



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

MARISA CUNHA MARQUES

**A ANGÚSTIA NO “TRANSTORNO DE PÂNICO”:
UMA SAÍDA PROVISÓRIA DO DISCURSO CAPITALISTA**

Salvador
2021

MARISA CUNHA MARQUES

**A ANGÚSTIA NO “TRANSTORNO DE PÂNICO”:
UMA SAÍDA PROVISÓRIA DO DISCURSO CAPITALISTA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora em Psicologia.

Linha de pesquisa: Contextos de Desenvolvimento, Clínica e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Coutinho

Salvador
2021

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Marques, Marisa Cunha
M357 A angústia no “transtorno de pânico”: uma saída provisória do discurso capitalista /

Marisa Cunha Marques. – 2021.
152 f.

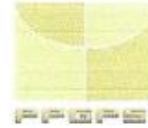
Orientadora: Prof^a Dr^a Denise Coutinho
Tese (doutorado) - Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia,
Salvador,
2021.

1. Psicanálise. 2. Angústia. 3. Síndrome do pânico. 4. Lacan, Jacques, 1901-1981.
5. Discurso político. 6. Capitalismo. I. Coutinho, Denise. II. Universidade Federal da Bahia.
Instituto de Psicologia. III. Título.

CDD: 616.89



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
Instituto de Psicologia - IPS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI
MESTRADO ACADEMICO E DOUTORADO



TERMO DE APROVAÇÃO

**“ A ANGÚSTIA NO ‘TRANSTORNO DE PÂNICO’: UMA SAÍDA
PROVISÓRIA DO**

DISCURSO CAPITALISTA”

Marisa Cunha Marques

BANCA EXAMINADORA:

Denise Coutinho

Prof.ª Dr.ª Denise Maria Barreto Coutinho (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Ana Cristina Costa Figueiredo

Prof.ª Dr.ª Ana Cristina Costa Figueiredo
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Hortênsia Brandão

Prof.ª Dr.ª Hortênsia Maria Dantas Brandão
Universidade Federal da Bahia - UFBA

João Gabriel Lima da Silva

Prof. Dr. João Gabriel Lima da Silva
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

Suely Aires Pontes

Prof.ª Dr.ª Suely Aires Pontes
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Salvador, 08 de janeiro de 2021.

Aos meus analisantes, por me convocarem a refletir, aprender e produzir,
enquanto sustentam, dia após dia, meu desejo de analista.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal da Bahia, neste novo retorno à instituição onde fiz minha graduação e mestrado, pela resistência.

À FAPESB, pela concessão da bolsa de estudos, um auxílio valioso para a realização deste trabalho;

A Denise Coutinho, pela orientação rigorosa, mas não rígida, pela parceria e pelos desafios propostos e atravessados no percurso desta Tese;

Ao Colegiado de Graduação em Psicologia, por aprovar, por indicação de Denise, que eu conduzisse uma disciplina optativa de graduação em Psicologia, no meu tirocínio;

A Antônio Virgílio Bittencourt Bastos, pela maneira doce e firme de apoiar seus alunos, no meu caso, um privilégio desde a graduação;

A Antônio Marcos Chaves, um *gentleman* em forma de professor, pela atenção, confiança e carinho;

Aos colegas do Cones - grupo de pesquisa, por “desembaçar nosso olhar”, através de uma convivência heterogênea, mas sempre enriquecedora, além de respeitosa e alegre;

Aos alunos do tirocínio, pela aposta e convivência valiosa e divertida;

A Freudinho, presença marcante desde a graduação, pelo testemunho;

A Ana Flávia Santana, Celeste Sá, Joyce Bacelar e Maria Fernanda Diniz, pelas indicações bibliográficas e pelo acolhimento em momentos difíceis durante o trajeto;

A Aparecida Lopes, pelas preciosas sugestões;

A Adelaide Politano e Katia Duran, amigas irmãs, por renovarem meu fôlego para seguir, através de uma amizade construída e comemorada desde a graduação;

A Paulina Cerqueira, pelos múltiplos e infinitos talentos;

A minha mãe, por me ensinar, em ato, a atravessar tormentas;

A Floro, Diogo e Bruno, pela presença, na tese e na vida.

A análise é árdua e faz sofrer. Mas quando se está desmoronando sob o peso das palavras recalcadas, das condutas obrigatórias, das aparências a serem salvas, quando a imagem que se tem de si mesmo torna-se insuportável, o remédio é esse.

Françoise Giroud, 1995.

MARQUES, Marisa Cunha. *A angústia no “transtorno de pânico”*: uma saída provisória do discurso capitalista. Orientadora: Denise Coutinho. 2021. 152 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

RESUMO

O aumento dos casos diagnosticados como transtorno de pânico tem levado muitas pessoas aos serviços de emergência, sendo considerado uma das maiores causas de afastamento do trabalho atualmente no Brasil. A medicina, após excluir a possibilidade de infarto, costuma prescrever ansiolíticos e/ou antidepressivos, atribuindo sua causa a alterações neuroquímicas. Diferentemente da medicina, a psicanálise toma essa manifestação de angústia como indicação de que há algo a ser escutado. Outra diferença diz respeito ao conceito de cura. Na medicina, o diagnóstico depende da ideia de doença ou, em outros momentos, da evidência de sua existência, constituindo algo que deve ser indexado no momento do diagnóstico e eliminado no processo de cura para o bem-estar do indivíduo, sem relacioná-lo necessariamente à sua história ou inserção na cultura. Para a psicanálise, o mal-estar do sujeito está sempre relacionado à cultura e ao tempo histórico, a cura vem por acréscimo, representada pelo bem-dizer sobre o que lhe causa sofrimento e implica transformação na posição de sujeito frente à sua história. O objetivo desta tese é examinar a presença da angústia no chamado transtorno de pânico. A pergunta que norteia a investigação é: qual seria a relação entre a angústia presente no chamado transtorno de pânico e o discurso capitalista, na contemporaneidade? A hipótese pode ser assim formulada: a manifestação de angústia que se apresenta no chamado transtorno de pânico pode ser considerada um esforço do sujeito em dar um basta, um corte no excesso produzido pelo discurso capitalista. De modo geral, pacientes que chegam à psicanálise diagnosticados com transtorno de pânico se dão conta da presença de algo excessivo em suas vidas e buscam construir limites a esse excesso. Considerando que o discurso capitalista, tal como apresentado por Lacan, convoca o sujeito a um deslizamento metonímico ininterrupto, a manifestação da angústia presente no diagnóstico de transtorno de pânico, mais que uma patologia, como insiste a medicina, pode ser considerado como uma saída provisória do discurso capitalista, uma recusa a ser engolfado pela aceleração contemporânea, na qual o sujeito se vê enredado.

Palavras-chave: Angústia; Transtorno de pânico; Psicanálise; Discurso capitalista; Jacques Lacan.

MARQUES, Marisa Cunha. *Anguish in “panic disorder”*: a provisional exit out of the capitalist discourse. Dissertation (PhD). Advisor: Denise Coutinho. 2021. 152 p. Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

ABSTRACT

The increase in cases diagnosed as panic disorder has driven many people to emergency services. The disorder is considered to be one of the most prevalent causes of absence from work in today's Brazil. After excluding the possibility of a heart attack, medical practitioners usually prescribe anxiolytics and / or antidepressants, attribute the cause to neurochemical changes. Unlike medicine, psychoanalysis take this manifestation of anguish as an indication that there is something to be heard. Another difference concerns the concept of healing. In medicine, diagnosis depends on the idea of disease or otherwise on the evidence of the existence of disease, which must be indexed at the time of diagnosis and eliminated in the healing process for sake of the individual's well-being – without necessarily relating the diagnosis to its history or its insertion within culture. For psychoanalysis, the subject's discontent is always related to culture and historical time. Healing is additive and implies a transformation in the subject's position in relation to their history, and it is represented by speaking-well about what causes suffering. The purpose of this dissertation is to examine the presence of anguish in the so-called panic disorder. The question that guides the investigation is: what would be the relationship between that anguish and the capitalist discourse in contemporary times? The hypothesis can be formulated as follows: the manifestation of anguish that presents itself in the so-called panic disorder can be considered an effort to call a halt, cutting the excess produced by capitalist discourse. In general, patients who come to psychoanalysis after having been diagnosed with panic disorder are aware of the presence of something excessive in their lives and seek to build limits to this excess. Considering that the capitalist discourse, as presented by Lacan, convokes the subject to an uninterrupted metonymic sliding, the manifestation of anguish as presented in the diagnosis of panic disorder, more than being a pathology (as medicine insists), can be understood as a provisional exit out, a refusal to be engulfed by contemporary acceleration, in which he/she find him/herself entangled.

Keywords: Anguish; Panic disorder; Psychoanalysis; Capitalist discourse; Jacques Lacan.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
ARTIGO 1	22
UM DIÁLOGO ENTRE PSIQUIATRIA E PSICANÁLISE AINDA É POSSÍVEL?	
INTRODUÇÃO	22
DIAGNÓSTICO EM PSIQUIATRIA	24
INCLUSÃO DOS DISTÚRBIOS MENTAIS NOS DOCUMENTOS OFICIAIS	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52
ARTIGO 2	56
MAIS ALÉM DE UM DIAGNÓSTICO: O QUE ESPERAR DE UMA PSICANÁLISE?	
INTRODUÇÃO	56
CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO	58
NEUROSE E RECALQUE	62
PERVERSÃO E RECUSA	68
PSICOSE E FORACLUSÃO	74
MAIS ALÉM DE UM DIAGNÓSTICO	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	87
ARTIGO 3	94
A ANGÚSTIA NO “TRANSTORNO DE PÂNICO”: UM BASTA AO EXCESSO CONTEMPORÂNEO?	
INTRODUÇÃO	94
ALGO MAIS SOBRE PÂNICO	99
ALGO MAIS SOBRE ANGÚSTIA	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS	113

ARTIGO 4	
A ANGÚSTIA NO “TRANSTORNO DE PÂNICO”: UMA REBELIÃO SUBJETIVA FRENTE AO DISCURSO CAPITALISTA?	118
INTRODUÇÃO	118
OS QUATRO DISCURSOS	120
O DISCURSO CAPITALISTA	132
O DISCURSO CAPITALISTA E A ANGÚSTIA	137
CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
REFERÊNCIAS	141
CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
REFERÊNCIAS	150

INTRODUÇÃO

Não lembro quantos anos eu tinha quando fiz esse pedido ao meu pai. Queria livros de história, mas, desta vez, não mais livros de faz de conta, como antes, e sim histórias de verdade. Ele, muito alto, se abaixou para ouvir com atenção o meu pedido e respondeu que ia pensar. Alguns dias depois, chegou em casa com quatro livros arrumados numa caixa com a mesma ilustração das capas, contendo uma coleção chamada *História do Brasil para crianças*.

Por muito tempo guardei essa caixa, não tanto pelos livros, mas por serem uma lembrança viva dele, de sua escuta ao meu pedido, por conseguir fazer uma tradução do que nem eu mesma sabia dizer. Após sua morte, quando eu tinha dez anos, eles foram roubados da nossa primeira casa própria, comprada com o seguro recebido na época.

Se os livros foram roubados, a lembrança desse gesto não pode ser roubada. Porém, só muitos anos depois, já em análise, me dei conta que tinha escolhido como profissão ouvir histórias de verdade. Claro que não a verdade toda ou a mesma para todos, mas a verdade para cada um, sem esquecer que ela também é uma ficção.

E foi ouvindo histórias de verdade, em mais de trinta anos exercendo este “ofício de recolher a verdade como lamento” (LACAN, 1973-1974, inédito, aula de 23/04/1974) que cheguei ao tema do mestrado, defendido em 2006 – a passagem da adolescência para a vida adulta e agora, ao objeto do doutorado – a presença e a função da angústia no chamado transtorno de pânico.

Embora a clínica psicanalítica nos traga muitas, variadas, infinitas questões, chamou minha atenção, nos últimos anos, a chegada de diversos analisantes diagnosticados pela medicina com síndrome do pânico, atualmente denominado transtorno de pânico. Ao escutá-los, pude observar que – invariavelmente – cada um deles constatava a presença de um excesso em suas vidas, que se traduzia em diversas formas como excesso de trabalho, de responsabilidades, de expectativas, de demandas, de planos. De início, como confirma a literatura, pensavam estar gravemente doentes, à beira de um infarto, ou sofrendo de algum distúrbio orgânico ainda não detectado pelos médicos. À medida que procuravam diferentes especialidades médicas e (re)faziam vários exames, constatavam – ou se convenciam – que não estavam doentes, ao menos organicamente, e passavam a se perguntar o que produzira aquela pane em suas vidas. Uma espécie de curto-circuito que os obrigava a parar para refletir e rever suas vidas e escolhas. Também invariavelmente, constatavam que precisavam dar limites – construídos singularmente – a um excesso, renunciando a expectativas inalcançáveis. Foi então que comecei a pensar que

o tal transtorno, mais que uma patologia, como insiste a medicina, poderia ser considerado um esforço do sujeito em dar um basta, um corte, uma recusa a ser engolfado pela aceleração produzida pelo capitalismo contemporâneo, freando o excesso no qual se via enredado.

Embora Freud (2010 [1919]) saliente que a formação do psicanalista não ocorre nas universidades, sempre valorizou sua convivência com outras áreas do conhecimento – dentro e fora da academia – ao defender que o mal-estar está relacionado à cultura e ao tempo histórico (FREUD, 2015 [1908]; 2010 [1930]). Lacan (1998 [1953]), do mesmo modo, destacou a importância dessa articulação, chegando a afirmar que deveria renunciar à posição de analista, “quem não conseguir alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época” (p.322).

