

Os binômios normal-patológico | consciente-inconsciente no discurso da clínica psi

The binomial normal-pathologic and the binomial conscious-unconscious in the discourse from the psy field

Ana Cristina Costa Lima¹
Sandra Noemi Cucurullo de Caponi²

Resumo

O objetivo é analisar as diferenças entre os binômios normal-patológico | consciente-inconsciente, no contexto dos periódicos: *Revista Brasileira de Psicanálise* e *Revista de Psiquiatria Clínica*. Uma leitura crítica dessas revistas, a partir dos aportes teóricos de Foucault e Canguilhem e da leitura de especialistas atuais nesses autores, mostra de que modo os processos de subjetivação e normalização do sofrimento psíquico e dos comportamentos são desenvolvidos pela psiquiatria clínica e pela psicanálise no período estudado. Conclui-se que o discurso psiquiátrico construído em torno de uma visão biológica do normal e patológico limitou a complexidade epistêmica inserida no campo psi pela psicanálise.

Palavras-chave: Humanidades. Psiquiatria. Psicanálise. Normalidade.

Abstract

Our main objective is to examine the differences between the binomial normal-pathologic and the binomial conscious-unconscious in the contexts of the journals: *Revista Brasileira de Psicanálise* and *Revista de Psiquiatria Clínica*. A critical view of these journals from theoretical background of Foucault and Canguilhem, and from current scholars of these authors show how the process of constituting subjectivity and normalization of the psychic suffering and behaviors are developed by the clinical psychiatry and by the psychoanalysis during the studied period. We conclude that the psychiatric discourse, constructed around a biological view of the normal and pathological, has limited the epistemic complexity inserted in the psy field by psychoanalysis.

Keywords: Humanities. Psychiatry. Psychoanalysis. Normality.

1. Introdução

Na realização desse estudo, primeiramente se compreende que o processo

¹Professora do Mestrado em Ciências da Saúde e do Curso de Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: lima.anac@gmail.com.

²Professora do Departamento de Sociologia e Ciências Políticas. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: sandracaponi@gmail.com.



de medicalização transpassa todos os âmbitos da existência e suas manifestações e, em seguida, que esse processo naturaliza a normalidade como a ausência de patologias.

O discurso psiquiátrico construído em torno de uma visão biológica do normal e patológico (centrada no diagnóstico, remissão de sintomas e cura) limitou a complexidade epistêmica inserida no campo psi pela psicanálise. Uma leitura crítica da *Revista Brasileira de Psicanálise* e da *Revista de Psiquiatria Clínica* pode nos auxiliar a entender aspectos da visão reducionista da complexidade psicológica do ser humano, que na atualidade é majoritária no campo psi.

O campo psi é interdisciplinar e, de modo peculiar, a psiquiatria clínica e a psicanálise se constituem entre os saberes das ciências humanas e das ciências biomédicas. No sentido de analisar aspectos do campo, os principais autores estudados são das áreas de epistemologia, filosofia e ciências humanas, o que possibilita uma maior aproximação da compreensão das formações discursivas de cada área.

O artigo aborda parcialmente o conteúdo de tese de doutorado, que analisou artigos escolhidos da *Revista Brasileira de Psicanálise*, desde a primeira edição, em 1967, e da *Revista de Psiquiatria Clínica*, desde a primeira edição em 1972, até o ano de 2009. O foco do artigo são as diferenças entre os binômios normal | patológico e consciente | inconsciente nas abordagens na clínica psi.

2. Aspectos político-ideológicos

O contexto de passagem para o século XXI contrasta com os movimentos chamados por Foucault de insurreição dos saberes sujeitados, uma força essencial dos discursos e dos saberes que foram desqualificados pelo *status quo* científico ou erudito. Nos anos 1960-70, o discurso insurreto de médicos psiquiatras, psicanalistas, entre outros no campo psi, expressa uma contracultura, no caso, uma contraciência. Foucault diz no curso *Em defesa da sociedade* (aula de 7 de janeiro de 1976) que

nos últimos dez ou quinze anos, a imensa e prolífera criticabilidade das coisas, das instituições, das práticas, dos discursos; uma espécie de friabilidade geral dos solos, mesmo, talvez sobretudo, os mais familiares, os mais sólidos e mais próximos de nós, de nosso corpo, de nossos gestos de

todos os dias; é isso que aparece. Mas, ao mesmo tempo que essa friabilidade e essa espantosa eficácia das críticas descontínuas e particulares, locais, descobre-se por isso mesmo, nos fatos, algo que talvez não estivesse previsto no início: seria o que se poderia chamar de efeito inibidor próprio das teorias totalitárias, quero dizer, em todo caso, das teorias envolventes e globais (FOUCAULT, 1999a, p. 10).

Essas críticas locais descrevem os movimentos de contestação à ordem estabelecida, de saberes desqualificados pelo poder das ciências. Segundo Foucault, "uma insurreição, sobretudo e acima de tudo contra os efeitos centralizadores de poder que são vinculados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa" (FOUCAULT, 1999a, p. 14). Ele está se referindo à institucionalização dos saberes, dos discursos científicos, seja na universidade, no aparelho político ou mesmo na psicanálise inserida esta nas políticas públicas francesas. "É exatamente contra os efeitos de poder próprios de um discurso considerado científico que a genealogia deve travar o combate" (FOUCAULT, 1999a, p. 14). A genealogia, neste contexto, seria o processo de propiciar o caminho inverso, ou seja, "uma espécie de empreendimento para dessujeitar os saberes históricos e torná-los livres" (FOUCAULT, 1999a, p. 15).

