais e com vários - no caso da professora da criança em questão eram três - planos de ensino diferentes para desenvolver em uma mesma sala. Além disso, no contato com crianças de difícil manejo, o professor pode ter sua capacidade de cuidar diminuída ou bloqueada pela atualização de suas próprias necessidades, que podem também nunca terem sido adequadamente atendidas. O tratamento medicamentoso da criança é sentido, assim, como um auxílio que vem para ficar - a solução efetiva -, modificando a relação e permitindo à criança sentir-se aceita.

Nos casos em que alternativas à medicação são empreendidas, como mudança no ambiente e no modo de se relacionar com a criança, evidencia-se, contudo, uma dificuldade de o novo modo de relacionamento se sustentar, pois isso implicaria em esforço, persistência e compreensão, principalmente, de que nada é constante e eterno. O menor comportamento inadequado da criança é suficiente para que a recém empreendida forma de se relacionar e a criança desabem, recomeçando a circularidade patogênica. No caso apresentado não foi diferente. A sensação de que a “criança é assim” e de que nenhum esforço no sentido de mudanças por parte do ambiente vai adiantar tendem a se impor.

Para Winnicott, contudo, a mãe, o pai e toda a família devem se envolver, em um momento como esse, na delicada tarefa de “satisfazer as reclamações da criança e de ceder à voracidade compulsiva desta”, realizando “uma terapia a respeito de uma omissão de amor materno” (WINNICOTT, 1999, p. 144). Winnicott entende, assim, que houve falhas ambientais importantes, pré-sintomas, e que essas deverão ser reparadas. A professora, por sua vez, deve compreender e favorecer o desenvolvimento da capacidade da criança de se relacionar com outras pessoas que não sejam a mãe. Nesse caso, a professora, por constituir esse objeto muitas vezes de uma primeira



relação pessoal não-materna, [...] deve reconhecer que, para a criança, ela não é uma pessoa “vulgar” e não pode conduzir-se de um modo “vulgar”. Ela deve, por exemplo, aceitar a idéia de que a criança só gradualmente chegará a ponto de cedê-la a outras crianças sem ficar perturbada (WINNICOTT, 1982, p. 222).

Esse modo conjunto de cuidar permite à criança ser capaz de se relacionar com diversas pessoas ao mesmo tempo, sem sentir ameaça de perder o relacionamento com qualquer dessas pessoas em particular.

## **Medicalização ou cuidado?**

O caso aqui relatado ilustra bem o que estamos vivendo nos dias atuais: a medicalização como processo amplamente disseminado, conduzindo a indicações medicamentosas formais e/ou informais de profissionais das áreas da saúde, da educação e das organizações, bem como entre os leigos - familiares, amigos e vizinhos -, fazendo distanciar a compreensão e o tratamento psicológico e psicossocial das dificuldades inerentes à vida e dos distúrbios mentais. Afora o recurso à medicação, outros recursos que caracterizam cuidados e envolvimento com as necessidades da criança demandam tempo, paciência, empenho, modificação de projetos pessoais, institucionais e discussões teóricas.

A busca dos estudiosos da área psiquiátrica tem sido no sentido de uma unificação do entendimento sobre os problemas, o distúrbio ou o transtorno, que elimine as divergências teóricas. De acordo com Martins, “o ateoricismo é, de fato, a adoção da teoria biológica e/ou fisiológica das perturbações mentais” (MARTINS, 2008, p. 332). Ainda segundo este autor,

a psiquiatria biológica tem produzido uma des-implicação do sujeito em relação ao seu sofrimento. Isto é, se o gene é responsável por tudo e se a dor é um produto comercial, uma mercadoria que a medicina mental e seus remédios universais vão

eliminar, o sofrimento deixa de ser pensado como uma narrativa ligada a uma história singular (MARTINS, 2008, p. 333).

No caso das crianças, isso se torna especialmente grave, pois se exige a educação, a falta de cuidados e a falta de respeito para com a criança, por exemplo, de toda e qualquer responsabilidade pelo sofrimento vivido por ela (SERRALHA, 2011). Para Lima (2005), o corpo e a biologia passam a ser buscados para dar um sentido às experiências ditas “pessoais”. Desse modo, o TDAH, um dos diagnósticos mais presentes na clínica médica de crianças atualmente, é construído como um modelo bioidentitário, que passa a eliminar “qualquer possibilidade de que os comportamentos aí incluídos sejam derivados do campo moral, da dinâmica familiar ou possam ser descritos com o tradicional vocabulário do internalismo psicológico” (LIMA, 2005, p. 96). Segundo Coser, o mais importante é a evidência de que há uma

prática de medicação indiscriminada da infância [...] calcada não em categorias diagnósticas rigorosas, mas na intolerância diante da turbulência infantojuvenil e dos padecimentos típicos da infância (que são normais e esperados, como urinar na cama, ter medo do escuro, de animais selvagens e de estranhos) (COSER, 2010, p. 107).

Moysés (2001), professora titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (Unicamp), evidencia o crescimento das consultas de neurologia especificamente de crianças em idade escolar. Essa autora critica veementemente o costume cada vez mais comum entre os neurologistas de pedir eletroencefalograma, mesmo que a indicação deva ser feita apenas à criança que tiver suspeita de convulsão. Os dados encontrados em sua pesquisa na rede pública da cidade de Campinas, em 1995, mostraram que 79% dos exames eletroencefalográficos foram realizados na população até 14 anos, contrariando “qualquer conhecimento médico sobre a prevalência de crises convulsivas” (MOYSÉS, 2001, p. 95).