Goldemberg (2014) é ainda mais provocativo ao afirmar que se os psicanalistas estivessem sintonizados com a mencionada atualidade não teriam sentido a necessidade de inventar novas patologias para cercar uma realidade clínica que parece fugir das categorias teóricas. Para ele, a proliferação dessas categorias o faz pensar que não estamos diante de novas patologias, mas de sinais de que os psicanalistas não estão se dirigindo aos contemporâneos. Porge (2014) também questiona a corrente que pretende provar a existência de novas patologias, ao considerar que “aquilo que é isolado como uma patologia individual atravessa desafios coletivos, políticos, econômicos, sociais, profissionais, e isso acontece tanto na medicina quanto na psiquiatria e na psicanálise” (p.19). Ele ressalta que, nesses casos, “existe um intrincamento de valores individuais e coletivos, ou mais precisamente, uma concepção – explícita ou não – sobre tais relações” (p.19). Santos e Santiago (2012) contribuem com esse pensamento ao destacar que a formação de novos pesquisadores em psicanálise requer o desenvolvimento de recursos teóricos e clínicos para intervir num amplo espectro de sintomas sociais que permitam renovar as relações da psicanálise com outros campos do saber, enfatizando a importância do diálogo interdisciplinar.

Apesar de a medicina e a psicanálise constituírem corpos teóricos distintos, isso não impede que existam interseções entre elas, contribuindo, cada uma a seu modo, para ampliar nosso olhar, apreensão e entendimento da paisagem humana. Como afirmou Mccombs (apud PAVARINO, 2005), às vezes, duas teorias podem estar vendo o mundo como passageiros de um mesmo trem, olhando a mesma paisagem, porém sentados em lados opostos.

Lacan (1992 [1969-1970]), por sua vez, ao propor a teoria dos quatro discursos (mestre, histórica, analista e universitário), nos adverte sobre sua interdependência, destacando que nenhum deles pode ser tomado como modelo ideal, já que um não se mantém sem a existência

dos outros três, indicando, mais precisamente, que não se trata de oposições, mas de posições diferentes.

Nomeada pela medicina como Síndrome do Pânico e atualmente denominada Transtorno de Pânico, essa nomenclatura foi incorporada à 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM III em 1980, e pode, a meu ver, ser considerada um dos exemplos da posição defendida por Freud e Lacan de que o mal-estar do sujeito guarda estreita relação com sua época e cultura. Apontada como uma das maiores causas de afastamento do trabalho, ao lado da depressão (BRASIL, 2017), o chamado Transtorno de Pânico vem sendo abordado por diferentes mídias e atraindo diversos psicanalistas do Brasil (PEREIRA, 2003, 2008; BIRMAN, 2012; FINGERMAN, 2016) e de outros países como Argentina (BELLAGA, 2016; FRANCO, 2017), Espanha (BASSOLS, 2013), França (LÉGER, 2015; PORGE, 2014) e México (ÁVILA, 2019), confirmando a atualidade e relevância do tema trabalhado nesta Tese.

A contemporaneidade, similarmente, vem sendo objeto de vários campos do conhecimento. Filósofos, sociólogos, antropólogos, psicanalistas, dentre outros, têm se debruçado sobre este momento histórico, buscando identificar suas características, suas linhas de força e as consequências que podem produzir nos sujeitos viventes deste tempo. A própria nomenclatura do período tem variado, como supermodernidade (AUGÉ, 1994), modernidade líquida (BAUMAN, 2001), hipermodernidade (LIPOVETSKY, 2004), pós-modernidade (LYOTARD, 2006; BAUMAN, 1998), neomodernidade (ROUANET, 2006).

Sobre isso, cabe lembrar a posição de Giddens (1991, p.12) ao se referir à “estonteante variedade de termos que têm sido sugeridos para essa transição”. Diferentemente daqueles que consideram que estamos diante da emergência de um novo tipo de ordem social, como sociedade da informação ou do consumo e aqui podemos incluir sociedade do espetáculo (DEBORD, 1997), sociedade do cansaço, sociedade do desempenho (HAN, 2017), onde estaria presente o culto à performance (EHRENBERG, 2010 [1995]), ou que estamos chegando a um encerramento de época, indicado pelo prefixo pós (pós-modernidade, pós-industrial, pós-modernismo), Giddens (1991) defende que não basta inventarmos novos termos, mas voltar o olhar para a natureza da própria modernidade para constatar que os fenômenos da atualidade podem, como bem resume Machado (2015), ser referidos a uma radicalização dos pressupostos inaugurados pela modernidade e não propriamente uma ruptura.

Schüler (2006) compartilha dessa posição ao considerar que a pós-modernidade é um capítulo de encerramento da modernidade. Maffesoli (2006), por sua vez, considera que a profusão de nomes para a contemporaneidade estaria relacionada a uma vaidade ou incapacidade de pensar

essa contemporaneidade, mais especificamente à metamorfose da qual somos testemunhas. Essa metamorfose, ele salienta, produz o fim de um mundo, mas não o fim do mundo, na medida em que algo se desagrega na metamorfose, mas, ao mesmo tempo há outra composição. E, para descrever a diferença entre modernidade e pós-modernidade, recorre à posição de Simmel quando propõe que deveríamos identificar o “rei clandestino de uma época” (apud MAFFESOLI, 2006, p.29) para afirmar que enquanto a modernidade se caracterizou pela homogeneização, a pós-modernidade é regida pela heterogeneidade.

Por isso, independentemente da forma que se use para nomear a contemporaneidade, vemos que, dentre os vários termos utilizados para descrevê-la, muitos apontam para a questão do excesso, de forma explícita e/ou implícita. Superabundância, superexposição, superinformação, sociedade do cansaço (HAN, 2017), tempos hipermodernos (LIPOVETSKY, 2004), aceleração (AUGÉ, 1994; BAUMAN, 2001; SCHÜLER, 2006), amontoamento, profusão, evidência do excedente, obesidade de todos os sistemas atuais (BAUDRILLARD, 2010 [1970]), abundância (BAUDRILLARD, 2010 [1970]); SCHÜLER, 2006), exacerbação (MAFFESOLI, 2006). Augé (1994, p.33) chega a considerar que “o excesso é a modalidade essencial da supermodernidade”, um dos termos utilizados para se referir à contemporaneidade, enquanto Lipovetsky (2004, p.25) afirma que “vários sinais nos permitem pensar que entramos na era do hiper”, a qual se caracteriza, segundo o autor, pelo hiperconsumo, hipermodernidade e hipernarcisismo.

Ao descrever a contemporaneidade como fonte permanente de surpresa, Birman (2012) salienta a dificuldade do sujeito se regular ou se antecipar aos acontecimentos que jorram ao seu redor de forma indiscriminada. Posição compartilhada por Augé (1994), quando se refere à rapidez dos acontecimentos, à “história em nossos calcanhares” (p.29). Para ele, três figuras de excesso, o tempo, o espaço e a individuação das referências tornarão o século XXI antropológico, produzindo o que ele nomeia de “etnologia da solidão” (p.110). Tempo e espaço são duas dimensões que estariam redirecionando as linhas de força do mal-estar contemporâneo, também para Birman (2012), para quem a categoria de espaço se sobreporia à categoria de tempo na experiência subjetiva, atingindo o registro do desejo e expectativas de futuro, inscrevendo o sujeito num eterno presente.

A solidão do homem contemporâneo é também objeto de reflexão de Bruckner (1997). Ele ressalta que o indivíduo nascido na modernidade é o resultado de uma dupla libertação, da tradição que ele recusa em nome da liberdade e da autoridade recusada em nome da igualdade de condições, própria aos regimes democráticos. Por isso, ele salienta, esse sujeito precisa estar

ciente de que pensar por si próprio, de maneira autônoma, implica também aceitar as consequências que advêm desse processo. Ao ter acesso à liberdade – de opinião, de consciência, de opção, de ação – o sujeito moderno perdeu a segurança, garantias de futuro ou de resultados. Perdeu conseqüentemente a possibilidade de encontrar culpados para seus erros ou fracassos. Não mais os pais, não mais o regime, não mais a religião, não mais os outros. “Doravante, cada um está incumbido de construir e encontrar um sentido para sua vida” (BRUCKNER, 1997, p.33). Convém lembrar que quando Freud (2011 [1921]) se referiu expressamente ao pânico, advertiu que este se manifesta quando, ao perder as referências de grupo, cada um tem que cuidar de si, o que gera uma liberação de angústia enorme e sem sentido.

Han (2017), por sua vez, sustenta que atualmente sofremos de infartos, que tanto podem ser físicos ou psíquicos, conseqüentes do excesso presente no que nomeia sociedade do desempenho, onde entram em cena projeto, iniciativa e produção, acompanhados de um imperativo que incita cada um a exigir de si mesmo o máximo de desempenho, em nome de uma pretensa liberdade. Desse modo, para ele, os adoecimentos psíquicos da sociedade do desempenho são precisamente as manifestações patológicas dessa liberdade paradoxal.

Como bem destacam os psicanalistas Santos e Santiago (2012), torna-se necessário estabelecer um diálogo interdisciplinar para que se consiga distinguir perspectivas científicas que defendem a singularidade do sujeito e resistem a abordagens homogeneizantes que calam o sintoma e apaziguam o mal-estar por meio de medidas assistencialistas ou medicamentosas. Nessa direção, Oliveira (2006) indica que a saída se encontra para além da medicalização da angústia. Trata-se de estarmos atentos às seduções da biopolítica, traduzida pela submissão escravizada ao imperativo de aceleração dos processos produtivos, exigência de desempenho e moral do espetáculo.

Mesmo considerando, lembra Roudinesco (2000, p.29), que a exigência “que seus sintomas psíquicos tenham uma causalidade orgânica” seja uma demanda de pacientes à clínica médica, cabe lembrar que a psicanálise não se opõe à medicação em si, mas a seu uso indiscriminado, ou seja, quando os sujeitos acabam entorpecidos no enfrentamento de suas mazelas subjetivas, desvinculando-se de sua responsabilidade frente ao mal-estar, conforme destaca Oliveira (2006). Como resume Roudinesco (2000), o medicamento em si, não se opõe ao tratamento pela fala.

Diferentemente de algumas correntes da medicina, a psicanálise não toma essa manifestação da angústia como consequência de um distúrbio neuroquímico, mas como efeito de um sofrimento

desconhecido pelo sujeito. Embora possam atenuar a angústia que leva milhares de pessoas aos serviços de emergência temendo uma morte iminente, os medicamentos prescritos não são suficientes para calar aqueles sujeitos que buscam um saber sobre o que lhes causa, um saber sobre o que os faz sofrer. Mas Quinet (2006, p.11), adverte que, para que o diagnóstico não seja a simples etiqueta de um sistema classificatório “é necessário que ele cumpra a função de remeter à estrutura que o condiciona”, defendendo que isso somente é possível através da escuta singular de cada analisante. Fingermann (2016) é ainda mais contundente: para ela, denunciar usos e abusos do termo pânico pelo discurso da ciência, “não nos autoriza a negligenciá-los, pois sua presença cada vez mais frequente, na queixa dos analisantes, convida a prestar atenção e discernir suas respectivas relações com a angústia e suas eventuais articulações” (p.92).

Será então que o chamado transtorno de pânico pode ser considerado uma tentativa singular de reagir aos imperativos da civilização contemporânea? O que é tomado como transtorno, numa manifestação que paralisa, que restringe, pode ser compreendido como uma tentativa do sujeito de autorregular-se, colocando limites frente a uma vida acelerada, que não lhe dá tempo para elaborar suas questões subjetivas? Um curto-circuito que o convoca a resgatar seu lugar de sujeito, libertando-se, através da fala, de algumas alienações e amarras ao Outro, salvaguardando o seu lugar de sujeito desejante? Uma produção do sujeito frente ao discurso capitalista, que lhe vende a ideia enganosa de que ele poderá ter tudo e viver sem faltas, sendo assim, plenamente feliz? Ou que a cada dor ou sofrimento pode tomar um medicamento de última geração e evitar a dor de existir? Afinal, quando Lacan (2005 [1962-1963]) se referiu ao imperativo de gozo presente na contemporaneidade, já nos advertira que “gozar sob ordens, afinal, é algo que todo o mundo sente que, se existe uma fonte, uma origem da angústia, ela deve estar mesmo em algum lugar por aí” (p.9).

A hipótese do trabalho, portanto, pode ser assim formulada: a manifestação de angústia que se apresenta no chamado transtorno de pânico pode ser considerada uma saída provisória do discurso capitalista. Para formular esta hipótese, tomo como marco teórico a psicanálise lacaniana, que por essência é freudiana, articulando algumas premissas. A primeira é aquela na qual Lacan propõe (2005 [1962-1963]) que a angústia é um corte que possibilita muitos desvios. A segunda, quando apresenta formalmente o discurso capitalista (1972, inédito), que se traduz por um imperativo ininterrupto de gozo, presente na convocação de mais, sempre mais.... E a terceira, quando ele propõe (2003 [1973]) que uma saída do discurso capitalista poderia ocorrer através da psicanálise. Agregando a posição de Barillot (2016), quando nomeia essa saída de durável, proponho que a angústia presente no pânico pode ser considerada uma saída provisória

do discurso capitalista, que pode se transformar em durável, se dela surgir uma demanda de análise.

Este trabalho se caracteriza como estudo teórico-clínico, porque busco avançar uma hipótese teórica que, no caso da psicanálise, só faz sentido se apoiada na clínica. Apesar de outras formas de pesquisa em psicanálise se fazerem presentes na atualidade, com utilização de casos clínicos, escolho a pesquisa teórico-clínica, principalmente pelas razões éticas envolvidas na exposição de analisantes. Além disso, apoio-me em Lacan (2008 [1968-1969], p.300) quando afirma que “não é especificamente o fato de um caso ter sido evocado que constitui o caráter clínico do que se enuncia [...]”.

Desde Freud (2010 [1913], p.269), sabe-se que “a psicanálise é uma disciplina singular, em que se combinam um novo tipo de pesquisa das neuroses e um método de tratamento com base nos resultados daquele”, e “[...] ela não é fruto da especulação, mas da experiência, e, portanto, é inacabada enquanto teoria”. Lacan (2003 [1967]) é o responsável por esclarecer a diferença, ao nomear de psicanálise em intensão aquela que acontece sob transferência, produzindo efeitos através da escuta e intervenções, e de psicanálise em extensão, aquela que teoriza, pesquisa e mostra seus efeitos à comunidade. Lacan chega a afirmar que é preciso que o analista seja ao menos dois: aquele que produz efeitos e aquele que teoriza sobre esses efeitos (LACAN, 1974-1975, inédito, aula de 11/02/75), reforçando o que ele já afirmara sobre a produção analítica, que jamais se apresenta como encerrada, concluída, satisfatória, mas como um “perpétuo deslizamento dialético, que constitui o próprio movimento e a vida da investigação analítica” (LACAN, 2016 [1958-1959], p.384).