A partir desse dispositivo de poder-saber destacado por Foucault, passemos a traçar em linhas gerais a instalação da psiquiatria no Brasil, no modelo europeu de isolamento social como prática terapêutica, desde a fundação do primeiro manicômio, em 1852, no Rio de Janeiro.

É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria. Do processo de medicalização da sociedade, elaborado e desenvolvido pela medicina que explicitamente se denominou política, surge o projeto de patologizar o comportamento do louco, só a partir de então considerado anormal e, portanto, medicalizável (MACHADO et al., 1978, p.376).

Somente nos anos 1960-70 haverá uma mudança substancial nos modos de se fazer clínica no campo psi, ou talvez se possa dizer que, somente nesse período, efetivamente, a clínica psi se desenvolve no Brasil. E é nesse período e lugar que se inicia o presente estudo.

Em 1961, foi legislada uma nova profissão e a abertura de faculdades de psicologia, e expandiu-se a psicanálise nas grandes cidades por meio da criação e crescimento das sociedades e institutos de psicanálise. Estas foram incrementadas tanto por psicólogos como também pela imigração de psicanalistas argentinos, por

causa da ditadura instalada naquele país, em 1976 (MEZAN, 2002, p. 223). A psiquiatria, no mesmo período, passou a clinicar nos consultórios e ambulatórios, em parte devido à expansão dos psicotrópicos, seja em substituição à internação ou abrindo novas frentes de medicalização aos sofrimentos psíquicos. Nesse contexto, o paciente da clínica psiquiátrica poderia ser, hipoteticamente, o mesmo da clínica psicanalítica.

Concomitantemente, em resistência, o movimento antimanicomial ou luta antimanicomial (desde os anos 1970) é um dos saberes insurretos de maior expressão no campo psi, com forte influência de Franco Basaglia. O outro grande movimento no campo psi foi o de grupos reichianos, principalmente nas décadas de 1970-80.

A insurreição dos saberes sujeitados foi abafada em seguida, tanto na Europa como no Brasil, como resposta das ciências financiadas pelo complexo médico-industrial. E, assim, após 35 anos do curso de Foucault, *Em defesa da sociedade* (1999a), percebe-se a necessidade de reavaliar como a psicanálise está inserida no contexto atual. Se naquele momento ela representou na concepção dos movimentos insurretos as instituições dominadoras, não seria possível olhar da mesma maneira no momento atual e no Brasil, em que o campo psi é majoritariamente definido pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

Acrescenta-se que nas últimas décadas, tem-se constatado um declínio da procura por psicanálise e psicoterapias e um incremento da demanda pelo consultório do psiquiatra (FREY et al., 2004; OSÓRIO; FLECK, 2005).

Na atualidade, em um espaço de hegemonia da medicalização normalizadora, seria a psicanálise um discurso com potencial de relativização do fazer clínico? A partir dessa questão, segue a discussão sobre as especificidades da clínica no assujeitamento ou dessujeitamento na atualidade, por meio dos aportes epistêmicos, quais sejam os binômios normal | patológico e consciente | inconsciente, de que se valem a psiquiatria e a psicanálise, respectivamente.

Inicialmente, é necessário delimitar o contexto de uso da palavra clínica e terapeuta, esta relacionada à função de cuidar e curar doentes é usada mais comumente para psicanalistas e psicoterapeutas. Mas consideremos, com Foucault e Deleuze, a clínica psi englobando a prática de médicos, psicólogos e psicanalistas.

A clínica não remete absolutamente às práticas médica e neurológica; remete às práticas psiquiátrica e psicanalítica, pois são essas as referências clínicas que encontramos na obra de Deleuze. No campo da filosofia contemporânea, parece-me que apenas Foucault se interessou intensamente por psiquiatria e psicanálise, tendo realizado uma das obras maiores sobre a arqueologia da clínica médica (BIRMAN, 2000, p. 463).

A clínica psi, como delimitada acima, passa por um momento delicado e fazer falarem os discursos de psiquiatras e psicanalistas em revistas científicas é uma maneira de evidenciar as diferenças de uma e outra clínica psi.

3. Os binômios normal-patológico | consciente-inconsciente na experiência clínica

3.1. A normatividade social e o sofrimento psíquico

Falar na clínica psi abre um debate entre o desejo da norma e o sofrimento do ser humano. Le Blanc (2007) parte da convicção de que existem diversas normalidades e que a norma admite desvios. Por meio do discurso da psicanálise, ele explica a formação do sujeito submetido a uma normatividade social. O autor compreende por meio da psicanálise que a criança se torna um sujeito na dinâmica entre inconsciente, eu e supereu e traz em si um desejo contra a norma. Desse modo, a normalidade teria sua origem em uma violência inicial na formação do eu e o homem normal seria um normopata, um homem doente da norma.