Segundo Gastaut e seus colaboradores (1966<sup>4</sup> *apud* MOYSÉS, 2001), exames realizados sob fotoestimulação intermitente (FSI) podem desencadear descarga irritativa e crise clínica em pacientes não epiléticos. Sendo assim, “deve-se tratar o paciente e não o eletroencefalograma”, uma vez que os dados mostram que 10 a 20 % da população apresentam alterações nesse exame e que essas alterações não podem ser consideradas anormais, mas apenas desviantes do normal (MOYSÉS, 2001, p. 89-90). Contudo,

com a medicalização crescente da aprendizagem e do comportamento, este preceito tem sido desrespeitado cada vez mais, inclusive resultando na criação de entidades como a *disritmia* e justificando o uso de medicamentos com ação em sistema nervoso central em pessoas que simplesmente não se enquadram nas normas socialmente estabelecidas. Cite-se, por exemplo, o uso de carbamazepina e outros psicofármacos em crianças com enurese e/ou com queixa de nervosismo, agressividade (MOYSÉS, 2001, p. 90).

Winnicott acredita que

uma criança normal *pode* empregar qualquer dos recursos (ou todos) que a natureza forneceu para defesa contra a angústia e o conflito intolerável. Os recursos empregados (em saúde) estão relacionados com o tipo de auxílio que estiver ao alcance” (WINNICOTT, 1982, p. 143).

Temos de considerar que, em razão da dependência que a criança tem de seu ambiente, esse auxílio geralmente vem da mãe. Porém, se a mãe não o viabiliza por alguma impossibilidade, resta à criança, então, apenas o seu próprio âmbito de onipotência. Nos momentos de maior dificuldade, as crianças poderão apresentar sintomas. Em alguns casos, eles poderão estar relacionados a doenças, mas não em todos. Como bem lembra Winnicott (1982), “a vida é inerentemente difícil” e para os

---

4 GASTAUT, H. *et al.* Childhood epileptic encephalopathy with diffuse slow spike-waves (otherwise know as “petit mal variant”) or Lennox syndrome. *Epilepsia* 7:139,1966.

bebês e crianças, pode ser mais difícil ainda, mesmo que eles possam ter várias coisas boas e possam viver vários momentos bons. O que estamos presenciando, todavia, é a transformação de todas as reações da criança à natureza do viver ou a inadequações dos cuidados oferecidos a ela em sintomas de doenças.

Em um recente estudo sobre a incidência do TDAH, Lima (2005) comenta a relação desse diagnóstico com o gênero da criança. Segundo ele, alguns estudos, diante da constatação de o transtorno se apresentar com maior frequência entre os meninos, têm acreditado na possibilidade de as meninas estarem “subdiagnosticadas”, exatamente pelo fato de elas “incomodarem menos” os pais ou a escola e por apresentarem menos comportamentos perturbadores da ordem e dos costumes. Isso nos remete novamente à teoria winnicottiana.

Em seus estudos sobre o desenvolvimento do indivíduo, Winnicott (1999) afirmou que os primeiros sinais de tendência antissocial podem ser expressos por avidez, sujeira (incontinência urinária e fecal), anseio por afeição, comportamento impulsivo e destrutividade. Além disso, Winnicott não considerava a tendência antissocial como sendo um diagnóstico, pois podia ser encontrada tanto em uma criança doente como em uma criança normal. A característica dessa tendência é a de compelir “o meio ambiente a ser importante” (WINNICOTT, 1999, p. 139), ou seja, compelir o ambiente a exercer o seu papel, uma vez que o fator comum entre todas essas formas de expressão, ou sintomas, é o “valor de incômodo” destes (WINNICOTT, 1999, p. 139; 142). O valor de incômodo dos sintomas tem em si a esperança de que enfim a necessidade da criança possa ser compreendida e atendida e, qualquer exagero nesse valor, indica “a existência de um certo grau de privação e tendência antissocial” (WINNICOTT, 1999, p. 142).

Caso o incômodo seja eliminado pela medicação, elimina-se também a possibilidade de uma compreensão das necessidades da criança. No caso de crianças doentes, sua patologia de base também é eliminada, dificultando ou mesmo adiando a precisão diagnóstica e o tratamento.

Para que esse diagnóstico seja adequadamente realizado, será necessário um “levantamento cuidadoso da história da criança ou talvez [...] um período de observação” (WINNICOTT, 1999, p. 202), o que geralmente não é feito. Após uma única consulta, é iniciado um teste de medicamentos e de suas dosagens e muitas vezes se a criança deixa de apresentar os sintomas, entende-se ter encontrado o diagnóstico.

Ao observarmos mais criteriosamente, muitos casos do que é comumente entendido por TDAH apresentam um “complexo de privação”, ou seja, passam a faltar à criança certas características essenciais da vida familiar - como presença confiável de um cuidador, segurança e estabilidade. Isso leva a criança a reagir, manifestando tendência antissocial. As sensações de insegurança, desconfiança e imprevisibilidade geram um aumento da ansiedade, que está na base dos primeiros sinais de tendência antissocial descritos por Winnicott (acima elencados), como também na origem da esmagadora maioria dos sintomas utilizados como critérios diagnósticos pelo DSM-IV (2002) para o TDAH: falta de atenção a detalhes, tarefas, atividades lúdicas e chamados; falta de organização e de esforço para a realização de atividades; perda de objetos e coisas; alheamento e esquecimento; agitação; atividade excessiva e imprópria; dificuldade de brincar; fala em demasia; respostas precipitadas; dificuldade de esperar e intromissões.