Esta Tese é apresentada sob a forma de artigos que, embora dialoguem entre si, podem ser lidos de forma independente. Considerando que o pânico faz interface entre a medicina, como um transtorno, e a psicanálise, como uma das manifestações de angústia, somado à constatação de que pacientes que procuram a psicanálise nessas situações já passaram por um ou mais médicos, tendo recebido o diagnóstico de transtorno de pânico, penso ser necessário examinar as modalidades diagnósticas da medicina e da psicanálise, antes de adentrar nos artigos nos quais minha hipótese será desenvolvida.

Desse modo, os artigos estão assim distribuídos: No **artigo 1**, discuto se um diálogo entre psicanálise e psiquiatria, previsto e almejado por Freud, ainda é possível. Para isso retomo os contextos de criação e posteriores modificações dos manuais de diagnóstico, além das distintas modalidades diagnósticas presentes na psiquiatria, observando a direção que indicam. No **artigo 2**, apresento a modalidade diagnóstica própria da psicanálise, na qual o diagnóstico se

faz presente, é importante e necessário do lado do analista, porque indica a direção do tratamento, mas não é suficiente. O que importa é a posição que o sujeito ocupa frente ao desejo e à falta e as mudanças que podem advir de um processo analítico, no tempo e na forma singular de cada um. No **artigo 3**, faço uma revisão dos conceitos de pânico e angústia, termos utilizados prioritária e respectivamente pela medicina e psicanálise e revisito as teorizações sobre o conceito de angústia em Freud e Lacan. Finalmente, no **artigo 4** apresento a teoria dos quatro discursos, proposta por Lacan (1969-1970), acrescida do discurso capitalista, dispositivo criado por ele em 1972 para abordar a questão do excesso. Além disso, apresento a hipótese de que a manifestação de angústia que se apresenta no chamado transtorno de pânico, já descrita por Freud em 1895/1894 como ataque de angústia, pode representar para o sujeito um corte ao discurso capitalista, ou seja, seria uma tentativa provisória de produzir um limite a esse excesso; uma saída, ainda que ilusória, do discurso capitalista. Nas **Considerações Finais**, busco reunir reflexões sobre o percurso realizado, articulando-o a alguns efeitos da pandemia da COVID-19, trazidos por alguns autores, pois me pareceram convergentes com alguns argumentos trabalhados nesta Tese.

REFERÊNCIAS

AUGÉ, M. *Não-lugares*. Introdução a uma antropologia da supermodernidade. Campinas: Papirus, 1994.

ÁVILA, R. *Ataques de angústia e pânico*. Seminário online. Sinthome. Instituto Clínico Psicanalítico, Centro de la Ciudad de México, 27 ago. 2019.

BARILLOT, P. Sair do discurso capitalista? *Stylus*. Rio de Janeiro, n. 33, p.153-161, nov. 2016. Disponível em: <https://issuu.com/epfclbrasil/docs/stylus_33_v4>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BASSOLS, M. *La epidemia silenciosa*. Disponível em: <<http://www.lavanguardia.com/cultura/20121128/54355912682/epidemia-silenciosa.html#ixzz2FvGdbUTH>, 2013>. Acesso em: 30 jan. 2016.

BAUDRILLARD, J. *A sociedade de consumo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2010 [1970].

BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BELLAGA, G. *Trauma, angústia e sintoma: Desafios da biopolítica*. Buenos Aires: Grama, 2016.

BIRMAN, J. *O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade*. Rio de Janeiro: Rocco, 2012.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria de Previdência. *Adoecimento mental e trabalho. A concessão de benefícios por incapacidade relacionadas a transtorno mentais entre 2012 e 2016. 1º boletim quadrimestral sobre benefícios por incapacidade 2017*. Brasília, DF: Secretaria de Previdência, 2017.

BRUCKNER, P. *A tentação da inocência*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DEBORD, G. *A sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

EHRENBERG, A. *O culto da performance*. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2010 [1995].

FINGERMANN, D. Pânico e fobia. *Stylus, Revista de Psicanálise*, n. 32. Rio de Janeiro: Associação Campo dos Fóruns Lacanianos – Brasil, 2016.

FRANCO, Y. *Paradigma borderline: de la afánisis al ataque de pánico*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2017.

FREUD, S. Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia. In: _____. *Obras completas*, v. III, p.107-135. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1895/1894].

FREUD, S. Princípios básicos da Psicanálise. In: _____. *Obras completas*, v. 10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1913] p.268-276.

FREUD, S. A moral sexual “cultural” e o nervosismo moderno. In: _____. *Obras completas*, v. 8. São Paulo: Companhia das Letras, 2015 [1908].

FREUD, S. Deve-se ensinar a psicanálise nas universidades? In: _____. *Obras completas*, v. 14. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1919].

FREUD, S. Psicologia das massas e análise do eu. In: _____. *Obras completas*, v. 15. São Paulo: Companhia das Letras, 2011 [1921].

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: _____. *Obras completas*, v. 18. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1930].

GIDDENS, A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: UNESP, 1991.

GOLDEMBERG, R. *DSM-IV e nós*. Disponível em: <<http://uva.br/trivium/edicao1/artigos-tematicos/3-dsm-iv-e-nos.pdf>>, 2014. Acesso em: 6 maio 2019.

HAN, B-C. *A sociedade do cansaço*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1953].

LACAN, J. *O seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação*. Rio de Janeiro: Zahar, 2016 [1958-1959].

LACAN, J. *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005 [1962-1963].

LACAN, J. Proposição de 9 de outubro de 1967. Sobre o psicanalista da Escola. In: _____. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003 [1967].

LACAN, J. *O Seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008 [1968-1969].

LACAN, J. *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992 [1969-1970].

LACAN, J. *O discurso capitalista* [1972]. Inédito.

LACAN, J. Televisão. In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003 [1973], p.508-543.

LACAN, J. *O Seminário, livro 21: os não tolos erram*. Inédito. Aula de 23/04/1974 [1973-1974].

LACAN, J. *O Seminário, livro 22. RSI*. Inédito, aula de 11/02/75 [1974-1975].

LÉGER, C. Fobia e Pânico hoje. Texto de apresentação do tema de estudo dos *Collèges Cliniques du Champ Lacanien* no período 2015-2016. Disponível em: <www.cliniquepsychanalytique.fr, 2015>. Acesso em: 26 set. 2016.

LIPOVETSKY, G. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla, 2004.

LYOTARD, J-F. *A condição pós-moderna*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2006.

MACHADO, S. *O sujeito adolescente e os impasses frente à lei: uma leitura psicanalítica*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, 2015.

MAFFESOLI, M. O retorno das emoções sociais. In: SCHÜLER, D, SILVA, J. (Orgs.). *Metamorfoses da cultura*. Porto Alegre: Sulina, 2006, p.27-37.

OLIVEIRA, C. Sobre a medicalização da angústia na atualidade. In: FREITAS, I. (Org.). *Angústia*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2006.

PAVARINO, R. Psicologia Social e Comunicação Social: afinidades e contribuições. Resumos. *4ª Jornada Internacional sobre Representações Sociais Teoria e abordagens metodológicas*. Resumos João Pessoa (PB). Editora UFPB, 2005.

PEREIRA, M. *Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Escuta, 2008.

PEREIRA, M. *Psicopatologia dos ataques de pânico*. São Paulo: Escuta, 2003.

PORGE, E. *Fundamentos da Clínica Psicanalítica*. Campinas: Mercado das Letras, 2014.

QUINET, A. Apresentação. *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

ROUANET, S. As duas modernidades. In: _____. *Metamorfoses da cultura*. Porto Alegre: Sulina, 2006, p.103-111.

ROUDINESCO, E. *Por que a Psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

SANTOS, T. E SANTIAGO, J. Apresentação. In: SANTOS, T. C.; SANTIAGO, J.; MARTELLO, A. (Orgs.). *De que real se trata na clínica psicanalítica?* Psicanálise, ciência & discursos da ciência. Rio de Janeiro: Cia de Freud: PROAP/CAPES, 2012.

SCHÜLER, D. Pós-modernidade: ruptura ou continuidade? In: SCHÜLER, D, SILVA, J. (Orgs.). *Metamorfoses da cultura*. Porto Alegre: Sulina, 2006, p.41-46.

ARTIGO 1

UM DIÁLOGO ENTRE PSIQUIATRIA E PSICANÁLISE AINDA É POSSÍVEL?

INTRODUÇÃO

O diálogo entre a psiquiatria e a psicanálise sempre foi defendido e estimulado por Sigmund Freud. Dentre as *Conferências Introdutórias à Psicanálise* (FREUD, 2014 [1917]), encontra-se a conferência “Psicanálise e Psiquiatria”, proferida em 1917. Nela, Freud defendia que entre os dois campos existiria uma relação de complementaridade, já que não haveria, “na essência do trabalho psiquiátrico, nada que poderia se opor à pesquisa psicanalítica”, de modo que, para ele,

A psicanálise está para psiquiatria assim como a histologia para a anatomia; uma estuda a forma exterior dos órgãos, ao passo que a outra se dedica ao estudo de sua constituição a partir dos tecidos e células. Não se pode conceber uma contradição entre estudos que dão continuidade um ao outro (FREUD, 2014 [1917], p.341).

O que o leva a concluir, ainda na mesma página, que “[...] são os psiquiatras que se opõem à psicanálise e não a psiquiatria”, prevendo então que [...] “uma época não muito distante nos trará a percepção de que uma psiquiatria dotada de profundidade científica é impossível sem um bom conhecimento dos processos mais profundos, inconscientes, que se desenvolvem na vida psíquica”.

Lacan (2001 [1966]), por sua vez, e em outro tempo, quando se dispôs a “abordar um tema que nunca tratei em meu ensino, o do lugar da psicanálise na medicina” (p.8), em um Colóquio promovido pelo *Collège de Médecine da Salpêtrière* sobre o mesmo tema, realizado em Paris em 1966, foi menos generoso e mais radical que Freud. Nele afirma que:

Este lugar atualmente é marginal e, como já escrevi em várias ocasiões, extraterritorial. Ele é marginal por causa da posição da medicina em relação à psicanálise – ela admite-a como uma espécie de ajuda exterior, comparável àquela dos psicólogos ou outros distintos assistentes terapêuticos. Ele é extraterritorial por conta dos psicanalistas, que provavelmente têm suas razões para querer conservar essa extraterritorialidade (p.8).

De fato, ele já se manifestara a respeito da extraterritorialidade da psicanálise, ao afirmar que “todo o reconhecimento da psicanálise, tanto como profissão, quanto como ciência propõe-se

apenas destacar um princípio de extraterritorialidade, ao qual é tão impossível ao psicanalista renunciar quanto o é não negá-lo [...]” (LACAN, 1998 [1955], p.327).

A previsão de Freud se confirmou? Por alguns anos, entre os quais se inserem os DSM I e II, podemos afirmar que sim, já que esses manuais de classificação médicas se baseavam na nosologia proposta por Freud, o qual retomou os diagnósticos da psiquiatria clássica e foi além, defendendo que se tratava de estruturas psíquicas associadas a diferentes modos de defesa. Como bem resume Leite (2001), ele conseguiu, ao mesmo tempo, manter e subverter a psiquiatria da época. A previsão de Freud ainda se confirma? Se consideramos o DSM III, IV e V, concluímos que não. Deles, foram excluídas as teses freudianas e as estruturas foram substituídas por transtornos.

Alguns autores também questionam se a retomada do diálogo entre psiquiatria e psicanálise ainda é possível. Apesar de reconhecer que entre elas possa haver convergências, Birman (2001, p.20) pergunta se será possível retornar a Freud considerando que “a psiquiatria biológica¹ eliminou completamente a experiência subjetiva do doente no acontecimento da enfermidade”. Serpa Jr. (2001), por sua vez, mostra-se preocupado “com as consequências epistemológicas e principalmente éticas no campo dos cuidados oferecidos àqueles em situação de sofrimento psíquico” e questiona “quais seriam seus pontos de interseção? [...] Qual a importância dessa discussão que reiteradamente retorna”, frente a “uma versão triunfante da psiquiatria, cuja expansão não tem respeitado limites nosográficos nem terapêuticos [...]?” (p.31). O mesmo autor considera que “a psiquiatria remodelada não reconhece mais relevância e/ou legitimidade na interlocução com a psicanálise, nem se dispõe mais a dar espaço para seus conteúdos e modos de narrativa” (p.33), destacando que:

Um traço da chamada psiquiatria biológica é sua ambição reducionista, frequentemente eliminativista. É como se da ‘descoberta’ de que temos um cérebro decorresse necessariamente a suposição de que aquilo que nos habituamos a chamar de vida mental pudesse, doravante, ser inteiramente entendido a partir do conhecimento da sintaxe neuronal (p.33).

Goldemberg (2014) acrescenta a essa discussão a tendência do Estado em interferir no controle do exercício da psicanálise, que não é local nem recente e aparece em diversos formatos, como seguros de saúde, rescisão de imposto de renda, inclusão de atendimentos em hospitais, chegando a atrelá-la, em alguns lugares, ao exercício da religião. O que confirma a necessidade

¹ Embora a psiquiatria biológica ou orgânica e a medicalizada não sejam sinônimos, é inegável a aproximação entre elas. A psiquiatria biológica inclui as neurociências, a genética, dentre outras, mas o objetivo é quase sempre o mesmo: localizar a causa dos distúrbios no organismo para encontrar o medicamento mais adequado.

de a psicanálise preservar seu lugar frente aos sujeitos e seus sofrimentos enfatizando, sublinha Quinet (2001), “a importância de estar atento, na prática psiquiátrica, às manifestações do inconsciente, do desejo, da tristeza, da angústia e sintomas em geral como manifestações subjetivas, que não se reduzem a um efeito orgânico, e muito menos a um déficit” (p.10).