Pergunta-se, então, Le Blanc, especialista em Foucault e Canguilhem, onde está esse ser humano normal: não existe. A normalidade é simplesmente um padrão que não é ninguém e exige de cada um e de todos a busca do modelo que se configura entre uma norma majoritária e uma norma minoritária, sendo que esta se expressa nas experiências de desprezo social destinadas a alguns grupos e indivíduos excluídos das condições básicas de vida de um cidadão.

Le Blanc pondera que as operações de formação do si mesmo se dariam por meio do assujeitamento, que compreende a subjetivação, e da individuação, o que nos coloca diante de um paradoxo, pois como se pode ao mesmo tempo um sujeito ser subjetivado e processar uma individuação. Essa complexidade do ser da norma se expressa e se explica no espaço de articulação entre um sujeito real e um sujeito exemplar.

Segundo Le Blanc, Canguilhem rompe o modo de olhar as relações do vital e
Cad. de Pesq. Interdisc. em Ci-s. Hum-s., Florianópolis, v.14, n.104, p.47-66, jan/jul 2013

do social, ao indicar que obedecem a duas perspectivas incomensuráveis. Em toda sociedade se constrói uma cultura e sua normatividade, que em termos individuais e coletivos possibilita uma liberdade subjetiva, em uma dialética entre o social e o vital. A «resistência» é a ressignificação da liberdade subjetiva, da própria experiência da subjetividade, da possibilidade de individuação e de formação de novas normatividades. Há uma ligação decisiva entre a afirmação da subjetividade e a ação de «resistência» (LE BLANC, 2002, p. 252).

Em um segundo enfoque de Canguilhem, a normalização diferentemente da normatividade, é assinalada pela sua arbitrariedade social, sua ausência de conexão com a vida. As normas sociais funcionam como regras de medida que repartem os comportamentos, qualificando-os em normais e patológicos. Desse modo, a normalização parte de decisões externas ao objeto normalizado, supondo uma intenção normativa. Pela perspectiva vital, em que se constitui a normalidade social, a vida é sujeito necessário de suas normas, segundo a perspectiva social, a sociedade é sujeito contingente de suas normas, de sua normalização.

Canguilhem se afasta do pensamento de Foucault, que enfatiza a eficácia das normas sociais para respostas normativas produzidas pelos seres humanos. As normas sociais, como solicitam a adesão dos indivíduos às regras que enunciam, constituem um dispositivo, um diagrama pelo qual os indivíduos, medidas avaliadas, são assujeitados (LE BLANC, 2002, p. 255).

As normas, em Foucault, constituem a racionalidade da sociedade, de acordo com os valores econômicos e por meio das técnicas disciplinares, portanto, aproximam-se da perspectiva social, descrita acima. Entre as metas se pode destacar a produtividade no trabalho e a aceitação das próprias normas majoritárias, que oprimem o sujeito. O modo de expressão do sofrimento humano estaria, assim, relacionado ao processo de subjetivação social, por meio de uma microfísica de poder, através do psiquismo na formação do sujeito e da força de trabalho. O reconhecimento de si e dos outros, que se dá pelas regulações sociais, está diretamente ligado ao que se define como normalidade (FOUCAULT, 1980, 1991).

Para Canguilhem, a atitude do ser humano diante da vida é uma experiência dinâmica que interliga biológico, social e existencial em um tempo histórico. Essa complexidade é reduzida pelo binômio normal | patológico. A clínica do sofrimento do homem normal se desenvolve nos interstícios entre normal e patológico, que passa pelo "risco de procurar basear a significação fundamental do normal por meio de uma análise filosófica da vida compreendida como atividade de oposição à inércia e à indiferença" (CANGUILHEM, 2006, p. 198).

Mas a clínica médica não é unicamente um construtor de normalidade, ela sustenta uma referência do estado normativo, que apresenta uma ambiguidade de sentido ao termo normal, que ora se refere a uma média estatística, ora a um ideal de perfeição. A clínica psiquiátrica promove uma teorização no campo psi e não o contrário. Não nascem no laboratório as especificidades da clínica, pelo contrário, a psiquiatria se inicia dentro do social, tomando uma posição política ao medicalizar o anormal (o que não cumpre a normalização, no sentido de Canguilhem, e/ou destoa da normalidade, como compreende Foucault). Por exemplo, a medicalização da masturbação no século XIX está ligada à moralização da sexualidade naquela sociedade europeia e a sua codificação etiológica cria patologias e seus doentes. A culpa ou a crença de que a masturbação causa doenças contribuiu para o processo de adoecimento psicológico e físico (FOUCAULT, 2002a, p. 304-305).

Nesse sentido, a construção classificatória de psicopatologias é formadora de subjetividades na construção de doentes. Nesse sentido, Hacking (2000) desenvolveu o conceito de doenças transitórias e as etapas de construção de psicopatologias, que afetam as subjetividades em um tempo e espaço específicos.

Existe hoje certo consenso sobre as dificuldades implícitas na multiplicação e proliferação de novos diagnósticos psiquiátricos (CONRAD, 2007; HORWITZ, 2002; LANE, 2007). Essas classificações, relacionadas prioritariamente a comportamentos socialmente indesejados, permitem que quase todos os nossos sofrimentos e condutas sejam redefinidos em termos médicos. As fronteiras entre o normal e o patológico parecem ter-se tornado cada vez mais ambíguas, móveis e instáveis (CAPONI, 2009, s/p).