Ainda de acordo com Winnicott,

uma criança normal é capaz de ter qualquer espécie de sintomas, em circunstâncias apropriadas. Mas com uma criança doente, não são os sintomas que constituem a dificuldade; é o fato de que os sintomas não estão cumprindo sua tarefa e constituem tanto um incômodo para a criança como para a mãe (WINNICOTT, 1982, p. 144).

Desse modo, a dificuldade de o ambiente compreender o sintoma como a expressão de uma necessidade da criança que não está sendo atendida geralmente é o que a impede de receber o auxílio que precisa e espera. Winnicott, em seu texto *Que entendemos por uma criança normal?*,

comentou um sintoma bastante comum em crianças e que considerava uma manifestação de tendência antissocial: a enurese. Ele disse:

Se urinando na cama a criança formula um efetivo protesto contra orientação severa, mantendo-se firme na defesa dos direitos do indivíduo, por assim dizer, então o sintoma não é uma doença; pelo contrário, é um sinal de que a criança ainda espera conservar a individualidade que, de algum modo, foi ameaçada. Na grande maioria dos casos, ao urinar na cama a criança está cumprindo o seu papel e, com o decorrer do tempo e uma boa orientação corrente, ela acabará abandonando o sintoma e adotando outros métodos de afirmar a sua personalidade (WINNICOTT, 1982, p. 143-144).

Contudo, segundo a nova compreensão diagnóstica proposta pelo DSM-IV, os sintomas do TDAH ou de qualquer outra entidade psicopatológica perdem sua característica de “reação” à forma de ser cuidado, de se relacionar e ser relacionado, e de estar no mundo. Daqui para frente, a proposta é entender a sintomatologia como geneticamente determinada, cujas reações biológicas ou fisiológicas devem ser simplesmente medicadas e não compreendidas dentro de um contexto e de uma história. Assim, ao tratar os sintomas da criança como transtornos sem história, situados no corpo, independentes de relações e não passíveis de interpretação, as únicas possibilidades passam a ser os medicamentos e, quando muito além disso, as instruções padronizadas de procedimentos e estratégias a serem adotadas e treinadas.

A questão ética se reapresenta. Segundo Coser (2010),

os medicamentos prescritos, principalmente antipsicóticos atípicos, estão sendo usados para crianças a partir dos 2 anos sob a alegação de que elas apresentariam distúrbios de comportamento, distúrbios afetivos e hiperatividade, uso para o qual não existe indicação formal, não é reconhecido pelas instituições oficiais que regulamentam a prescrição medicamentosa e a muitos parece perigoso uma vez que não se sabe o que podem produzir a longo prazo (Vitiello, 2005; Zito & Safer, 2005; Lilienfeld, 2005;

Hearly, 2006; Patel et al., 2006), fato que introduz questões éticas e sociais de importância primordial (COSER, 2010, p. 127).

Loparic, ao discutir a saúde dos indivíduos e da sociedade, entende que uma solução ética que pode ser adotada é a substituição de regras por atitudes pessoais baseadas na “capacidade de reconhecer e suportar problemas, mesmo quando insolúveis” (LOPARIC, 2000, p. 159). E ainda, poder reconhecer os problemas sem patologizá-los. Mas, se em vez de cuidar de uma criança que tem uma história dentro de determinado contexto, o profissional trata o “transtorno”, por mais empenhado que seja, esse profissional terá dificuldade de apreender tudo o que envolve o problema apresentado pela criança. Esta não é pensada para além do “transtorno”. De acordo com Quinet,

fundar uma prática de diagnóstico baseada no consenso estatístico de termos relativos a transtornos, que por conseguinte devem ser eliminados com medicamentos, é abandonar a clínica feita propriamente de sinais e sintomas que remetem a uma estrutura clínica, que no caso, é a estrutura do próprio sujeito (QUINET, 2002, p. 39).

Para Tort,

um dos efeitos considerados como iatrogênicos, produzidos pelos avanços da psiquiatria, é a produção de uma nova subjetividade no espaço da clínica médica. Esse processo ocorre [...] quando no espaço de uma vida, suas palavras, seus símbolos e seus mitos parecem ter sido deixados junto com as roupas fora da sala de exame; quando o espaço do sentido da vida deve ser ocultado, não só pela biomedicina mas pelo próprio doente, que não se reconhece mais como o mesmo sujeito (TORT<sup>5</sup>, 2001 *apud* MARTINS, 2008, p. 333).

E isso não ocorre somente na medicina psiquiátrica. Em certa ocasião,

---

5 TORT, M. *O desejo frio*: procriação artificial e crise dos referenciais simbólicos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

uma residente de psicologia foi chamada para realizar uma interconsulta a uma criança de 12 anos, que fora vítima de um grave acidente automobilístico no qual morreu seu irmão, e sua mãe ficou gravemente ferida. Por conseguinte, ela se encontrava sem acompanhante em sua internação. A médica, responsável pelo caso, disse que a criança parecia estar “trancada”, ou seja, consciente, mas incapaz de se comunicar. A residente, em sua avaliação, verificou que a criança estava dando muito trabalho durante a noite, pois ficava muito agitada. O que ficou claro, na supervisão do caso, é que, para os profissionais que cuidavam da paciente, não havia ali uma criança com uma história particular, que poderia, por exemplo, ter vivido uma infância com muito medo de escuro e de ficar sozinha, principalmente à noite. Diante do trauma que estava vivendo solitariamente, sem conseguir se comunicar ou sem alguém que pudesse ajudá-la a compreender a situação e tranquilizar-se, o seu medo ficava intensificado. A luz do quarto, onde ficou internada sozinha, era apagada à noite, em um procedimento padrão, e as reações da criança não eram compreendidas dentro de uma história de vida, apenas como consequência do traumatismo sofrido no acidente.