Uma das interfaces entre psiquiatria e psicanálise é o que a psiquiatria nomeia atualmente como transtorno de pânico, incorporado ao DSM III em 1980, ainda como síndrome do pânico, e a psicanálise chama de ataque de angústia, descrito por Freud em 1895/1894, embora muitos pacientes só busquem a psicanálise – quando a buscam – após terem feito muitos exames, sem encontrar nenhuma justificativa orgânica, e serem diagnosticados por médicos com o chamado transtorno de pânico. São aqueles que não ficam satisfeitos em seguir apenas o tratamento medicamentoso e insistem em saber mais sobre aquilo que lhes faz sofrer.

Desse modo, o objetivo deste artigo é analisar como diagnósticos psiquiátricos se produzem e que direção eles indicam.

DIAGNÓSTICO EM PSIQUIATRIA

A intenção, por parte dos médicos, de propor uma classificação de doenças que fosse utilizada internacionalmente, através da uniformização de critérios, produziu várias tentativas de criação de manuais diagnósticos². Entre eles, destacam-se a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), atualmente na décima edição e desde 1948 sob a responsabilidade da Organização Mundial de Saúde (OMS), e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), sob a Associação Americana de Psiquiatria, a APA, atualmente na quinta edição.

A estatística esteve presente desde as primeiras tentativas oficiais de classificações para uso internacional, as quais inicialmente não contabilizavam doenças, mas causas de morte. A primeira delas é atribuída ao inglês John Graunt, publicada em 1662, na *Natural and Political Observation Made upon the Bills of Mortality*, que analisou a mortalidade em algumas paróquias de Londres, segundo variáveis de sexo, idade, procedência e causa e, a rigor, não

² A CID não é um manual diagnóstico, mas uma lista de classificação de doenças. Nela, não se encontram orientações para realização do diagnóstico. O DSM, sim, tenta cumprir essa função. Há inclusive no manual instrumentos para a realização do diagnóstico. O esclarecimento é necessário, pois não são poucos os autores que confundem sistema classificatório com manual.

pode ser considerada uma classificação, mas uma lista de 83 diagnósticos, dispostos em ordem alfabética (LAURENTI et al., 2013).

A impossibilidade de comparação internacional relacionando óbitos a causas, já que não havia padronização entre os diferentes países, gerou várias discussões e congressos, dentre os quais sobressaem o 1º Congresso Internacional de Estatística, realizado em 1853, em Bruxelas, e o 2º, realizado em 1855, em Paris. O primeiro produziu uma resolução que culminou na indicação, pelos participantes, de William Farr, de Londres e Marc d'Espine, de Genebra, como responsáveis pela criação de um sistema uniforme de classificação de causas de morte de uso internacional, que deveria ser apresentado no segundo congresso, a ser realizado em Paris, dois anos depois. No segundo, Farr e d'Espine apresentaram listas separadas, baseadas em eixos classificatórios distintos. No sistema desenvolvido por Farr as doenças eram distribuídas em cinco classes: epidêmicas, endêmicas e contagiosas; constitucionais; localizadas; do desenvolvimento; e doenças ou mortes violentas. Já a lista desenvolvida por d'Espine agrupava as doenças conforme sua natureza (gotosa, hemática, herpética etc.) e não foi bem aceita. Mas o Congresso decidiu acatar 138 rubricas, dentre as quais se faziam presentes a estrutura de Farr e algumas sugestões de d'Espine (BENEDICTO et al., 2013; LAURENTI et al., 2013).

Embora a classificação adotada no Congresso de 1855 e revista nos congressos seguintes, ocorridos em 1864, 1874 e 1880, não tenha sido universalmente aceita, Laurenti e colaboradores (2013) destacam que o princípio de agrupamento proposto por Farr, não só sobreviveu, como influenciou a futura classificação de uso internacional. Em 1891, o Instituto Internacional de Estatística, criado em Viena, substituiu os anteriores Congressos Internacionais de Estatística e criou uma comissão, dirigida por Jacques Bertillon, chefe dos serviços de estatística de Paris, com o objetivo de preparar uma nova classificação de causas de morte, que acabou conhecida como Classificação das Causas de Morte de Bertillon ou simplesmente Classificação de Bertillon. Contendo 14 grupos ou capítulos, que apresentavam 161 categorias de causas de morte, foi adotada em 1893 pelo Instituto Internacional de Estatística, além de ter seu uso recomendado e aceito em vários países. Laurenti e colaboradores (2013) ressaltam ainda que o termo capítulo e o uso de números romanos presentes na classificação, introduzidos por Bertillon, são utilizados ainda hoje para as grandes divisões da CID. A Classificação de Bertillon foi objeto de revisão em 1900 e 1909, seguindo sua própria recomendação de que fosse revisada a cada dez anos e até 1938 foram convocadas pelo governo francês.

Ainda que tenham passado por várias revisões, com significativo aumento de categorias, as classificações dos estatísticos presentes nas CIDs continuavam dirigindo-se às doenças e causas

de morte e não às doenças como causadoras de incapacidade ou mesmo de sofrimento (BENEDICTO et al., 2013) e não incluía distúrbios psíquicos. Por causa disso, eram consideradas insuficientes por diferentes áreas da medicina, que acabaram criando versões adaptadas para cada especialidade (LAURENTI et al., 2013).

Também movido por preocupações estatísticas, o governo norte-americano desenvolveu a primeira classificação psiquiátrica oficial, publicada em 1840, onde constavam apenas duas categorias: idiotismo e insanidade. Quarenta anos depois, baseado em um censo realizado em instituições psiquiátricas norte-americanas, ampliou-se o sistema classificatório, que passou a apresentar sete categorias: mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia (AGUIAR, 2004; VIANA, 2010; BEZERRA JR., 2014).

Antes disso, em 1801, duas publicações não baseadas em critérios estatísticos afetaram a medicina radicalmente, em duas direções: de um lado, o trabalho de Bichat, *Anatomia Geral*, estabeleceu o método anatomoclínico como parâmetro do saber médico, através do qual as entidades nosológicas passaram a ser definidas por etiologia, anatomopatologia, evolução tratamento e prognóstico (SZAJNBOK, 2013). De outro, a obra de Pinel, *Tratado médico-filosófico sobre a alienação e mania*, contendo uma nosografia psicopatológica de caráter clínico descritivo, colocava em relevo as doenças mentais, diferenciando-as das sobrenaturais (RODRIGUES; SOUZA; PEDROSO, 2008) e lançava os alicerces da psiquiatria, especialidade que ainda se mantinha à margem, conforme Szajnbok (2013).

Alguns anos mais tarde, em 1822, Bayle associou as teses de Bichat e de Pinel, ao descrever a paralisia geral progressiva (PGP), até então tida como terminal. Através do método anatomoclínico, uniu diferentes estágios da aracnoidite crônica às três síndromes clássicas propostas por Pinel (monomania, mania e demência), estimulando a busca de etiologias cerebrais para doenças mentais (RODRIGUES; SOUZA; PEDROSO, 2008; SZAJNBOK, 2013).

Na mesma direção surgiram novas nosografias em diversos países, que também utilizaram o paradigma etiológico-anatômico para classificar as enfermidades psiquiátricas. Entre elas, destacam-se as propostas por Morel, de Viena, autor do *Tratado das degenerescências psíquicas, intelectuais e morais da espécie humana*, publicado em 1857 e do *Tratado das doenças mentais*, publicado em 1860, e por seu discípulo Magnan, da França, e seus *Estudos heredodegenerativos acerca da paralisia geral e do alcoolismo*, publicados em 1893. Ambos buscavam se contrapor às classificações psiquiátricas propostas por Pinel e Esquirol, centradas na teoria das monomanias (CAPONI, 2011).

A partir de 1880, surgiram propostas de criar uma classificação de doenças mentais que tivesse aceitação mundial pela psiquiatria. A Sociedade Belga de Psiquiatria foi a primeira a apresentar uma classificação de doenças para submissão à comunidade internacional. Para avaliá-la ou criar uma proposta alternativa que unificasse, em um mesmo sistema, diversas abordagens sobre normalidade e loucura utilizadas pelos psiquiatras franceses, a Sociedade Médico Psicológica francesa constituiu em 1887 uma comissão, composta por seu então presidente Magnan, além de Garnier e Christian, a qual apresentou, em 1888, uma classificação de patologias semelhante à defendida por Magnan, baseada na teoria da degenerescência de Morel, e que não agradou aos membros da Sociedade, impedindo-a de ser levada à comunidade internacional (CAPONI, 2011). Um dos maiores críticos nessa ocasião foi Falret, dirigindo à Magnan algumas objeções: a primeira referia-se à extensão quase ilimitada dos agrupamentos patológicos. A segunda, quase uma consequência da primeira, sobre a inclusão da doença da dúvida no campo das degenerescências. A última referia-se à precariedade dos estudos de anatomia patológica existentes dificultando a localização cerebral das degenerações hereditárias.

Embora criticada por alguns de seus pares, as teorias de Morel e Magnan sobre degenerescência influenciaram radicalmente a nascente psiquiatria, fazendo com que as últimas décadas do século XIX, destaca Caponi (2011), unisse neurologistas, psiquiatras e até juristas em um intenso programa de pesquisa multiplicando, entre os anos de 1870 e 1890, síndromes de degeneração e uma variedade de quadros bizarros, que acatavam uma ou outra das premissas da teoria da degenerescência. Essas pesquisas não ocorreram somente na França, mas em várias partes do mundo, como Alemanha, através de Nordau (1849-1923), Itália, com Lombroso (1835-1909) e Brasil, através de Nina Rodrigues (1862-1906). Enquanto uns associaram doenças à gravidez, parto ou primeira infância, outros, em geral psiquiatras, acataram as loucuras de degeneração. Caponi também atribui o sucesso desse programa ao fato de permitir a exploração de patologias não incluídas nas classificações clássicas, a definição de anomalias físicas, mentais e morais, e a influência da medicina sobre intervenções sociais.

Essa influência acabou produzindo outra grave consequência, lembra Pereira (2008), o desenvolvimento de práticas higienistas, com o intuito de impedir a degeneração da população. Práticas eugênicas que alcançaram diversos países, incluindo o Brasil, através da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), fundada no Rio de Janeiro, em 1923, por Gustavo Riedel (COSTA, 2006). Entretanto, Pereira salienta que, apesar de ser considerado o maior discípulo de Morel, Magnan criticou o caráter excessivamente metafísico e religioso da teoria de seu mestre,

esforçando-se para compatibilizar a teoria da degenerescência com observações clínicas e imediatas, além da validação empírica.

Caponi (2011) acrescenta que Magnan pretendia, através da anatomopatologia, fundamentar a teoria da degeneração, examinar o lugar que o degenerado devia ocupar na sociedade e, finalmente, criar uma classificação unificadora das patologias mentais capaz de integrar as loucuras hereditárias ou degenerativas, superando os limites das classificações existentes. Ainda conforme Caponi, Magnan consolidou sua entrada nesse campo através do quadro patológico que concentrava todos os estigmas da degeneração, o idiotismo. Tanto para Morel, quanto para Magnan, o idiotismo representava o grau mais avançado das degenerações. Ao comparar o idiota e outras figuras patológicas, como o demente e aqueles que padecem de paralisia cerebral, Morel descreve:

No grau mais profundo de idiotismo, o sujeito está privado de toda a relação com o exterior. Seus olhos vagos olham, mas não enxergam; a mucosa olfativa e a língua parecem normais, mas não sente nem o perfume nem o gosto [...]. Ele não é surdo, mas o barulho o deixa indiferente. Utiliza inutilmente sua força muscular em movimentos de balanço monótonos e reiterativos. Não fala, emite gritos ou pronuncia somente monossílabos (MOREL, 1857 apud CAPONI, 2011, p.171).

Essa descrição, somada à constatação de que entre os considerados idiotas poderia haver casos que apresentassem certas habilidades, e se destacassem como pintores, escultores, músicos, dentre outros, é muito semelhante com a de graus severos do atual autismo. Entretanto, Magnan a atribuía a defeitos no sistema nervoso central, adquiridos por lesões no córtex cerebral ou doenças ocorridas na primeira infância, que podiam comandar órgãos em perfeito estado, diferenciando-os dos dementes que, primitivamente inteligentes, tinham sofrido uma lesão única e idêntica, uma encefalite crônica intersticial progressiva, ao contrário dos idiotas, cujas lesões não se derivariam de uma mesma fonte, nem responderiam a nenhuma sistematização (ibid).

O grupo de heredodegenerados proposto por Magnan era amplo. Incluía deprimidos, impulsivos homicidas ou sexuais, cleptomaníacos, piromaníacos, exibicionistas, pessoas com doença da dúvida, o vegetarianismo, dentre outros. Pensados sob o marco da anatomia patológica, em termos de equilíbrio/desequilíbrio cerebrais, que se manifestariam em comportamentos bizarros, foram classificados em três grandes grupos: as loucuras hereditárias ou degenerações, as loucuras intermitentes e o delírio crônico ou psicose. O tratamento era sempre a internação psiquiátrica, independentemente do estado do paciente, pois vários sinais eram considerados indicativos de um mal maior, fosse um indivíduo que conseguisse administrar satisfatoriamente

uma vida familiar e laboral, mas não conseguisse dominar a compulsão de enunciar determinadas palavras, fosse uma mulher que escolhesse se alimentar exclusivamente de vegetais para evitar a violência contra animais, fosse um indivíduo que apresentasse delírios e alucinações, caracterizando um quadro psicótico (CAPONI, 2011).

A publicação, em 1896, do *Tratado de Psiquiatria* de Kraepelin, primeira nosografia sistemática dos transtornos mentais, cuja classificação estabelecia categorias diagnósticas mutuamente excludentes, baseadas na evolução dos pacientes (BEZERRA JR., 2014) reconduziu os psiquiatras a critérios clínicos (RODRIGUES; SOUZA; PEDROSO, 2008), pondo ordem e clareza na compreensão da loucura (ROUDINESCO; PLON, 1998) e alicerçando as bases das classificações contemporâneas (BEZERRA JR., *ibid*).