Assim, não é de uma história dos fatos da loucura e do progresso científico que se trata, pois a ciência não deixa de ser uma construção sócio-histórica, e no campo psi a experimentação clínica tem suas especificidades. Se a clínica psiquiátrica desqualifica a palavra, quer dizer, desqualifica o sujeito da clínica, em outra perspectiva da constituição do método clínico, a psicanálise se constrói pela escuta do ato de enunciação, ou seja, configura o ato da fala em um binômio consciente|inconsciente. Portanto, é por meio da interpretação da relação terapeuta-paciente, que se analisam os meios psicológicos utilizados pelo paciente.

O sofrimento, em nome do qual o paciente vem se consultar, só é analiticamente tratável no momento de sua inserção e determinismo no mal-estar da situação analítica. Isto pelo próprio jogo da regra fundamental que é a interpretação primeira. Ao convidar o analisando a falar, o analista desloca para a origem do sofrimento, do qual se queixa o paciente, para o lugar do discurso antecipado das sessões de psicanálise. Desde aí, a natureza e a estrutura da situação analítica serão os recursos da nossa ação e da sua teorização (GORI, 1998, p. 40).

Não há espaço na epistemologia moderna para o caráter metafórico e poético de uma teoria, em uma tática de desqualificação do saber, como se opera em relação à psicanálise, pela destituição da prova pela palavra (GORI, 1999, p. 285-318). Nessa articulação externalizada do poder-saber da medicina, o sofrimento psíquico é reprimido, impedindo a potencialidade de elaboração do si mesmo. O homem normal sofre de uma angústia que não reconhece, por ser um sujeito que se reconhece pela exterioridade da norma, pelo próprio desejo da norma.

No entanto, se a adaptação é uma condição para o assujeitamento, é também uma condição para a criatividade, pois a vida psíquica está relacionada ao pertencimento a um grupo. O sofrimento é intrínseco à vida e ao ser, isso reconhecido está dado um passo para a possibilidade de se resgatar ou até preservar a criatividade e a possibilidade de o sujeito romper sua condição de assujeitado.

É por isso que uma clínica do sofrimento psíquico não pode consistir, simplesmente, em aliviar o indivíduo em si, dando-lhe os meios de se readaptar às normas em vigor em uma sociedade. Ela não é uma técnica de readaptação, mas, sobretudo, um protocolo de ajuda, emergindo do interior de um sofrimento, destinado a sustentar novamente uma criatividade da vida psíquica e, também, suscitar, não as condições de uma vida normal, mas de uma vida que mesmo que guiada dentro das normas, consiga criar, a partir de sua relação com as normas, enfim assumidas e, assim, tornar-se criativo, de agora em diante algo desejado (LE BLANC, 2007, p. 134).

As clínicas da psiquiatria e da psicanálise, portanto, mostram suas diferenças conceituais, que se revelam nos discursos das revistas e a análise de alguns excertos será no sentido de deixar à mostra os modos de compreender o ofício, propriamente dito, de clinicar.

3.2. O objeto da clínica no contexto da *Revista de Psiquiatria Clínica*

Sem os conceitos de normal e patológico, o pensamento e a atividade do médico são incompreensíveis (CANGUILHEM, 2009, p. 200).

Na psiquiatria, se não houve profundas mudanças no método clínico com o fim das neuroses e início da era dos transtornos definidos em manual – DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), nas edições: DSM-III (1980), DSM-IV (1994) e DSM-IV-TR (2000), parece que foi se perdendo o interesse em falar do fazer clínico e os artigos, ao longo dos anos 1980, mas com muito mais vigor desde os anos 1990, tratam dos resultados de pesquisas, que possam contribuir para o diagnóstico de transtornos mentais. Pouco ou quase nada se escreveu na *Revista de psiquiatria clínica*, sobre a dinâmica de consultório e o outro, o sujeito da clínica.

3.2.1. O psiquiatra e o homem típico

A normatividade social se expressa de maneira exemplar na *Revista de psiquiatria clínica*, por meio do editorial "A dimensão humanística na prática médica" (1975), como se pode perceber no seguinte excerto.

Quando o médico dispõe de um momento de lazer, aproveita-o para a atualização dos conhecimentos da especialidade, de acordo com um dever convencional de ofício. Depois do jantar, fatigado e sonolento, apenas consegue folhear uma revista ilustrada, assistir um programa simplório de televisão e, nas noites de mais inspiração heróica, condescende em levar a esposa ao cinema, desde que o filme seja cômico ou de 'bang-bang' (RIBAS, 1975, s/p).

Esse é o típico profissional que trata o “paciente como máquina”, vive no “corre-corre da clínica”, porta-se como um técnico, seja ao prescrever medicamentos ou até como psicoterapeuta ou psicanalista, “com o paciente no divã, associações automáticas de ideias e interpretações estereotipadas (SIC), à base de complexo de Édipo, sentimento de culpa e outros *slogans*, torna o homem mais ou menos coisificado”. Esse médico típico, segundo o autor, o psiquiatra e o psicanalista, seria o homem normal no mundo da medicina e o homem médio, aquele que cumpre um perfil das normas, encaixado a um modelo social de médico especialista, dedicado ao máximo, especialista e estudioso, e homogeneizado em seus esquemas mentais.