Nessas situações de precariedade na avaliação do que está ocorrendo a uma pessoa, geralmente os profissionais culpam a falta de tempo, recursos, pessoal e o acúmulo de serviço. Assim, além de desvestir o outro, os avaliadores desvestem-se a si mesmos de sua história e de sua subjetividade, “des-implicando-se” dos resultados de sua atuação profissional.

## **Considerações finais**

Como bem disse Jonas (1982), existem vários sinais indicando que estamos em uma “zona de perigo” no que concerne ao avanço da tecnologia e, na presente discussão, ao avanço do tratamento medicamentoso do sofrimento humano. Caso se inicie um movimento de julgar como é irresponsável o ato de uma criança não ser medicada quando existe



medicamento para silenciar os seus sintomas, por outro lado, podemos julgar irresponsabilidade eliminar os incomodativos sintomas de nossas crianças e jovens e junto com esses, todas as vias de expressão dos incômodos que as próprias crianças possam sentir diante de não adaptações do ambiente aos seus modos de ser pessoais, subjugando-as e favorecendo a construção de falsos “si-mesmos” (*selves*).

Segundo Jonas, a responsabilidade de longo prazo sobre a continuidade da vida humana como se entende que ela precisa ser deve evitar o desenfrear do “crescendo” inerente ao progresso, uma vez que esse crescendo pode “devorar as vantagens” que adviriam em favor dessa vida. Caso isso não seja evitado, “as pretensões da posteridade, que estão confiadas àquela responsabilidade, encontrarão uma situação difícil”, pois, “o lado glamouroso das aquisições técnicas ofusca a vista, [...] o lucro próximo suborna o juízo e as carências muito reais do presente (para não falar de suas manias) clamam por prioridade” (JONAS, 1982, p. 416).

Alternativas ao tratamento medicamentoso existem, basta que haja uma disponibilidade de lançar mão dessas, sabendo que irão exigir mais de cada um. Não se trata de nunca fazer uso dos medicamentos de “última geração”, mas de utilizá-los de forma criteriosa e com rigor, uma vez que não se podem desconsiderar os seus efeitos colaterais indesejáveis, a sua intrusão em nosso “si-mesmo” (*self*). Fazendo isso, será possível compartilhar com Winnicott o pensamento de que em um

contexto profissional, dado o comportamento profissional apropriado, pode ser que o doente encontre uma solução pessoal para problemas complexos da vida emocional e das relações interpessoais; o que fizemos não foi aplicar um tratamento, mas facilitar o crescimento” (WINNICOTT, 1996, p. 93).

## Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)*. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AMORIM, C. *Tratamentos medicamentosos para TDAH: um debate em aberto*. Site do Instituto Paulista de Déficit de Atenção – IPDA. São Paulo. [20--]. Disponível em <<http://www.dda-deficitdeatencao.com.br/tratamento/ritalina.html>> Acesso em: 24 de jul. de 2011.

CHAUI, M. A universidade pública sob nova perspectiva. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 24, p. 5-15, 2003.

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

JONAS, H. Por que a técnica moderna é um objeto para a ética. Tradução de O. Giaccoia Junior. *Natureza Humana*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 407-420, 1999.

LIMA, R. C. *Somos todos desatentos? O TDAH e a construção das bioidentidades*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

LOPARIC, Z. Os problemas éticos no tratamento da deficiência física. *Boletim de Psicologia - USP*, São Paulo, v. 15, n. 115, p. 159-168, 2001.

MARTINS, A. L. B. Biopsiquiatria e bioidentidade: política da subjetividade contemporânea. *Psicologia & Sociedade*, Campinas, v. 20, n. 3, p. 331-339, 2008.

MOYSÉS, M. A. A. *A institucionalização invisível: crianças que não-aprendem-na-escola*. Campinas: Mercado de Letras, 2001.

QUINET, A. A ciência psiquiátrica nos discursos da contemporaneidade. In: QUINET, A. *et al.* (Orgs.). *Psicanálise, capitalismo e cotidiano*. Goiânia: Edições Germinal, 2002, p. 31-38.

SERRALHA, C. A. A psicanálise winnicottiana como aporte no estudo do recrudescimento da agressividade em bebês e crianças pequenas. In: BARROSO, S. M.; SCORSOLINI-COMIN, F. (Orgs.). *Diálogos em psicologia: práticas profissionais e produção do conhecimento*. Uberaba: Editora UFTM, 2011. No prelo.

WINNICOTT, D. W. (1987) *Privação e delinquência*. Tradução de A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. (1986) *Tudo começa em casa*. Tradução de P. Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

\_\_\_\_\_. (1957-64) *A criança e o seu mundo*. Tradução de A. Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.



# A relação entre adolescência e violência: alguns aportes psicanalíticos

Vilma Valéria Dias Couto<sup>1</sup>

## Introdução

Atualmente, as diferentes formas de manifestações ditas violentas são fontes de inquietação social, especialmente quando constatamos que as pessoas envolvidas nos atos de violência são com frequência os adolescentes. Muitas discussões em torno dessa problemática aproximam a violência da adolescência.