Kraepelin foi o responsável por distinguir, dentro quadro geral das psicoses, a demência precoce, a paranoia e a loucura maníaco-depressiva. Ele observava como os sintomas se organizavam para formar doenças mentais específicas e, por meio de estudos transversais, retrospectivos e prospectivos, definiu parâmetros e mensurou-os estatisticamente, caracterizando padrões e evoluções. Desse modo, pôde estabelecer a faixa etária em que certos quadros costumavam aparecer, sua prevalência, estabilidade dos complexos sintomáticos, efeitos na linha de vida do doente etc., rompendo com o método sintomático e inaugurando uma nova psiquiatria baseada em critérios clínicos, aperfeiçoados nas oito edições sucessivas de seu manual (CÂMARA, 2007). Vale lembrar que o termo psicose, em substituição ao de loucura, já havia sido introduzido pelo psiquiatra austríaco Ernst von Feuchtersleben em 1845, a demência precoce nomeada de esquizofrenia em 1911 por Bleuler e a loucura maníaco depressiva denominada como loucura circular em 1852 por Falret, e em 1899, nomeada de psicose maníaco-depressiva pelo próprio Kraepelin (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Entretanto, Câmara (2007) salienta que Kraepelin continuava buscando causas fisio ou anatomopatológicas para as síndromes e não se convencia de que houvesse causas não orgânicas para alguns quadros, insistindo na hipótese de que elas existiam, sendo, porém, impossível de verificar pelos instrumentos da época. Para Roudinesco e Plon (1998), apesar de inovador, Kraepelin se mantinha preso à tradição da psiquiatria medicalizada, além de tratar o louco como objeto perigoso a ser observado e não sujeito a ser escutado.

Na mesma época, Charcot, neurologista francês, chegou a esse impasse no tocante à histeria, abrindo caminho para interpretações dinâmicas ou psicogênicas. O interesse de Charcot pelas históricas ocorreu em 1870, após uma reorganização de setores no hospital da Salpêtrière, quando a administração decidiu separar os alienados dos epiléticos, que ficaram junto às

histéricas. Mas seu olhar anátomo-clínico permitiu que ele distinguisse as histéricas dos epilépticos, libertando-as da acusação de simulação, substituindo o antigo conceito de histeria pelo de neurose, já apresentado por Cullen, em 1769. Este último atrelava sua origem a traumas relacionados ao sistema genital, além de demonstrar que os homens também poderiam ser atingidos por ela. Para distinguir a neurose da epilepsia, Charcot recorreu à hipnose para fabricar e fazer desaparecer, imediatamente, sintomas histéricos (ROUDINESCO; PLON, 1998).

O então jovem neurologista Freud, também afetado pelas novidades científicas do final do século XIX, buscou, inicialmente, explicações etiológicas para os sintomas através de elementos neurológicos, nos estudos considerados como pré-psicanalíticos. Mas, ao estudar com Charcot, entre outubro de 1885 e fevereiro de 1886, ainda segundo Roudinesco e Plon (1998), se encantou com as apresentações clínicas na *Salpêtrière*, modificando radicalmente a direção de seus estudos, investigações e tratamentos.

Desse modo, o final do século XIX, tal como seu início, foi marcado por uma revolução, mas, desta vez, com a teoria freudiana sobre o inconsciente. Com Freud, o diagnóstico se deslocou da descrição dos sintomas para adquirir uma dimensão psicodinâmica, alterando os limites entre o normal e o patológico. Distinta da variedade de diagnósticos particulares presentes na nosografia kraepeliana, as categorias psicopatológicas foram reduzidas a três grandes grupos: neurose, perversão e psicose. Além disso, Freud deslocou a posição do saber sobre a doença. Diferentemente dos médicos, que julgavam deter o saber sobre a doença, para a qual deviam prescrever remédios e/ou tratamentos, para Freud esse saber estava nos pacientes, e ao analista cabia escutá-los, ajudando-os a construir outra posição frente à causa de seu sofrimento.

INCLUSÃO DOS DISTÚRBIOS MENTAIS NOS DOCUMENTOS OFICIAIS

Em 1917 a *American Medico-Psychological Association* se reuniu com a *National Commission on Mental Hygiene* para desenvolver um sistema classificatório que uniformizasse as estatísticas hospitalares de pacientes com doenças mentais (AGUIAR, 2004). Essa classificação foi utilizada em um censo realizado pelo *Bureau of the Census* em 1923 e continha 22 entidades nosológicas, baseadas nos fundamentos biológicos propostos por Kraepelin. Em 1934 esse sistema classificatório foi revisado e incorporado à primeira edição da Nomenclatura Padronizada de Doenças da Associação Médica Americana (AGUIAR, 2004; VIANA, 2010).

Aguiar (2004) acrescenta que a partir de 1940 essa classificação, baseada na população civil, foi considerada insuficiente pelos médicos das Forças Armadas norte-americanas, pois não contemplava os distúrbios agudos, psicossomáticos e transtornos de personalidade encontrados entre os veteranos da Segunda Guerra Mundial, fazendo com que a Administração de Veteranos e a Marinha desenvolvessem seus próprios sistemas classificatórios. As classificações militares se basearam nas ideias de William Menninger, psiquiatra chefe do Exército durante a Segunda Guerra Mundial e fundador da *Menninger Foundation*, uma das principais instituições responsáveis pela difusão da psicanálise nos Estados Unidos.

Embora a CID-5 já apresentasse alguns transtornos mentais, a CID-6, proposta em 1948 e utilizada a partir de 1950, foi a primeira versão a incluir uma seção para tais transtornos, sob a rubrica de “perturbações mentais, psiconeuroses e modificações na personalidade” e seus trabalhos de revisão, publicação e divulgação passaram a ser de responsabilidade da recém-criada Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 1946 (BENEDICTO et al., 2013; RAMOS, 2014). Mas apesar de incorporar, lembram Sohsten e Medeiros (2016), nomenclaturas utilizadas para classificar os quadros psíquicos dos já citados veteranos de guerra, ainda estavam ausentes vários transtornos de personalidade e situações reativas de interesse dos psiquiatras clínicos norte-americanos (AGUIAR, 2004; DERBLI, 2011; BEZERRA JR., 2014).

Essas omissões, somadas às insatisfações dos psiquiatras norte-americanos que como membros da OMS eram obrigados a utilizar a nomenclatura presente nessa versão da CID, fez com que a Associação Médico-Psicológica Americana, posteriormente chamada de Associação Psiquiátrica (APA), decidisse elaborar sua própria classificação, em alternativa à CID-6, para uso nos Estados Unidos. Importante lembrar que uma das críticas dirigidas à CID era que não era propriamente um manual diagnóstico, mas apenas um sistema classificatório.

Desse modo, e com o propósito de auxiliar o processo diagnóstico, foi publicada, em 1952, a primeira versão do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-I), fruto de um comitê presidido pelo psiquiatra George Raines, do qual faziam parte representantes de várias outras profissões e de agências públicas de saúde (VIANA, 2010). Considerado o primeiro manual oficial de distúrbios mentais focado no uso clínico³, continha instrumentos que auxiliavam a fazer o diagnóstico, além de um glossário de descrições das categorias diagnósticas. Vale lembrar que o campo da psicopatologia, no início da década de 1950, era

³ Disponível em: <<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

marcado pela pluralidade de orientações e princípios, norteadas por dois grandes paradigmas: o clínico-descritivo, baseados nos tratados nosográficos de Pinel e Esquirol, e o etiológico-anatômico, baseados nas obras de Morel, Kahlbaum e Griesinger (BEZERRA JR., 2014).

O DSM-I⁴ apresentava 106 categorias diagnósticas organizadas em forma de parágrafos, destacando aspectos subjetivos e relacionais dos pacientes (BEZERRA JR., 2014). Trazia uma descrição clínica influenciada pelo sistema diagnóstico de Adolf Meyer, com predomínio de categorias psicodinâmicas, entre as quais destacava-se a oposição entre neurose e psicose. Precursor da psiquiatria social, Meyer (1866-1950) opunha-se à noção de processo e às divisões propostas por Kraepelin (DUNKERK; KYRILLOS NETO, 2011a; SOHSTEN; MEDEIROS, 2016). Enquanto Kraepelin sustentava a hipótese da causação orgânica para os transtornos mentais, Meyer defendia que os transtornos representavam reações de personalidade a elementos biológicos, sociais e psicológicos (SZAJNBOK, 2013).

O termo reação, presente nesse Manual, é destacado por vários autores, pois, embora originário da psicobiologia de Meyer, refletia como a psiquiatria americana da época entendia a doença mental, ou seja, como reações a problemas da vida e situações difíceis enfrentadas pelos indivíduos. Isso contribuiu para a inclusão, pela psiquiatria de então, de métodos psicoterápicos em seu arsenal terapêutico (BEZERRA JR., 2014; SZAJNBOK, 2013; AGUIAR, 2004). A impossibilidade de adaptação às exigências da vida podia se expressar em reações de maior ou menor gravidade, num espectro que permitia a continuidade entre os domínios da saúde e da doença e entre os diversos graus de comprometimento psíquico. Os sintomas eram entendidos como expressões de conflitos subjacentes, carregando em si um sentido a ser desvendado (BEZERRA JR., 2014).

Embora autores como Aguiar (2004) defendam que a influência da psicanálise podia ser constatada através do uso frequente de expressões como mecanismos de defesa, neurose e conflito neurótico, ou, conforme Bezerra Jr. (2014), pelo espectro psicopatológico ser dividido em transtornos neuróticos, psicóticos ou de caráter, Szajnbok (2013) considera que, apesar de o DSM-I utilizar termos oriundos da psicanálise, estes eram descontextualizados de seu conceito original.

Logo após a publicação do DSM-I, a OMS promoveu uma revisão da classificação proposta na CID-6, da qual participaram membros da APA que também estiveram presentes na criação do DSM-I. Mas a CID-7, publicada em 1955, não apresentou revisões significativas na seção sobre

⁴ Disponível em: <<http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/dsm-1952.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

transtornos mentais, agora nomeada de “doenças mentais, psiconeuroses e perturbações da personalidade” (BENEDICTO et al., 2013), gerando insatisfações por parte dos psiquiatras, ao lado do reconhecimento, pela comunidade científica, da importância das doenças mentais. Essa situação, conforme Viana (2010), fez com que a OMS patrocinasse grupos de estudo para a criação de nova classificação.

Em 1968, novas versões das duas classificações foram publicadas: a CID-8 absorveu novas categorias sob a então rubrica de “transtornos mentais” e o DSM-II⁵ passou a conter 180 desordens mentais. Alguns anos mais tarde a OMS convocou novo grupo de trabalho com a participação de psiquiatras de vários países, responsáveis pela criação de um Glossário de Transtornos Mentais e Guia para sua Classificação, o qual passou a ser utilizado, associado ao CID-8 (VIANA, 2010).

A CID-9, publicada em 1975, após a realização de seminários realizados pela Unidade de Saúde Mental da OMS, alterou, conforme Viana (2010), alguns termos encontrados na CID-8, tornando-os mais descritivos e incorporando, no próprio texto do manual, o glossário antes anexado ao CID-8. Leite (2001) ressalta que essa versão da CID foi a última a ser influenciada pelas nosologia e a nosografia freudianas.

No DSM-II a noção de reação foi abandonada e os aspectos da personalidade individual foram mais enfatizados na compreensão dos distúrbios psíquicos. A presença da psicanálise é destacada por Aguiar (2004), ao constatar a correspondência entre variadas formas de perturbações mentais e diferentes níveis de desorganização psíquica, além da presença maciça do termo neurose, se constituindo na maior classe de perturbação no DSM-II. Já para Bezerra Jr. (2014), a segunda versão do DSM reteve a forte influência da psicanálise, não só porque os termos neurose e psicose ocupavam lugar central, mas, principalmente, “pela natureza simbólica dos sintomas psiquiátricos, a serem tomados como enigmas demandando interpretação” (p.19).

Além de considerar o DSM-II uma extensão da primeira versão, Bezerra Jr. (2014) salienta que seu uso não teve repercussão internacional, ficando restrito à psiquiatria americana. Apesar disso, ele destaca que o DSM-II incluiu duas novas seções: uma dedicada aos transtornos comportamentais na infância e adolescência, e outra voltada para as descrições de desvios sexuais, entre os quais a homossexualidade, num contexto absolutamente distinto da versão

⁵ Disponível em: <<https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2015/08/DSM-II.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

anterior. O ano de sua publicação, 1968, não foi um ano qualquer, mas um ano símbolo de turbulências que afetariam profundamente instituições e a cultura em várias partes do mundo. Isso fez com que, pela primeira vez na história das classificações psiquiátricas, o estatuto patológico de uma condição fosse contestado em praça pública. Em 1970, representantes e simpatizantes do movimento gay invadiram o congresso da APA protestando contra a patologização da homossexualidade, produzindo uma discussão que culminou, após os trabalhos de uma comissão e posterior votação entre os membros da APA, na retirada da categoria na sétima edição do DSM-II (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011a; BEZERRA JR., 2014).

Durante toda a década de 1960, a psiquiatria já havia sido questionada por aqueles que estavam insatisfeitos com as pesquisas geradas pelo modelo vigente e por aqueles mais próximos à vertente biológica, insatisfeitos com o distanciamento da medicina tradicional, pois, conforme Aguiar (2004), a maioria dos trabalhos em psiquiatria seguia duas vertentes: de um lado, a teoria psicanalítica e de outro, a psiquiatria social comunitária. Na mesma época, lembra Derbli (2011), o movimento antipsiquiátrico defendia que a definição das doenças mentais deveria ser prerrogativa das ciências sociais, já que suas causas eram psicossociais. Entretanto, Aguiar (2004) ressalta que um grupo de pesquisadores da Universidade de Washington, em St. Louis, liderado por Eli Robins e Samuel Guze, seguia noutra direção. O objetivo deles era desenvolver instrumentos para aumentar a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos, publicando, em 1972, os critérios de Feighner, no qual foram delimitadas 15 condições clínicas. Além desse artigo ser o mais citado na literatura entre 1970 e 1980, os critérios de Feighner serviram de referência, acrescenta Aguiar (2004), para o *Research Diagnostic Criteria* (RDC), um estudo de diagnósticos para a pesquisa, publicado em 1975, patrocinado pelo *National Institute of Mental Health* (NIMH).