As normas sociais [...] constroem uma sequência comum entre uma novela televisiva, uma conduta profissional valorizada, um divertimento e uma cena da vida amorosa, forjando os tipos de atitudes, de comportamentos, que são como tal respostas normais e, assim, comumente preferidas às outras e aparecem como portadoras de uma normalidade que outras respostas não têm (LE BLANC, 2007, p. 40).

Em outro trecho do editorial, é possível situar melhor sobre a visão do psiquiatra sobre cultura e humanismo.

Se o médico não houver adquirido a vivência do atual contexto sociocultural, ao tumulto da vida fora do consultório e do hospital, através da leitura, da arte e da meditação à margem da medicina, como poderá compreender e assistir, por exemplo, um jovem de hoje, com a gíria, o palavrão, a barba, o traje unissex, a maconha, a promiscuidade sexual? Ainda será um tipo normal? Apenas um marginal? Já um criminoso? Um psicopata? (RIBAS, 1975).

A preocupação não é sobre um possível vazio existencial ou a mediocridade e vulgaridade no *modus vivendi* do médico, mas a atualização do especialista, de modo a que este possa acompanhar as mudanças sociais e melhor distinguir o normal do patológico. O que chama de humanismo é uma disciplinarização do lazer do médico, para que possa exercer seu ofício com maior destreza. Tudo leva a crer que a intenção é azeitar a máquina e não deixar de ser uma.

Todo humanismo ou se funda numa metafísica ou se converte a si mesmo em fundamento de uma metafísica. Toda determinação da Essência do homem, que já pressupõe, em si mesma, uma interpretação do ente sem investigar – quer o saiba quer não – a questão sobre a Verdade do Ser, é metafísica. Por isso, a característica própria de toda metafísica – e precisamente no tocante ao modo em que se determina a Essência do homem – é ser «humanista» (HEIDEGGER, 1967, p. 37).

Por essas poucas palavras de Heidegger, podemos perceber que a intenção do psiquiatra não passa nem perto de qualquer compreensão de humanismo, está de maneira tosca promovendo a criação de uma comissão para os psiquiatras se instrumentalizarem de maneira adequada para o exercício moral de sua clínica.

Há um fio que perpassa a maioria dos artigos da *Rev. psiquiatr. clín.* de reafirmação da moral ligada ao normal, o que dá quase no mesmo que dizer que há uma medicalização dos comportamentos, pois o que não é normal é patológico.

3.2.2. A relação médico-paciente

Bastos, na *Revista de psiquiatria clínica*, (1976) classifica como "paciente difícil", principalmente, aquele que não responde às expectativas diagnósticas do médico psiquiatra, seja pelo erro diagnóstico, como por não aderir ao tratamento determinado. Afirma que todo paciente é difícil pela complexidade da personalidade humana e pela doença que a altera. Isso me lembra *O nascimento da clínica* (2006), onde Foucault diz que a doença tem seu curso e que o doente é o meio para que ela se desenvolva. Não é a pessoa que sofre o centro da atenção, mas reafirmar a razão imposta pela técnica pelo saber médico.

Mais recentemente, a abordagem principal do artigo "Relação médico-paciente e iatrogenia", na *Revista de psiquiatria clínica*, (1993, p. 55-58), é sobre o despreparo do médico para a abordagem clínica. Carmita Abdo coloca que a iatrogenia é uma preocupação interna à medicina, mesmo que uma minoria se lance a resolvê-la.

[...] opiniões, pontos de vista, expectativas e predisposições de um experimentador ou entrevistador, ainda que nunca manifestadas, exercem efeito definido no comportamento do indivíduo pesquisado – seja ele um homem ou um rato – foram apresentados por Rosenthal (1966). No entanto, a dificuldade em combatermos concretamente, e respaldados na teoria, o fenômeno iatropatogênico se mantém ainda em nossos dias. [...] apesar dos conhecimentos teóricos, da prática e da capacidade de racionalizar adquiridos ao longo dos anos de profissão, o médico não consegue se proteger de todo contra a angústia oriunda do contato com determinados pacientes (ABDO, 1993, p. 55).

Esses excertos mostram preocupações com a postura do médico, mostram que há um alvo a alcançar, qual seja o de minimizar o que chama de fenômeno iatrogênico, por meio de modificações na formação dos médicos. O médico deve se basear em teorias, pesquisas científicas e a racionalidade referente à doença e seu tratamento, olhando a angústia de fora para dentro, da razão para a desrazão.

A autora afirma que não vem sendo ensinado na formação como deve ser o envolvimento do médico e propõe a organização de um arcabouço teórico e um modelo de análise da comunicação médico-paciente mais pragmático e menos especulativo.

A relação médico-paciente é uma preocupação do médico, seja ao considerar o paciente um problema, mas principalmente ao constatar problemas na comunicação entre médico e paciente, questionamentos sobre a dinâmica na clínica. No entanto, não encontrei na *Revista de psiquiatria clínica* algum artigo crítico em relação à postura de observador externo da clínica.