No campo da saúde, a violência é apontada como um importante problema de saúde pública que atinge principalmente os adolescentes e jovens. Tomando por base a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), Minayo (1990) constata que as “causas externas” constituem a primeira causa de morte na adolescência. O estudo de Castro e Abramovay (2002) indica que a morte devido às causas da violência assume singular magnitude entre os adolescentes e jovens. De acordo com as autoras, a faixa de 15 a 24 anos de idade exibe a maior concentração na categoria de óbitos por “violência conjunta” (decorrentes de homicídios, agressões e acidentes de trânsito) do que na categoria de óbitos por “causas internas” (relacionadas a doenças). Com relação à morbidade, as informações de Minayo (1990) apontam que os problemas ou danos à saúde gerados pela violência chegam a ser 200 a 400 vezes maior do que a mortalidade. Portanto, a morbimortalidade por causas externas é colocada como o problema número um de saúde pública para a população de adolescentes.

No campo da assistência, verificamos que a agressividade é uma das

---

<sup>1</sup> Professora da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Departamento de Psicologia Clínica e Sociedade. E-mail: vilmacouto@psicologia.uftm.edu.br

queixas mais frequentes nos serviços de saúde mental. Os psicólogos são solicitados a atenderem adolescentes envolvidos com delitos, problemas de conduta e também autoagressão na forma de doença somática grave, automutilações e tentativas de suicídio. Nas escolas, os atos de violência vêm assumindo proporções assustadoras, e as falas dos professores apontam quase sempre para medo, despreparo e falta de recurso. Isso acaba por convocar a polícia para dentro desse espaço. As intervenções da polícia são quase sempre de caráter repressor, gerando mais violência.

Estamos observando ainda, na mídia, o aumento considerável da divulgação de informações acerca da violência atuada por adolescentes de diferentes níveis sociais e condições financeiras. Isso demonstra que a presença do comportamento violento não decorre exclusivamente de classe socioeconômica. Esses fatos ajudam a desconstruir a ideia de que a situação de pobreza explica a totalidade das condutas agressivas dos jovens. Além disso, a forma como os telejornais apresentam as reportagens destaca o grau de perversidade dos crimes e leva os espectadores a acreditarem que estamos convivendo com uma adolescência perigosa.

Nesse cenário, observamos uma estreita relação entre adolescentes e violência que levanta a seguinte questão: por que surgem com frequência comportamentos violentos na adolescência? Certamente a resposta a essa pergunta convoca vários campos de análise tais como o social, o político, o histórico e o psíquico. Nenhuma abordagem dá conta disso sozinha, pois consideramos que a violência dos adolescentes resulta da interação de múltiplos fatores durante essa etapa da vida.

A nossa intenção neste artigo é apresentar algumas considerações advindas do campo da psicanálise na compreensão da violência relacionada à adolescência. Nele, pretendemos discutir a relação entre violência e adolescência enquanto um fenômeno social com profundas implicações subjetivas. Consideramos que o próprio processo da adolescência traz elementos que ajudam na compreensão dessa relação. Discutimos a função do agir na adolescência como mecanismo central na problemática da violência. Além disso, consideramos que o contexto social e os arranjos

familiares atuais dificultam a superação da experiência da adolescência, contribuindo para o aumento da violência entre eles.

## **O processo da adolescência**

Sabemos que a psicanálise não define a adolescência apenas pelos aspectos vinculados à mudança corporal e não a compreende somente em termos de uma faixa etária. Ela se ocupa de investigar as repercussões psíquicas geradas pela chegada do sujeito a essa etapa da vida (PINHEIRO, 2001).

As considerações de Levisky (1995) sobre a adolescência retratam-na como um momento especial na vida do sujeito, que exige mudanças da identidade corporal, psicológica e sexual do adolescente. Ele vive um momento de conflito e angústia inerente ao vazio que emerge frente à necessidade de fazer escolhas e conseqüentemente de assumir responsabilidade por seus próprios atos. Para que isso aconteça, o adolescente precisa libertar-se do ideal estabelecido pelas figuras de autoridade. Significa principalmente afastar-se do narcisismo dos pais para buscar seu próprio sentido de ser. Portanto, o adolescente vive um momento de crise interna, porque atravessa um período necessário de desestruturação e de reorganização da personalidade e da identidade.

O processo da adolescência é delineado por um conjunto de arranjos psíquicos produzidos pela entrada na puberdade. Nesse momento, o sujeito se depara com as modificações corporais que vão repercutir na vida do adolescente. Ele deixa para trás o corpo infantil e adquire um novo corpo, agora de adulto. Trata-se de um corpo genitalizado, que promove a ativação de uma pulsão até então não experimentada. A obtenção desse novo corpo implica simultaneamente a obtenção da capacidade reprodutiva e a possibilidade da concretização de uma relação sexual genital (SAVIETTO; CARDOSO, 2006). A intensidade dessa experiência faz ressurgir a problemática edipiana, agora marcada pela possibilidade física do incesto. É preciso renunciar aos pais como objeto de amor, isso quer dizer que o adolescente deve encontrar no âmbito social, outras

referências de identidade.