Em 1974, ainda conforme Aguiar (2004), a APA nomeou o psiquiatra Robert Spitzer, um dos principais colaboradores do RDC, para coordenar um grupo de trabalho, cujo objetivo era produzir uma nova versão diagnóstica para a psiquiatria americana, o DSM-III. O grupo era constituído, em sua maioria, por membros ligados à Universidade de Washington, mais comprometidos com a pesquisa que com a clínica. Suas diretrizes, acrescenta Derbli (2011), incluíam a adoção de critérios descritivos, através de sintomas observáveis, e exclusão de modelos teóricos, diferentemente das duas primeiras versões que enfatizavam fatores etiológicos.

Desse modo, o DSM-III, publicado em 1980, contou com 295 categorias diagnósticas (APA, 1980), sendo objeto de rápida revisão, iniciada três anos depois, igualmente coordenada por Spitzer, cujo produto, publicado em 1987, no DSM-III-R, apresentou novas definições para categorias já propostas e sugeriu a inclusão de outras em estudo (DERBLI, 2011). No DSM-III ocorreu a substituição do termo doença mental por desordem mental, além de várias outras, com a substituição da nosografia freudiana pelo uso generalizado do termo transtorno. Mas esse processo não foi tranquilo, observa ainda Derbli (2011), pois alguns psiquiatras eram contrários à retirada de qualquer menção à etiologia das doenças, afastando-se da nomenclatura contida no CID-9. Outra questão que gerou debates foi a retirada da categoria neurose como entidade nosológica (BEZERRA JR., 2014; DERBLI, 2011; DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011a). Buscando evitar que a nova versão do DSM fosse recusada pelos psiquiatras, Spitzer e seu grupo aceitaram manter o termo ‘transtorno neurótico’.

Szajnbok (2013) salienta que, durante toda a década de 1980, o DSM-III se tornou não apenas um guia para a prática clínica e pesquisa, como também o principal instrumento na formação psiquiátrica, substituindo a leitura dos tratados clássicos de psiquiatria clínica e das bases fenomenológicas da psicopatologia. A autora considera que essa prática produziu um estreitamento da formação de jovens psiquiatras – e devemos acrescentar jovens psicólogos – pois tanto a psicanálise quanto a psicopatologia fenomenológica se distanciaram dos programas de residências médicas, fazendo com que aqueles que não viveram a transição, justamente por serem jovens, tendessem a acreditar ingenuamente nessa nova psiquiatria, sem considerar aspectos sociopolíticos envolvidos nessa classificação. Dunker e Kyrillos Neto (2011a, p.9) esclarecem que os contextos e variantes sociais foram “reduzidos a ‘síndromes culturais específicas’ ou distribuídos por um entendimento muito limitado do campo social na determinação, expressão e caracterização dos transtornos mentais”. De minha parte, defendo que uma formação de médicos e psicólogos, que se pretenda rigorosa, deveria incluir um estudo mais aprofundado sobre as classificações diagnósticas – história, contextos e objetivos.

O DSM-III representou, para muitos autores (FACÓ, 2008; GOLDESTEIN, 2014; BEZERRA JR., 2014), um novo paradigma na classificação de doenças, reproduzindo a batalha que se formou na área e “um marco no processo de remedicalização da psiquiatria”, destaca Aguiar (2004, p.60). Para Bezerra Jr. (2014), a terceira versão do DSM se afastou radicalmente dos princípios que orientaram os DSMs anteriores, expressos através de três pontos fundamentais: a adoção de uma descrição “a-teórica”, a adoção de critérios específicos para cada categoria diagnóstica e a introdução de um sistema multiaxial.

A proposta de um manual “a-teórico” é considerada por Bezerra Jr. (2014) como uma manobra para romper com a psicanálise, refletida na substituição da concepção do sintoma como signo, para ser definida como sinal. Posição compartilhada por Lima (2014), para quem a empreitada dos DSM era marcadamente antipsicanalítica. Desse modo, o diagnóstico deixava de ser pensado como possibilidade de entendimento de conflitos, desarranjos intrapsíquicos ou relacionais, transformando-se numa espécie de coleta de distúrbios visíveis. Além disso, Bezerra Jr. (2014) sublinha que a tão propalada proposta “a-teórica”, cujo objetivo explicitado era permitir o diálogo entre profissionais de distintas abordagens, na verdade se devia à crescente importância das descrições biológicas, alavancadas pelo sucesso alcançado pelas intervenções farmacológicas. Essa posição é compartilhada por muitos autores (AGUIAR, 2004; DERBLI, 2011; LEITE, 2001; ROUDINESCO, 2000), para quem a chegada dos psicofármacos fez com que a década de 1980 se tornasse um marco a partir do qual o discurso da psiquiatria biológica se tornou hegemônico no campo da psiquiatria. Ainda para Bezerra Jr. (2014), o objetivo era claro e declarado: “transformar o panorama clínico da psiquiatria, recuperando a aspiração de transformar a nosologia num empreendimento científico, voltado para a delimitação de síndromes precisas que pudesse levar à descoberta de doenças subjacentes definidas como entidades anátomo-clínicas” (p.21).

Embora isso indicasse, a princípio, e para alguns autores, como Szajnbok (2013), uma filiação ao sistema nosológico proposto por Kraepelin, Bezerra Jr. (2014) destaca que o DSM-III se afastava dele em um ponto fundamental: enquanto Kraepelin agrupava os quadros sintomatológicos baseado em hipóteses etiológicas e no acompanhamento estrutural e evolutivo dos pacientes, o DSM-III recusava qualquer explicação etiológica para o diagnóstico, estabelecendo critérios específicos para cada categoria diagnóstica, com fronteiras muito bem definidas e critérios claros de inclusão e exclusão. Redefinia-se a noção de doença mental, ao romper com a ideia, presente nos manuais anteriores, de um *continuum* entre normalidade e patologia e entre distintas patologias. Para Aguiar (2004, p.37), “os medicamentos tornaram imprescindível a delimitação de fronteiras precisas entre os estados normais e patológicos”, para distinguir aquelas que deveriam ser medicadas das que não necessitariam dessa intervenção.

Outro ponto destacado por Bezerra Jr (2014), Dunker e Kyrillos Neto (2011b) é a abordagem multiaxial, redefinindo o diagnóstico e ampliando-o para além do encontro clínico. Desse modo, o diagnóstico se ampliava em quatro eixos: transtornos de desenvolvimento, transtornos e condições de natureza física, fatores psicossociais e avaliação funcional. Essa abordagem,

acrescenta Bezerra Jr. (2014), transformava o diagnóstico em instrumento de pesquisa, podendo ser usado para diversos fins, como estudos epidemiológicos, ensaios controlados para avaliação de psicofármacos, pesquisas multicêntricas etc. Tais exigências, emergentes no cenário dos anos 1970-80, modificaram radicalmente a clínica psiquiátrica, desde a concepção do que seja uma doença mental e o modo de tratá-la, até a vida social e cultural norte-americana e de outros países. Nessa direção, Ramos (2014), observa que:

[...] não é casual que a estratégia classificatória operacionalista posta em prática pela série dos DSM a partir de 1980 tenha sido criada e desenvolvida nos Estados Unidos, país que nunca chegou a estabelecer um sistema público de saúde. O fato de que, nesse país, a cobertura em saúde não constituir um dever do Estado, mas um elemento contratual nas relações entre trabalhadores e a iniciativa privada, desde sempre colocou a obtenção de um diagnóstico como condição necessária para o acesso ao cuidado (p.213-214).

Bezerra Jr. (2014), por sua vez, adverte que não podemos atribuir todas essas mudanças unicamente ao DSM-III, mas a um conjunto de fatores e acontecimentos, dos quais ele destaca como principais: a ascensão do naturalismo; a contestação à instituição psiquiátrica e seus instrumentos; a desinstitucionalização e o surgimento do campo da saúde mental; a emergência da indústria farmacêutica e a pesquisa experimental e, finalmente, o pano de fundo sociocultural.

Para abordar a ascensão do naturalismo Bezerra Jr. (2014) retoma a tensão presente nos DSM-I e II, entre as concepções biológicas e psicossociais, dividindo os transtornos entre aqueles relacionados a distúrbios cerebrais e aqueles que ocorrem sem a presença deles. Embora o DSM-III apresente um capítulo dedicado aos transtornos mentais orgânicos, ele é complementado pela observação de que sua presença “não implica que transtornos mentais não-orgânicos (funcionais) são de algum modo independentes de processos cerebrais” (p.23). Essa mudança reflete, para o autor, os efeitos dos psicofármacos, introduzidos na década de 1950, como a clorpromazina, “que não se revelou curativa, como de início se supunha”, acrescenta Szajnbok (2013, p.89). Essa substância, de acordo com Bezerra Jr. (2014), ao lado de ansiolíticos e antidepressivos tricíclicos, contribuiu para retirar a centralidade dos tratamentos hospitalares, ampliando as condições tratáveis pelos psiquiatras, dando início, conforme Birman (2001):

[...] a um lento, mas decidido processo de oferecer à psiquiatria tanto um fundamento biológico, quanto um instrumento terapêutico dotado de alguma eficácia operatória. Se ela não era capaz de realizar a cura efetiva das ditas perturbações do espírito, poderia ao menos controlar as produções sintomáticas dessas perturbações (p.22).

Além disso, a descoberta da dupla hélice do DNA, em 1952, associada à neuroplasticidade, epigenética e métodos de imagem cerebrais, teria acendido, para Bezerra Jr. (2014) – ou deveríamos dizer reacendido? – as expectativas da biologia vir a ser uma ciência do homem total, consolidando-se como um discurso privilegiado no entendimento da condição humana, não só para trabalhadores do campo da saúde, como também pela população em geral.

A década de 1960, como dito anteriormente, fora marcada por vários movimentos, muitos iniciados nos EUA, tais como os movimentos hippie, gay, feminista, contestação à guerra do Vietnam, pelos direitos civis, dentre outros. Tal como o chamado Maio de 68, iniciado na França, esses movimentos se ampliaram, contestando e criticando vários setores das sociedades ocidentais, configurando um clima de forte politização do cotidiano frente a situações e/ou instituições consideradas opressoras, entre as quais as instituições psiquiátricas. Além disso, críticas vindas do próprio campo questionaram a confiabilidade dos diagnósticos, sustentadas em pesquisas como a de Cooper e a de Roseham, publicadas em 1972 e em 1973, respectivamente. A primeira, de acordo com Bezerra Jr. (2014), demonstrou, em números, a disparidade dos diagnósticos psiquiátricos, pois, enquanto 60% dos pacientes em Nova York eram diagnosticados com esquizofrenia, em Londres eles representavam 30%, ao lado de 49% diagnosticados com psicose depressiva, mania ou distúrbios de personalidade, que em Nova York, apareciam apenas em 10%, aumentando a pressão para que se criasse um sistema classificatório confiável. A segunda demonstrou a inconsistência do principal instrumento da psiquiatria, o diagnóstico. No estudo em questão⁶, oito pseudopacientes, mentalmente sadios, se dirigiram a hospitais psiquiátricos solicitando internamento, relatando que ouviam vozes. Todos foram hospitalizados e receberam alta com o diagnóstico de esquizofrenia em remissão, “um acontecimento desconcertante para a psiquiatria” (AGUIAR, 2004, p.36).

O movimento em direção à desinstitucionalização, associado aos recém-chegados psicofármacos, foi quase uma consequência natural e, ao mesmo tempo, causa de criação de serviços de saúde mental centrados nos territórios e não nos hospitais ou asilos, possibilitando a assistência psiquiátrica, mas não apenas, dos egressos dessas instituições. A criação dos Centros Comunitários de Saúde Mental, em 1963, exigiu planos e programas de larga escala para sua implantação, que, por sua vez, exigiram sistemas de classificação simples, estáveis e consensualmente aplicados, tanto para serem avaliados, como para permitir estudos

⁶ Disponível em:

<<https://www oulu.fi/sites/default/files/content/AOH%20Terveen%C3%A4%20ep%C3%A4terveiss%C3%A4%20paikoissa.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

epidemiológicos e estatísticos confiáveis, condições inexistentes nos DSMs anteriores. Entretanto, a ampliação do atendimento para além dos pacientes crônicos, passou a incluir pessoas com algum sofrimento psíquico, e ampliou as opções terapêuticas, legitimando novas profissões a terem acesso a esses doentes. Isso pôs em risco o monopólio médico, refletindo-se, por sua vez, no processo de remedicalização da psiquiatria, do qual o DSM-III faz parte (BEZERRA JR., 2014).

O processo de remedicalização foi reforçado – ou deveríamos dizer provocado? – por exigências da indústria farmacêutica que, por sua vez, dependia de estudos experimentais para ter aprovação dos medicamentos, exigida pelo governo americano a partir de 1962, após a tragédia com a talidomida. Lançada em 1957 como tranquilizante e sedativo que não provocava dependência e poderia ser utilizada por grávidas, pôs em evidência, pela primeira vez, os efeitos colaterais dos medicamentos nos fetos, ressalta Aguiar (2004).

Além de tornar obrigatória a prescrição médica para várias classes de medicamentos, a nova lei exigiu que todos os medicamentos tivessem segurança e eficácia testadas em ensaios clínicos randomizados duplo-cegos controlados com placebo (AGUIAR, 2004; BEZERRA JR., 2014). Isso implicava que tinham que ser testadas e se mostrar eficazes no tratamento de doenças específicas, gerando, conseqüentemente, o aumento de itens nas classificações, fazendo Quinet (2006, p.10) se perguntar: “a evolução da ciência propõe novos remédios a novos males, ou estaríamos diante de seu avesso? A novos remédios, pseudo novos males?”. Aguiar (2004, p.61) acrescenta: “O DSM-III produz, na psiquiatria, uma mudança de perspectiva, onde o foco passa dos sujeitos singulares para os transtornos universais”. Essa mudança configura mais um afastamento entre a psicanálise e a psiquiatria.