3.3. O sujeito na clínica no contexto da *Revista Brasileira de Psicanálise*

A formação de psicanalista referida nos artigos da *Rev. bras. psicanál.* é aquela realizada pelos Institutos de Psicanálise, ligados às sociedades associadas à Febrapsi, por sua vez filiada à Associação Internacional de Psicanálise (IPA). Algumas delas só aceitam médicos, mesmo que reconheçam, como Freud, que o ofício de psicanalista não é da ordem de conhecimento da medicina.

3.3.1. A sessão psicanalítica

Na *Revista brasileira de psicanálise* são numerosos os artigos descritivos da sessão analítica e de análise do processo relacional estabelecido na sessão.

A situação analítica é uma situação social artificial, onde se estabelece o relacionamento entre paciente e analista, e em cujo palco o primeiro dramatiza e revive seus conflitos emocionais objetivados no analista, enquanto este se ocupa em traduzir as vivências em termos de pensamento e conhecimento (BICUDO, 1971, p. 503).

A sessão psicanalítica é a unidade de tratamento e uma experiência única (CÉSIO, 1975, p. 183-4). É um encontro entre duas pessoas em que cada uma tem um papel definido, que se estabelece por meio de um contrato terapêutico, em que o terapeuta estipula o tempo de duração de sessão, periodicidade, honorários do psicanalista e responsabilidades de cada um.

O paciente é a razão do estabelecimento do contrato e a psicanálise é iniciada, se cumprido o método estabelecido por Freud, por meio da associação livre, que teria maior eficiência com o uso do divã, que "tem por objetivo limitar os estímulos sensoriais, limitação que tende a criar as melhores condições para a análise de transferência por proporcionar uma situação de relaxamento do controle racional" (CÉSIO, 1975, p. 185).

A posição a tomar junto ao paciente é de simplesmente ficar ouvindo sem dirigir a mente ou ocupá-la com especulações e sem se preocupar se está retendo algo, mesmo se o que vem do paciente dá impressão de obscuro, ininteligível e mesmo desconexo, beirando o caótico (WERNECK, 1979, p. 146).

A escuta do psicanalista é apreendida em uma longa e complexa formação e ao longo da própria prática. Deve desenvolver uma capacidade específica para compreender a experiência transferencial e criar a interpretação. A formação é composta de análise pessoal, cursos teóricos e prática, com supervisão de caso. Para alguns dos autores, os cursos só deveriam ser iniciados após o candidato já ter certo conhecimento de si próprio, conforme se espera seja alcançado no desenrolar da análise. Essa posição pretende preservar o aprofundamento na análise pessoal e evitar resistências que possam se desenvolver pela "intelectualização estimulada pelos cursos e as interferências provocadas pelos contatos no Instituto e Sociedade como outros candidatos e com analistas em geral, inclusive o seu próprio" (WERNECK, 1979, p. 157).

Estabelecido que a relação na clínica é a própria condição da análise, vamos olhar alguns artigos sobre o método psicanalítico. É preciso diferenciar método de técnica. No artigo da *Revista brasileira de psicanálise* (2000, p. 111-130), Baptista desenvolve um raciocínio indutivo até chegar a uma síntese, como segue:

O objeto da psicanálise é a transferência considerada segundo dimensões puramente sincrônicas vividas pelo homem em condição de análise, transferência e condição de análise geradas pela aplicação do método interpretativo e seu corolário; o método psicanalítico é o método interpretativo quando aplicado sincronicamente à transferência do homem em condição de análise. O objeto da psicanálise estará, sempre, em condições de receber a aplicação de qualquer técnica psicanalítica (BAPTISTA, 2000, p. 125).

Ressaltando o artigo do colega, na *Revista brasileira de psicanálise* (2003, p. 355-363), Luiz M. Machado acrescenta algo muitas vezes reafirmado nos artigos, que método e pesquisa em psicanálise, desde Freud, caminham juntos.

Enquanto ciência que estuda o aparelho psíquico, a psicanálise define o seu objeto como sendo o inconsciente. Em outras palavras, é uma disciplina que estuda as formas de armazenamento da memória inconsciente e seus deslocamentos pelas cadeias de significantes intra-sistêmicos. Não por acaso a este fenômeno representacional, Freud também chamou de transferência (MACHADO, 2003, p. 362).

A psicanálise, portanto, é uma terapia pela palavra com o foco no binômio consciente|inconsciente, que cria um espaço-tempo próprio e um método de interpretação do eu e do outro, em contínua relação como condição de ser nada mais que humano. Essa é uma diferença crucial entre o entendimento da normatividade social e a função do terapeuta. A psicanálise é um processo de compreensão de si em interação com o outro, enquanto a psiquiatria é uma prática médica em que não há interação, há uma reafirmação da normalização e a terapêutica tem como intenção adequar o paciente à normatividade vigente.

3.3.2. Subjetividade, objetividade e neutralidade

A *Revista brasileira de psicanálise* (1997) dedica um número ao tema subjetividade/objetividade, do qual apresento alguns excertos, de maneira não a marcar as posições deste ou daquele psicanalista, mas com a intenção de dar uma ideia geral do que foi escrito.