O adolescente passa a dar conta que as modificações do corpo lhe fogem do controle. O corpo é sentido como estranho. Se na infância o corpo e o “sentimento de si” formavam uma unidade, na adolescência eles se distanciam. Sobre isso Jeammet comenta que “na puberdade o sujeito e ‘si próprio’ não encontrarão mais a unidade perdida da infância” (JEAMMET, 2008, p. 23). Portanto, existiria na adolescência certa estranheza em relação a si mesmo que é decorrente da puberdade.

Marty (2006) explica que esse estranhamento de si experimentado com o acontecimento da puberdade é vivido pelo eu como uma ameaça externa. Essa ameaça é a do corpo púbere vivido como “exterior” e não como um “eu-corpo” unificado. Esse corpo não unificado, não representado num sentimento de continuidade de si, vai ameaçar a unidade narcísica do sujeito pelas excitações que a puberdade traz e frente às quais ele se sente ameaçado. As excitações pubertárias, por não encontrarem representação, são sentidas pelo adolescente como ameaça externa e colocam o sujeito na posição de desamparo. Nesse sentido, o autor sustenta a ideia de que a passagem pela adolescência é marcada por uma violência interna pulsional, ou seja, uma violência comum à adolescência que é chamada de violência pubertária (MARTY, 2006)

O pubertário é violento por aquilo que traz de novidade, a princípio insana e ameaçadora, às vezes capaz de provocar tamanho desequilíbrio, uma ruptura tão grande na estabilidade da organização da vida psíquica, que o sujeito luta por sua sobrevivência e reage a isso com violência. A violência [...] é expressão de uma resposta ante uma ameaça vital, resposta que visa proteger a integridade narcísica de um sujeito que se sente ameaçado [...] (MARTY, 2006, p. 122).

Marty continua explicando que para fazer frente a essa estranheza e a esse excesso de excitação, o adolescente utiliza a via da projeção e passa a atribuir ao outro o que está em si. Expulsa o que não pode ser pensado, colocando para fora, via ação, o que é mal. Com essa reação, ele busca fazer desaparecer a tensão que lhe é insuportável. Portanto, para o autor, o ato violento na



adolescência, surgiria em reação a uma ameaça originada pelo acontecimento da puberdade. Trata-se de uma resposta frente a uma ameaça vital, uma tentativa de manter a integridade de eu.

Quando Marty (2006) aborda a violência relacionada aos adolescentes, ele explica que é importante distinguir entre violência comum, que pertence ao processo de adolecer, e a violência de expressão patológica, que não diz respeito à maioria dos adolescentes.

Portanto, o que Marty (2006) destaca com suas formulações é que a problemática da violência na adolescência envolve em sua base, como já esboçado, uma dimensão de violência psíquica que é inerente ao processo pubertário. Para escapar dessa violência interna, o adolescente muitas vezes age por meio de condutas que podem ser dirigidas para si próprio ou contra o outro. Essa reação exteriorizada, que não tem a intenção de lesar o outro, seria uma resposta do sujeito que se sente ameaçado e desamparado. Trata-se de uma reação ante a ameaça do eu. É um agir que se coloca a serviço das exigências pulsionais para modificar a realidade que não é compatível às possibilidades internas do sujeito.

A clínica com adolescentes e os estudos sobre a problemática da violência possibilitam o reconhecimento da recorrência de manifestações que se expressam principalmente por meio do registro do ato e da convocação do corpo atualmente. Sabemos que o agir é considerado um dos modos de expressão mais importantes das angústias do adolescente e é visto ainda como o mecanismo central na problemática do adolescente agressivo (MARCELLI; BRANCONNIER, 2007). Tendo em vista a importância do agir como forma de expressão na adolescência, apresentaremos algumas indicações da passagem ao ato na adolescência, que tem nas manifestações violentas um dos seus modos de atuação.

## **Passagem ao ato na adolescência**

O fenômeno das passagens ao ato é observado com destaque em muitas das manifestações psicopatológicas que fazem parte do grupo

das “novas patologias”, uma vez que nelas costuma estar em jogo esse modo peculiar de atuação. Entre as manifestações psicopatológicas mais presente se destacam as condutas bulímicas, a anorexia, a tentativa de suicídio, o consumo de drogas, os atos de delinquência e as manifestações de agressividade e violência (MARCELLI; BRANCONNIER, 2007).

Entretanto, é preciso considerar as condutas agidas do adolescente não apenas no campo das psicopatologias, mas como característica comum a eles e que podem ser compreendidas como resposta às repercussões geradas pelas transformações (físicas e psíquicas) advindas dessa fase. Assim, nessa etapa da vida, o agir deve ser tomado como um dos modos de expressão importante nos conflitos da adolescência. Como as condutas agidas na adolescência nem sempre assinalam psicopatologia, é preciso muita cautela na elaboração de um diagnóstico. Mas o que essas condutas podem indicar?

As condutas agidas podem assumir diferentes sentidos de acordo com as situações e abordagem de compreensão. Dentro de uma compreensão psicológica, o agir pode indicar uma estratégia de interação com o outro. Por exemplo, com o adulto, o adolescente pode agir para deixá-lo embaraçado, para chamar sua atenção, para fazer o que o adulto faz, mas que para ele ainda é proibido. Com seus iguais, o agir do adolescente pode ser indicativo de busca por interação pela necessidade de pertencer ao grupo, para sentir protegido e aceito pelo grupo (MARCELLI; BRANCONNIER, 2007).