Como pano de fundo sociocultural, Bezerra Jr. (2014) se refere à penetração social das categorias diagnósticas, que, sem dúvida, passaram a fazer parte das construções identitárias, das quais somos testemunhas, dentro e fora dos consultórios: “será que sou bipolar?”, pergunta um paciente que tem momentos de tristeza e raiva, como qualquer humano. “Soube que criaram um ambulatório exclusivo para tratar de minha doença, fibromialgia, devem ser especialistas”, diz outra paciente para justificar sua transferência de ambulatório.

Crianças, adolescentes e adultos são diagnosticados rapidamente como portadores de Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade⁷ (TDA/H), assim como

⁷ Conforme alguns autores, o identificador desse transtorno, Leon Eisenberg, declarou, sete meses antes de sua morte, em 2009, que sua descoberta era uma doença fictícia (DUNKER, 2014; FREUD, 2014).

rapidamente medicados, sem questionamentos sobre a implicação do sujeito na queixa, confirmando a posição de Lacan (2001 [1966], p.8) quando advertia sobre “a aceleração que vivemos quanto ao lugar da ciência na vida comum”. Estes são alguns exemplos da clínica, e que alcançaram, destaca Zorzaneli (2014), além de médicos e pacientes, professores e outros profissionais, inserindo-se na terminologia leiga através de matérias de saúde veiculadas em diferentes mídias, passando a compor o vocabulário cotidiano, nomeando nossos sofrimentos e/ou, como afirmou Frances⁸ (2014), transformando problemas cotidianos em transtornos mentais. Para ele, a inflação diagnóstica causa danos ao fazer médicos, pais, pacientes e público em geral, acreditarem que o transtorno psiquiátrico é algo muito comum e de fácil solução. Por isso ele adverte: “não há tratamento mágico contra o mal-estar”.

Ao lado disso, Bezerra Jr. (2014) acrescenta, estão os sentimentos de insegurança causados pelo autocontrole, uma das consequências da modernidade, apontadas por vários autores de áreas diversas (GIDDENS, 1991; ELIAS, 1994; BRUCKNER, 1997; HAN, 2017; BIRMAN, 2012), além da crescente banalização das tecnologias de monitoramento e regulação da vida cotidiana, da vigília, da atenção, do sono etc. Monseny (2001) inclui uma preocupação ética frente a possíveis efeitos determinantes que diagnósticos podem ter para determinados sujeitos, já que, “apesar das promessas de confidencialidade, a sociedade informatizada torna a informação especialmente vulnerável, e que um diagnóstico psiquiátrico feito hoje pode se converter em uma dificuldade de inserção no mercado de trabalho amanhã” (p.69-70).

Os cinco pontos elencados por Bezerra Jr. (2014) para descrever os bastidores da criação do DSM-III são questões relevantes, que, sem dúvida, ainda valem para a atualidade, mas talvez, não mais como pano de fundo, mas como “pano de frente”, ou seja, tratadas publicamente. Elas continuam – ainda bem – a promover embates e discussões, exigindo posicionamentos dos profissionais que atuam direta ou indiretamente no campo da saúde mental.

Aguiar (2004) levanta outra relevante questão: se os medicamentos já se faziam presentes desde os anos 1950 e a antipsiquiatria tinha se difundido nos anos 1960, por que os agentes influentes da psiquiatria norte-americana só se posicionaram pela remedicalização em 1970? Sua resposta acrescenta outro elemento a esse mar de motivos: a restrição financeira imposta aos centros de pesquisa e reembolso dos tratamentos psiquiátricos na década de 1970. Os fundos de pesquisa do *National Institute of Mental Health* (NIMH) foram reduzidos 5% ao ano entre 1965 e 1972

⁸ Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html>. Acesso em: 18 out 2020.

e as seguradoras, que antes reembolsavam integralmente consultas psiquiátricas, passaram a reembolsar 20 consultas ambulatoriais e 40 dias de internação por ano.

Após o DSM-III, em 1994, acrescenta Aguiar (2004), os fundos de pesquisa do NIMH foram de 600 milhões de dólares, muito além dos 90 milhões investidos em 1976. Além disso, sob a influência do instituto, o Congresso norte-americano declarou os anos 1990 como a década do cérebro, salvaguardando a profissão frente às grandes corporações privadas, como seguradoras e indústrias farmacêuticas. Considerado como a segunda grande revolução da psiquiatria, sua emergência se transformou, ao mesmo tempo, em causa e efeito da internacionalização da psiquiatria, sendo traduzido, dois anos após sua publicação, em mais de vinte idiomas, impondo ao mundo o modelo norte-americano, refletido no título do décimo congresso da Associação Mundial de Psiquiatria, realizado em Madri, no ano de 1996: “*One word, one language*” (p.45).

O Relatório da Conferência Internacional para a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças, em 1989, que aprovou a CID-10, incluiu um comentário sobre a necessidade de um desenvolvimento para uma adaptação do programa da saúde mental, além da proposta de compilação dos códigos da CID relevantes para psiquiatria e neurologia, ou seja, a adaptação do CID-10 para essas especialidades, publicadas sob os nomes *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders e ICD-NA – Aplicacion of the International Classification of Diseases to Neurology – Clinical description and diagnostic guiderlines*. Também indicou o fluxo a ser seguido pela OMS para atualização das CID, através de consultas públicas, via internet, passando por debates em encontros presenciais até sua aprovação final (LAURENTI et al., 2013).

O Relatório também recomendou que “a OMS endosse o conceito de um processo de atualização no período entre duas revisões e considere os mecanismos para que esta atualização seja colocada em prática” (CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS – CBCD, 2020). Mecanismos para atualizar a CID-10 foram então estabelecidos, através da criação, em 1997, do Grupo de Referência de Mortalidade (*Mortality Reference Group*) – MRG e do Comitê de Referências de Atualizações (*Update Reference Committee*) – URC, estabelecido em 2000. O URC recebe propostas do Grupo de Referência de Mortalidade e membros dos Centros Colaboradores da OMS para a Classificação de Doenças, analisa-as e submete as recomendações de mudanças na CID-10 aos Diretores dos Centros Colaboradores a cada ano. O URC também desenvolve as políticas para gerenciar o processo de atualização (CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS – CBCD, 2020). De forma semelhante ao que ocorreu com o DSM-III, a CID-10 abandonou as referências freudianas ao

transformar “a unidade freudiana das neuroses em entidades separadas, tais como o transtorno de ansiedade, os quadros dissociativos, o TOC etc” (LEITE, 2001, p.33).

Para Quinet (2006), a substituição das doenças próprias da psiquiatria clássica por transtornos em uma descrição deliberadamente atórica, restrita a fenômenos observáveis que pudessem ser compartilhados por psiquiatras de todo o mundo e eliminados com medicamentos, exclui o sujeito e sua história do processo de cura. Essa prática, ele ressalta, configura a ética do bem-estar dos pacientes, e não a ética do bem dizer, proposta por Lacan (2003 [1973]), para quem a única possibilidade de permitir aos sujeitos a implicação em seus sofrimentos é sua responsabilização no gozo dos seus sintomas.

Em 1994, a APA publicou o DSM-IV com 297 classificações, mantendo a orientação descritiva das duas anteriores, com poucas alterações. Para Goldenberg (2014, p.39) a utilidade desse manual, fruto de uma política farmacêutica, é orientar os psiquiatras sobre quais remédios prescrever, após “capturar o paciente em uma rede completa: vertical (o diagnóstico de sua doença) e horizontal (situação do paciente e de seu transtorno nos diferentes campos: orgânico, social, laboral, familiar educacional)”. Sohsten e Medeiros (2016) descrevem o processo diagnóstico psiquiátrico, que começaria com um *checklist* de critérios predeterminados, quando o psiquiatra compararia as manifestações do indivíduo com um grupo já estabelecido de comportamentos vistos como adoecidos, para classificá-lo e prescrever o melhor tratamento, de ordem farmacológica, obviamente. As autoras recorrem a Gelder (2006), para afirmar que “não há nenhuma finalidade nesse conjunto descritivo do adoecimento humano. Ele apenas se faz para ali categorizar, ativar gavetas, que alocam expressões ditas doentes” (apud SOHSTEN; MEDEIROS, 2016, p.61). De fato, se tomarmos algumas descrições do caminho seguido em um diagnóstico psiquiátrico, encontraremos descrições semelhantes. Na descrição da consulta médica feita por Câmara (2007), ele resume:

O paciente procura o médico com um conjunto de queixas. Este entrevista-o, ordena seus sintomas e faz perguntas adicionais. Então formula sua hipótese diagnóstica e a confirmará através de sinais específicos ou marcadores biológicos determinados em laboratório. A tarefa de dizer se o paciente está doente ou não e classificar sua doença é do médico. Em seguida, este explicará ao seu paciente como a doença poderá evoluir e os malefícios que isso trará, e o convida a interromper este curso fatídico através de um tratamento específico, concluindo o ato médico (p.61).

Ao afirmar que o diagnóstico psiquiátrico é baseado em um sistema sindrômico e não nosológico, isto é, as informações colhidas na consulta são utilizadas para identificar sinais e

sintomas, Aguiar (2004) acrescenta que, embora façam parte da doença, não indicam sua causa, sua doença, que configuraria o diagnóstico nosológico. Para ele,

[...] como não existem marcadores biológicos para as doenças psiquiátricas [...] essa confusão entre síndrome e doença aparece como efeito do processo de abstração que o DSM produziu na psiquiatria, isolando os sintomas como algo transcendente ao sujeito que os sofre e tomando-os como expressão de entidades universais. Desse modo, só tem relevância os sintomas que puderem constituir sinais da 'doença'. Da narrativa do paciente, só tem importância o que puder ser traduzido em critérios diagnósticos (p.81).

Apesar de considerar essa abstração importante para a pesquisa, Aguiar (2004) ressalta o risco de torná-la uma clínica reducionista, estreitando o campo de intervenções, já que o tratamento se configura em eliminar sintomas o mais rapidamente possível com o uso de medicamentos, negligenciando o sujeito e suas singularidades, assim como o processo envolvido na produção de tais sintomas. A propósito, mesmo vinda do campo da literatura, Clarice Lispector já nos advertira: “Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso – nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro” (LISPECTOR, 2002, p.164).

Por outro lado, não podemos desconsiderar o posicionamento crítico de alguns psiquiatras frente a esse modelo, embora isso não signifique, necessariamente, uma aproximação à psicanálise, mas uma forma de diagnosticar que se pretende mais humanista. Para Gorenstein e Andrade (2005), a tarefa do psiquiatra tem início na anamnese, baseada tanto em conhecimentos teóricos, quanto em sua prática clínica, e contempla a exploração do mundo fenomênico das experiências mentais, temperamento, capacidades intelectuais, além de comportamentos variados, para reconhecimento dos sintomas que necessitam de atenção médica. Elas consideram que essa tarefa não pode ser substituída por instrumentos diagnósticos, exames subsidiários e/ou escalas de avaliação, prejudiciais para a clínica e pesquisa, quando submetidas ao mau uso por profissionais não treinados, que desconhecem os conceitos subjacentes ou que ultrapassam seus limites.

Ao perguntar por que encontrar critérios operacionais para fenômenos psicológicos ou para que mensurá-los pela intensidade ou frequência, as mesmas autoras acabam desvelando que, embora esses instrumentos busquem um “padrão ouro” nos diagnósticos, que possam ser compartilhados, inevitavelmente incluem em sua avaliação aspectos subjetivos, tanto dos psiquiatras, quanto de seus pacientes. Desse modo, elas acrescentam que, frente à mensuração em psiquiatria, podemos encontrar aqueles que a aceitam, mesmo reconhecendo limitações e críticas, e os que a repudiam convictamente, os quais consideram que as avaliações

padronizadas são simplistas e, ao transformarem uma dimensão clínica em número ou categoria, relegam a segundo plano o julgamento clínico subjetivo.

Posição semelhante é apresentada por Banzato e Pereira (2014), quando descrevem uma forma mais ampla de diagnosticar da psiquiatria, bem diferente da simples categorização em rubricas elencadas nos manuais diagnósticos, embora reconheçam que diversos diagnósticos médicos são realizados exclusivamente no plano sintomatológico. Para eles, além de interpretar as queixas e outras manifestações daquele indivíduo, cabe ao médico examinar o que aquele corpo revela, dando-lhe ou não o valor de sintoma ou sinal, o que deve ser feito em um ambiente acolhedor, sensível às manifestações singulares daquele sujeito, irreduzíveis a qualquer forma de conhecimento tecnicamente codificado. A partir dos indícios encontrados, seria construído um raciocínio crítico orientando as etapas seguintes da investigação, com o objetivo de confirmar ou não as hipóteses levantadas, configurando o diagnóstico diferencial e, conseqüentemente, o estabelecimento de eventuais prognósticos, alvos e estratégias de tratamento, que incluirão a subjetividade do clínico, seja através da escolha de exames, sua interpretação deles e/ou das estratégias de tratamento escolhidas.

Além de considerar que o traço que mais diferencia a psiquiatria de outras especialidades é que suas entidades diagnósticas não são definidas a partir de substratos biológicos, e que o corpo, especialmente o cérebro, desempenha papel fundamental neste processo, Banzato e Pereira (2014, p.38) ressaltam que a “unidade de análise por excelência de toda clínica médica é o homem em seu complexo processo de adoecer [...], que lida com sujeitos, isto é, com agentes corporificados que não se se deixam apreender inteiramente pelas categorias conceituais objetivantes”. Assim, devem ser avaliados em diferentes níveis: “em uma esfera micro, onde o corpo é examinado com crescente detalhe e em uma esfera macro, que ultrapassa o indivíduo e inclui o mundo das relações e a vida social” (p.41). E, como se não bastasse, eles acrescentam que “o diagnóstico deve se valer das classificações nosográficas, mas sem se restringir às mesmas” justificando que “as classificações devem servir ao diagnóstico e não o contrário” (p.46).