A psicanálise, em sua originalidade, é constituída graças a um corte epistemológico que faz dela uma ciência pós-paradigmática, inteiramente diferente de todas as outras. Trata-se do mais profundo de todos os cortes, uma vez que atinge simultaneamente o sujeito e o objeto do conhecimento. Graças ao processo analítico que a caracteriza, a psicanálise introduz uma cesura (*Caesura*) no próprio sujeito, que se apresenta, de um lado, como sujeito do consciente e, de outro, como sujeito do inconsciente (REZENDE, 1997, p. 305).

Destaco, no excerto acima, a questão da ruptura epistêmica da psicanálise ao binômio normal|patológico e a mudança de foco para o binômio consciente|inconsciente.

Ainda dentro do tema subjetividade/objetividade, Ruth Froimtchuk aborda a questão da neutralidade na situação analítica, em uma dimensão ética e, assim, propõe se distanciar de uma neutralidade da ideologia "cientificista", de "fé inabalável na pureza e transparência do analista" ou na "crença onipotente no poder da ciência de levar o homem à posse da verdade e, daí, à felicidade" (1997, p. 324).

Conclui que não é mais possível tratar a neutralidade do analista como uma ausência de subjetividade. A neutralidade, nesse sentido, de impessoalidade, é uma utopia científicista. A conduta do analista é do campo da ética. "A função do analista é reconhecer a potência das forças irracionais presentes nesse encontro e a existência de uma assimetria que favorece a relação de poder de um sobre o outro" (FROIMTCHUK, 1997, p. 332). De maneira concisa, resume o objetivo da psicanálise e o ofício do analista.

A psicanalista compreende que toda ciência humana é processual e não cabe sustentar uma ideia de verdade científica, a ciência humana "participa das condições históricas e sociais, ela não é isenta de valorações e ideologias" (FROIMTCHUK, 1997, p. 329). Não existe "objeto real", que "só se torna científico quando pensado por uma teoria. Assim sendo, o fato não é neutro, porque de algum modo envolve o observador" (FROIMTCHUK, 1997, p. 330).

Pode-se, portanto, fazer um paralelo com a análise arqueológica de Foucault (2002b), em que são destacadas três dimensões no campo epistemológico moderno: das ciências matemáticas e físicas, das ciências da vida, do trabalho e da linguagem e da reflexão filosófica, que podem se desenvolver em relação de formalização do pensamento com a dimensão científica da vida, do trabalho e da linguagem, que por sua vez se intercomunicam por meio de relações causais e constantes de estrutura com a primeira dimensão (FOUCAULT, 2002b, p. 479-480).

Considera que as ciências humanas são excluídas dessas dimensões do domínio da «épistémè», ao mesmo tempo em que são incluídas, pois se constituem nos interstícios desses saberes, articulam relações entre o pensamento e a formalização, adentrando os modos de ser da vida, do trabalho e da linguagem.

Facilmente se acredita que o homem liberou-se de si mesmo, desde que descobriu que não estava nem no centro da criação, nem no núcleo do espaço, nem mesmo talvez no cume e no fim derradeiro da vida; mas se o homem não é mais soberano do reino do mundo, se já não reina no âmago do ser, as «ciências humanas» são perigosos intermediários no espaço do saber. Na verdade, porém, essa postura mesma as condena a uma

instabilidade essencial (FOUCAULT, 2002b, p. 481).

Lagrange (2008-9) lembra que na *História da Loucura*, Foucault ressalta que Freud teria o mérito de restaurar a relação concreta entre terapeuta e paciente, por meio da qual se permitiria reviver a experiência da loucura através da linguagem. Em momento anterior, em *Introdução a Binswanger* (2001, p. 93-147), de 1954, Foucault mostra como a linguagem é um elemento dialético, que constitui um conjunto de significações da existência.

Em *História da loucura* (1999b), Foucault coloca a psicanálise na passagem do olhar sobre a loucura, pela observação e classificação, para a linguagem. Em suas breves referências ao método da psicanálise transmite a ideia de uma relação de poder-saber tão eficaz sobre os corpos como a da psiquiatria, referindo-se, por exemplo, à centralização na família e ao sentido da confissão da loucura. Em *As palavras e as coisas*, de 1966, analisa a psicanálise em sua potencialidade de religar ser e linguagem, o que fora mascarado pela psicologia desenvolvida no século XIX.

A psicanálise, no entanto, institui uma linguagem transgressiva, "Freud institui nas ciências humanas uma nova bipolaridade da consciência e do inconsciente, que sucede às bipolaridades da norma e da regra, realizando a bipolaridade significação/sistema" (LE BLANC, 2005, p. 80).

4. Considerações finais

A leitura dos artigos da *Revista Brasileira de Psicanálise* e da *Revista de Psiquiatria Clínica* possibilitou uma visão mais clara dos dois modos de entender o sofrimento psíquico e de lidar com ele. O método de analisar as práticas discursivas da psiquiatria clínica e da psicanálise no universo dos discursos analisados, que representam cada um a sua institucionalidade e se refletem nos pontos de vista dos autores dos artigos, possibilitou percorrer os interstícios das práticas, no que tange a dinâmica da clínica e as «épistémès» de uma e outra área.