Outras possibilidades de compreensão, dentro da perspectiva da psicanálise, apontam que as condutas agidas, tão frequentes atualmente, supõem dificuldade na simbolização e representam uma tentativa de contenção da tensão psíquica presente na adolescência (excesso pulsional). Por isso, elas podem ser compreendidas como mecanismo de defesa (por exemplo, na conduta de fuga que pode ser um jeito de escapar da tensão interna) ou como um entrave da conduta mentalizada, entrave ao pensamento, em que o adolescente age para evitar sentir, pensar. Nesse sentido, a pulsão encontra dificuldade de escoar por meio da

palavra ou da fantasia e vai expressar-se pela via da atuação (MARCELLI; BRANCONNIER, 2007; MARTY, 2006).

As considerações levantadas até esse momento assinalam que as passagens ao ato por meio de reações violentas expressam dificuldades dos adolescentes no processo de adolecer. Ou seja, o adolescente que atua por meio de reações violentas apresenta dificuldade de colocar em ação o trabalho de elaboração psíquica da violência interna.

Nesse sentido é preciso ajudar o adolescente a encontrar os recursos psíquicos para enfrentar essa ameaça, de preferência a dar-lhes na realidade o sentido de que o problema a ser resolvido não está nele, mas diante dele (MARTY, 2006, p.130).

O fato de reconhecermos que a presença de manifestação de violência do adolescente expressa impasse em seu processo de subjetivação não explica porque vem aumentando a frequência e a intensidade de comportamentos violentos na adolescência. Buscando compreender o sujeito adolescente inserido no contexto social e cultural, recorreremos a alguns autores que ajudam a compreender os efeitos da realidade social no processo de subjetivação do adolescente e sua relação com a violência.

## **Contemporaneidade, família e adolescência**

Em acréscimo às explicações que enfatizam a dinâmica intrapsíquica própria da adolescência, a compreensão do aumento do fenômeno das passagens ao ato dos adolescentes deve levar em conta as particularidades do momento cultural e social da atual.

De acordo com Birman (2005), na sociedade contemporânea, impera o narcisismo e o princípio do prazer. Vivemos numa cultura que privilegia a satisfação imediata, nela o que importa é o momento. A liberdade individual assume o valor máximo. Nesse cenário, o eu está em questão o tempo todo, por intermédio dele se definem as relações entre o sujeito e o outro. Em consequência, enfraquecem as noções de alteridade e de diferença já que “o

que importa para a individualidade é a apropriação do corpo do outro para a expansão inflacionada do próprio eu” (BIRMAN, 2005, p. 246).

Essa situação vai favorecer a superficialidade das relações humanas. Sobre esse aspecto, Bauman (2001), por meio da metáfora da “fluidez”, explica que estamos vivendo em “tempos líquidos” que expõem a fragilidade dos vínculos humanos, o sentimento de insegurança e os desejos conflitantes decorrentes do sentimento de fortalecer os laços e também mantê-los frouxos. Como o adolescente se situa nesse cenário?

Consideramos, tal como Saviotto (2007), que esse contexto social dificulta a superação da experiência da adolescência, incrementando a situação de desamparo e a recorrência dos adolescentes a formas elementares de defesa, especialmente por meio da passagem ao ato. Portanto, a experiência de desamparo, revivida na adolescência como parte do próprio processo de “adolescer”, parece cristalizar-se no atual contexto social. Dessa forma, observamos adolescentes aprisionados numa situação dolorosa que os impulsiona a apelar de forma reiterada a recursos urgentes como as passagens ao ato.

Mais uma vez recorreremos às ideias de Bauman (2001) para ajudar a compreender que o que se passa na atualidade exacerba o desamparo na adolescência. Segundo o autor, vivemos um processo de liquefação, de derretimento dos sólidos estabelecidos, no sentido de um rompimento com o passado e a tradição. Ele considera que esse derretimento não deveria eliminar os sólidos, e sim abrir espaço para “novos e aperfeiçoados sólidos” dignos de confiança que pudessem tornar o mundo previsível e administrável. Porém, a substituição dos antigos sólidos por novos com alguma “solidez duradoura” jamais se concretizou. Em sua análise, Bauman diz que nesse processo de derretimento, as instituições tradicionais, como a família, “liquefizeram-se”, adquirindo caráter fluido, instável, volúvel, com forte tendência, portanto, à mutabilidade.

A análise de Bauman (2001) aponta ainda que a família atual reproduz a desproteção vivenciada na esfera cultural mais ampla. Partindo dessas colocações, acreditamos que a falta de referência familiar torna difícil

o trabalho de elaboração psíquica da violência interna e favorece a expressão da violência atuada.

Ainda sobre a família contemporânea, o estudo realizado por Savietto (2007) relaciona a problemática da cristalização do desamparo na adolescência às características particulares da família atual. Nesse estudo, a autora recorre a Roudinesco (2003) e Figueira (1987) para mostrar que estamos diante de uma configuração familiar na qual a questão da hierarquia que caracterizava a família tradicional já não está mais presente. Na família atual o poder encontra-se descentralizado e as escolhas são limitadas apenas pelo respeito a individualidade alheia.

Na família hierárquica os indivíduos eram definidos com base em sua posição, sexo e idade. Nela vigoravam numerosas idéias sobre o certo e o errado. Existia, portanto, uma relativa organização neste modelo familiar tradicional, um mapeamento. Homem e mulher percebiam-se como intrinsecamente diferentes, agindo de acordo com o que era tido como adequado a cada sexo; pais e filhos também se relacionavam ancorados na idéia da existência de diferenças intrínsecas (SAVIETTO, 2007, p. 444).