Os artigos dos psicanalistas possibilitaram não só entender um pouco mais do ofício como de diferenças epistêmicas em relação à psiquiatria. E os psiquiatras mostram suas preocupações com o alvo na patologia, em busca da normalidade, que se expressa no homem típico.

Destaca-se, portanto, o que a psicanálise inseriu no campo psi na modernidade e mostra fôlego em tempos pós-modernos. É no encontro terapêutico que os *insights* se revelam, mas a mudança é pessoal, a decisão não é um cerceamento, nem tampouco uma pedagogia, uma intimidação ou uma disciplinarização. A norma como fator da própria existência cultural está fora e dentro da sessão, mas não é um instrumento de sugestão na terapêutica. A psicanálise trabalha a palavra, por meio de uma linguagem simbólica, que possibilita a abertura à alteridade.

Fica, assim, o desafio do confronto entre as duas mais poderosas formas de exercício da clínica no campo psi, cuja força vai para além da clínica, pela influência de uma e outra nos modos de se pensar a sociedade, pela mediação dos saberes que esta reconhece como válidos.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. Relação médico-paciente e iatrogenia. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo: IPq-HCFMUSP, v. 20, n. 2, p. 55-58. 1993.

BAPTISTA M. L.A. O método psicanalítico e o objeto da psicanálise. **Revista brasileira de psicanálise**, São Paulo: FEBRAPSI, v. 34, n. 1, p.111-130. 2000.

BASTOS, F. O. O paciente difícil. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo: IPq-HCFMUSP, v. 5, n. 4, p.131-141. 1976.

BIRMAN, Joel. Os signos e seus excessos, a clínica em Deleuze. In ALLIEZ, Éric (Org.). **Gilles Deleuze: uma vida filosófica**. São Paulo: Editora 34, 2000. p. 463-478.

CANGUILHEM, Georges. **La connaissance de la vie**. Paris: J. Vrin, 2009.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. SP/RJ: Forense Universitária, 2006.

CAPONI, Sandra. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis Revista de Saúde Coletiv**, Rio de Janeiro: IMS-UERJ, v. 19, n. 2, p. 529-549. 2009.

CÉSIO, F. R. A sessão psicanalítica. **Revista brasileira de psicanálise**, São Paulo: FEBRAPSI, v. 9, n. 2, p. 183-192. 1975.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**, a vontade de saber. 4. ed, v. 1. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**, história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes. 1991.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999a.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999b.

FOUCAULT, Michel. **Dits et écrits I. 1954-1975**. v. I. Paris: Quarto Gallimard, 2001a.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2002a.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas**, uma arqueologia das ciências humanas. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002b.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FREY; MABILDEB; EIZIRIK. A integração da psicofarmacoterapia e psicoterapia de orientação analítica: uma revisão crítica. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 26, n. 2, p.118-123. 2004.

FROIMTCHUK, R. L. A neutralidade na situação analítica. **Revista brasileira de psicanálise**, São Paulo: FEBRAPSI, v. 31, n. 2, p. 323-338. 1997.

GORI, Roland. **A prova pela fala**. São Paulo: Escuta, 1998.

GORI, Roland. La destitution de la preuve par la parole dans les sciences modernes. *In* GORI, R. ; HOFFMANN, C. **La science au risque de la psychanalyse, essai sur la propagande scientifique**. Ramonville Saint-Agne: Ed. Érès, 1999. p. 285-318.

HACKING, Irving. **Múltipla personalidade e a ciência da memória**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2000.

HEIDEGGER, M. **Sobre o humanismo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967.

LAGRANGE, Jacques. Versions de la psychanalyse dans le texte de Foucault. **Revue Incidence**, n. 4-5. 2008-2009.

LE BLANC, Guillaume. **Canguilhem et la vie humaine**. Paris: PUF, 2002.

LE BLANC, Guillaume. **L'esprit des sciences humaines**. Paris: J. Vrin, 2005.

LE BLANC, Guillaume. **Les maladies de l'homme normal**. Paris: J. Vrin, 2007.

MACHADO, L. M. A preservação do método, ante as dificuldades atuais. **Revista**

brasileira de psicanálise, São Paulo: FEBRAPSI, v. 37, n. 2-3, p. 355-363. 2003.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma**, medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MEZAN, Renato. **Interfaces da psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

OSÓRIO, C.; FLECK, M. A. Psicoterapia e psicofarmacoterapia. In: EIZIRIK et al. (Orgs.). **Psicoterapia de orientação analítica**, fundamentos teóricos e clínicos. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2005. p. 406-423.

REZENDE, A. M. de A relação 'sujeito-objeto de conhecimento' na filosofia e na psicanálise. **Revista brasileira de psicanálise**, São Paulo: FEBRAPSI, v. 31, n. 2, p. 295-308. 1997.

RIBAS, J. C. A dimensão humanística na prática médica (editorial). **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo: IPq-HCFMUSP, v. 4, n. 2. 1975.

WERNECK, L. Supervisão como método para aprender a analisar **Revista brasileira de psicanálise**, São Paulo: FEBRAPSI, v. 13, n. 2, p. 143-160. 1979.

Artigo:

Recebido em: 21/06/2013

Aceito em: 15/07/2013