Levisky (2001) também considera que a confusão de papéis na família atual é fruto da ausência de hierarquia dos seus membros, o que gera uma indiferenciação entre pais e filhos. Para ele, a falta de clareza dos papéis promove uma desorganização interna e externa que é capaz de gerar um sentimento de insegurança no adolescente, que nesse momento, precisa ter ao seu lado um adulto para confrontá-lo em suas reivindicações e ajudá-lo a pensar e a se desenvolver.

Resgatando a discussão sobre a violência, os estudos de Marty (2006) mostram que a violência na adolescência precisa ser contida e dominada pelos investimentos nos objetos sociais. Para que isso aconteça, o adolescente necessita encontrar recursos e apoio narcísico provenientes dos adultos. Esse suporte somente poderá ser oferecido pelos adultos que não fraquejam em sua função e que podem auxiliar esse jovem a encontrar recursos internos e objetos socialmente valorizados que o ajudem a sair

da destrutividade interna que se externaliza pelos caminhos da violência.

Desse modo, compreendemos que o adolescente de hoje depara-se com a ausência de regras e referências estáveis. Ele encontra-se sozinho para fazer o que quiser nesse contexto que prima pela busca da liberdade individualidade e no qual é convocado a construir suas próprias referências, a elaborar as normas que regulam sua existência. Certamente, em concordância com Saviotto (2007), consideramos que o enfraquecimento das referências parentais gera mais que uma sensação de liberdade, um profundo sentimento de desamparo.

Assim, se hoje em dia a violência é tão atuada, talvez se deva ao fato de que o adulto e a sociedade vêm fracassando em sua função de suporte e referência para o adolescente e seu devir. De certa forma, a violência protagonizada pelos adolescentes revela antes de tudo seu desamparo, bem como a necessidade de intervenções adequadas às especificidades de seu desenvolvimento e funcionamento psíquico

## **Considerações finais**

As considerações advindas do campo da psicanálise apresentadas neste trabalho assinalaram duas vias de reflexão complementares da relação que se estabelece entre adolescência e violência nos dias de hoje. Uma dessas vias diz respeito àquilo que se dá mais no plano intrapsíquico em termos de constituição psíquica. Trata-se de reconhecer a dimensão da violência inerente a processo de subjetivação que está implicado na adolescência. Compreendemos que é preciso levar em consideração as particularidades do funcionamento psíquico dos adolescentes quando se quer entendê-lo. Nessa perspectiva, a violência em ato pode ser entendida como uma resposta à violência pulsional.

Entretanto, não concebemos um sujeito psíquico desarticulado da realidade. Assim, a análise da presença da violência na adolescência interpela o social, em especial as famílias e os pais de hoje. Nessa via que valoriza mais a vertente intersubjetiva do processo de subjetivação,

observamos o quanto tem sido difícil nos dias de hoje o posicionamento dos adultos frente aos adolescentes. De um modo geral, esses adultos podem ser responsabilizados pelo desamparo experimentados pelos jovens atualmente.

Em conclusão, consideramos que a recorrência da violência dos adolescentes retrata um sintoma social que assinala a falta de referências sociais e familiares que vêm tornando difícil o processo de elaboração psíquica, que atravessa em particular o momento da adolescência. Enfim, tal como Marin (2003), compreendemos que na adolescência “a violência não deixa de ser um grito que convoca o outro que falhou, o objeto amado/odiado que não pôde suportá-lo” (MARIN, 2003, p. 100).

## Referências

BAUMAN Z. *Vida líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

\_\_\_\_\_. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. Jovem em situação de pobreza, vulnerabilidades sociais e violências. In: ABRAMOVAY, M. *Escola e violência*. Brasília: UNESCO, 2002.

FIGUEIRA, S. A. O “moderno” e o “arcaico” na nova família brasileira: notas sobre a dimensão invisível da mudança social. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Uma nova família? O moderno e o arcaico na família de classe média brasileira*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987. p. 11-30.

LEVISKY, D. L. *Adolescência – reflexões psicanalíticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

\_\_\_\_\_. *Adolescência e violência: ações comunitárias na prevenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MARCELLI, D; BRACONNIER, A. *Adolescência e psicopatologia*. Porto Alegre: Artmed, 2007

MARIN, I. S. K. Violência e transgressão: interrogando a adolescência. *Rev. Latinoam. Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 3, p. 94-109, 2002.

MARTY, F. Adolescência, violência e sociedade. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. IX, p. 119-131, n. 1, jan/jun 2006.



MINAYO, M. C. S. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 6 (3), p. 278-292, jul/set 1990.

PINHEIRO, T. Narcisismo, sexualidade e morte. In: CARDOSO, M. R. (Org.). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Rio de Janeiro: NAU/FAPERJ, 2001. p. 69-79.

ROUDINESCO, E. *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

SAVIETTO, B. B.; CARDOSO, M. R. Adolescência: ato e atualidade. *Revista Mal-Estar Subjetividade*, Fortaleza, v. 6, n. 1, p. 15-43, mar. 2006. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482006000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 de jun. de 2011.

SAVIETTO, B. B. Passagem ao ato e adolescência contemporânea: pais “desmapeados”, filhos desamparados. *Rev. Latinoam. Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, ano X, n. 3, p. 438-453, set 2007.

Este livro foi composto para a Editora da Universidade do  
Estado de Minas Gerais - EdUEMG - e impresso na tipografia Georgia,  
corpo 10, entrelinha 15, em novembro de 2011.