Ainda sobre o corpo, cabe lembrar de que, enquanto para a medicina, em geral, é formado por órgãos, tecidos e células, o corpo para a psicanálise não se restringe a isso. Considera que o sujeito não é só um organismo, mas possui um corpo atravessado e/ou afetado pelas dimensões real, simbólica e imaginária, recortado por sua história, produzindo efeitos que nem sempre respeitarão a anatomia, como nos advertiu Freud (1976 [1886]). Isso foi testemunhado pelos médicos, desde a Antiguidade, através de fenômenos históricos, e ainda é na

contemporaneidade, quando as dores da fibromialgia, por exemplo, os interrogam ao seguir percursos distintos dos indicados pela anatomia.

Essa visão reducionista também é discutida por alguns médicos e/ou estudantes, quando questionam sua própria formação. Ao voltar o olhar para a formação médica contemporânea, percebem, “na maioria das vezes, o aprendizado do corpo em seu contexto macroscópico/anatômico, fisiológico e microscópico, com enfoque no universo físico, sendo ensinado de maneira compartimentalizada, sem considerar aspectos subjetivos” (MORAES; SOUZA, 2011).

Ao se debruçar sobre a relação existente entre diagnóstico e tratamento, Aguiar (2004) acrescenta mais um importante aspecto, quando considera que “os instrumentos diagnósticos na psiquiatria apresentam uma vulnerabilidade que permite o deslizamento, na clínica, do tratamento de determinados quadros patológicos – em que o uso de medicamentos pode estar bem indicado – para um processo de medicalização da vida cotidiana” (p.73). Nessa direção, o autor destaca a importância de diferenciar o sofrimento psíquico associado a dificuldades da existência do sofrimento mental gerado por patologias psiquiátricas. “Enquanto o primeiro deveria demandar unicamente um acompanhamento psicoterápico, pois não constitui uma patologia, o segundo poderia ser tratado também através de medicamentos psicotrópicos” (p.138).

Por isso, não deixa de ser no mínimo curioso que, ao criticar a classificação proposta por Magnan à Sociedade Médico Psicológica de Paris em 1888, baseada na teoria da degenerescência, Falret tenha levantado pontos discutíveis ainda hoje: os limites pouco claros e difusos entre os sofrimentos da vida cotidiana e os sofrimentos profundos; a insistência em pensar as patologias sempre caminhando em direção ao agravamento e a busca, quase sempre fracassada, de encontrar, no cérebro, a origem de infinitas síndromes (CAPONI, 2011).

O DSM-V foi publicado em 2013 e incluiu, antes da denominação de cada transtorno, os códigos da CID-10. Zorzaneli (2014) ressalta que se esperava que essa revisão sugerisse uma nova concepção de transtorno mental que, se não resolvesse, ao menos atingisse o excesso de diagnósticos. Além disso, ela acrescenta, essa versão do DSM foi a primeira aberta ao debate *on-line*, e seu primeiro esboço, publicado em 2011, gerou várias questões. De acordo com Szajnbok (2013), muito se discutiu sobre os novos diagnósticos e os que foram suprimidos, além do abandono do sistema multiaxial, e seus possíveis efeitos na prática e pesquisa psiquiátricas. Ainda segundo ela, uma das questões mais polêmicas foi a introdução do aspecto

dimensional nos diagnósticos, ou seja, além de considerar a existência ou não de um sintoma, deve-se também verificar sua intensidade, “chegando a se pensar em estabelecer limites para populações de risco para um ou outro transtorno psiquiátrico e, mais assustador, se conjecturou implementar medidas preventivas para reduzir os pretensos riscos” (p.95).

A posição de Thomas Insel, diretor do NIMH, maior organização de pesquisa e tratamento em saúde mental do mundo, conforme Zorzanelli (2014), parece confirmar a direção apontada pelos DSMs ao anunciar, semanas antes da publicação do DSM-V, “o projeto de transformar o diagnóstico por meio da construção de uma nova nosologia, embebida na pesquisa genética, nos estudos de imageamento, na ciência cognitiva, e acessando, dessa forma, outros níveis de informação não disponíveis pelo sistema DSM” (p.56). Ainda segundo Zorzanelli (2014), a referida posição de Insel demonstra que

O campo de forças presente no campo psiquiátrico nunca está efetivamente estabelecido e move-se condicionado por interesses, órgãos majoritários, movimentos de pacientes e outros elementos que não se podem prever, não necessariamente mais vantajosos clínica, ética e/ou politicamente, interferindo nos rumos da história da psiquiatria contemporânea (p.56).

A CID 11, aprovada em junho de 2018, foi apresentada pela OMS aos Estados Membros em maio de 2019, durante a Assembleia Mundial de Saúde e sua utilização está prevista para ocorrer a partir de 1º de janeiro de 2022. Pela primeira vez em formato eletrônico, foi projetada para uso em vários idiomas. De acordo com Jakob, líder da equipe de classificação de terminologias e padrões da OMS, um dos importantes princípios dessa revisão foi a simplificação da estrutura de codificação e ferramentas eletrônicas para permitir que “os profissionais de saúde registrem as condições de forma mais fácil e completa.” Motivo de orgulho para o diretor geral da OMS, Ghebreyesus, a CID “nos permite entender muito sobre o que faz as pessoas adoecerem e morrerem e agir para evitar sofrimento e salvar vidas” (OPAS/OMS Brasil, 2019⁹). A 11ª revisão da CID apresentou novos capítulos que incluem saúde sexual, reunido questões relacionadas a gênero, antes sob a rubrica de saúde mental, e acrescentou o transtorno de jogos eletrônicos à seção de transtornos que podem causar adição.

Zorzanelli (2014) levanta outras questões, talvez especificamente brasileiras, sobre os dois documentos, CID e DSM, que podem provocar novas reflexões. Ela pergunta: por que a atenção se volta para o DSM, se as burocracias médicas no país, no campo da saúde mental, são regidas

⁹ Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875>. Acesso em: 30 maio 2020.

pela CID, publicada pela OMS? Por que dar tanta importância ao DSM, em sua capacidade de produzir práticas e horizontes no saber psiquiátrico global se ele é considerado a bíblia da psiquiatria norte-americana?

Sem excluir as dimensões políticas e econômicas envolvidas nessa questão, o comentário de Aguiar (2004), embora um tanto antigo, talvez ainda sirva de resposta, ao lembrar que:

Nos anos 1960, ainda era possível que pesquisadores individuais conduzissem estudos com a população do hospital onde trabalhavam. Atualmente, os estudos com medicamentos são multicêntricos e frequentemente multinacionais, objetivando englobar um número cada vez maior de pacientes e forçando os pesquisadores a utilizar uma terminologia comum. A terminologia adotada foi, pois, a do DSM-III, tendo como consequência o estabelecimento da hegemonia americana na psiquiatria mundial (p.62).

Mais radical, mais atual e talvez mais surpreendente é a posição de Goldenstein (2014) quando considera que:

A atual geração dos DSM parece estar chegando ao seu limite, após quase cinquenta anos do início de sua formulação. Excessivamente utilizados e valorizados, esses manuais criaram verdadeiros dogmas (chegou-se a utilizar o termo “bíblia da psiquiatria”), dificultando avanços no conhecimento dos transtornos mentais [...]. Esperava-se que, após o incremento nos índices de confiabilidade se tornaria viável aprimorar com segurança as diversas modalidades de validade, mas isso não aconteceu. Não por acaso, ainda que dentro dos mesmos paradigmas epistemológicos, o Instituto de Saúde Mental dos Estados Unidos (NIMH) acabou declinando de manter sua participação nos programas de desenvolvimento à pesquisa através desses instrumentos, reconhecendo que sua utilidade se esgotou (p.153-154).

Outra posição a ser considerada é a de Frances (2014), coordenador da equipe responsável pela redação do DSM-IV. Em entrevista concedida ao jornal *El País*¹⁰, afirmou que “a ampliação de síndromes e patologias no DSM-V vai transformar a atual inflação diagnóstica em hiperinflação”. Após constatar que qualquer pessoa, inclusive ele, poderia ser identificada a um ou mais transtornos declarou: “criamos um sistema de diagnóstico que transforma problemas cotidianos e normais da vida em transtornos mentais” Apesar de defender o uso de medicamentos em transtornos mentais severos e persistentes, que provoquem grandes incapacidades, critica os laboratórios por fazer o público acreditar que os problemas se resolvem com o uso de comprimidos.

¹⁰ Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html>. Acesso em: 18 out 2020.

Destacam-se também as recentes diretrizes belgas, anunciadas em 2019 pelo Conselho Superior de Saúde da Bélgica – CSS (SIMONS, 2019), através de relatório contendo recomendações sobre uso de classificações em saúde mental dirigidas a profissionais, formuladores de políticas públicas e pesquisadores. Ao constatar que os instrumentos mais utilizados para diagnóstico de transtornos mentais – DSM e CID – apresentam problemas fundamentais em termos de epistemologia, validade e confiabilidade, o CSS recomenda que ambas sejam usadas com cautela em diagnósticos e não estejam no centro do planejamento do atendimento. Além disso, o CSS recomenda no Relatório Consultivo do Conselho Superior de Saúde, n. 9360, 2019:

[...] considerar os transtornos psiquiátricos como interativos. Eles testemunham a luta entre pessoa e contexto, e as dificuldades vivenciadas na vida. Por um lado, eles testemunham a individualidade do estado mental de uma pessoa. Por outro lado, eles refletem os desafios que um indivíduo enfrenta em seu ambiente diário (como relacionamentos, circunstâncias sociais e costumes culturais). Além disso, queixas e transtornos psicológicos geralmente refletem uma luta com as incertezas existenciais humanas típicas. Esses componentes formam um todo sistêmico entrelaçado.

Apesar de não fazer referência explícita à psicanálise, as palavras contidas na apresentação da coleção *Uma História da Psiquiatria Clínica* (BERRIOS; PORTER, 2012) podem reacender nossas esperanças de que esse diálogo possa ser mais uma vez retomado:

[...] o afã de correlacionar cada evento psicopatológico a um fator cerebral ou biológico tende a obscurecer a dimensão simbólica, que é parte constitutiva da experiência humana; quando atribuímos uma causa orgânica a um determinado sintoma, separamo-lo automaticamente de seu contexto histórico, social e cultural, o que pode ser um erro. Afinal, se a psiquiatria é uma disciplina híbrida, com os alicerces firmemente assentados nas ciências naturais e sociais, é porque necessita de ambos para dar conta de sua tarefa. O sintoma não pode configurar-se em bases puramente biológicas (p.12).

Os referidos autores retomam Fédida (2001), quando ele mostra preocupação com os rumos da psiquiatria, a qual poderia deixar de ser uma disciplina clínica para se tornar uma “pragmática da prescrição” (FÉDIDA, 2001, p.169), fazendo do psiquiatra um “clínico rápido, um clínico express” (p.170).

Nessa mesma direção, destaca-se a posição de Quinet (2001), quando critica a posição dos psiquiatras que se restringem a fazer o diagnóstico segundo os manuais e prescrever medicamentos. O autor alerta que essa correlação “tende a dispensar o próprio médico e o contato entre médico e paciente, pondo em risco a existência da clínica psiquiátrica” (p.9). Miller (2003) contribui com essa discussão ao desvelar que a utopia contida nos DSMs, o

diagnóstico automático, pode indicar a obsolescência dos psiquiatras, na medida em que diagnósticos poderão ser formulados com a inserção de dados em um programa de computador. Seria o feitiço virando contra o feiticeiro?

O que parecia uma simples ironia parece estar se confirmando, e no Brasil, onde uma psiquiatra desenvolveu, em sua pesquisa de pós-doutorado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), um programa de computador que mede a organização do pensamento por meio da fala e, assim, afirma conseguir diagnosticar esquizofrenia a partir da análise de apenas 30 segundos de discurso do paciente. Tudo isso com 90% de precisão, ela assegura. Embora ainda na fase de testes, o programa fez com que a referida psiquiatra fosse a primeira brasileira e única sul-americana indicada ao prêmio *Nature Research Award* de 2019, na categoria Ciência Inspiradora, na qual concorreu ao lado de nove cientistas mundiais (Tribuna do Ceará, 2019¹¹).

Dunker e Kyrillos Neto (2011a e 2011b) também se inserem entre os que questionam o uso exclusivo de tratamento farmacológico, já que todo sintoma exprime um trabalho subjetivo. Além disso, lembram que o diagnóstico psiquiátrico não expressa a complexidade da condição do paciente, apenas designa o que esse paciente tem em comum com determinado conjunto. Por outro lado, destacam que o diagnóstico em psicanálise, além de ser estrutural, ocorre também sob transferência, na presença de um analista, a quem a fala é endereçada, afastando-os das caricaturas engendradas pelos padrões de sofrimento psíquico contidas nos manuais classificatórios.

Bezerra Jr. (2014, p.12) vai além, ao tomar as próprias categorias psiquiátricas como sintomas, “no sentido freudiano de revelarem de forma deslocada a verdade de um conflito que não se deixa apreender imediatamente”. Ao discorrer sobre os desafios da psiquiatria contemporânea, considera que, quando nomeia a angústia de existir por meio de categorias patológicas, a psiquiatria busca resguardar os indivíduos de um encontro trágico, mas potente, com a convivência inevitável com a frustração, fracasso, sofrimento, dilaceração. E, não por acaso, recorre à afirmação de Szasz (1951, apud BEZERRA JR., 2014, p.9) para quem “a psiquiatria é, entre outras coisas, a negação institucionalizada da natureza trágica da vida”, além de considerá-la como:

Um dispositivo de controle e domesticação da existência social, que reifica experiências de angústia e dor subjetiva ao nomeá-la sob a forma

¹¹ Disponível em: <<https://tribunadoceara.com.br/noticias/saude/cearense-desenvolve-programa-que-acelera-diagnostico-da-esquizofrenia/>>. Acesso em: 30 maio 2020.

de diagnósticos médicos – transformando-as assim, em doenças da mente à espera de vigilância e intervenção, por parte de técnicos (p.9).

Bezerra Jr (2014) considera que mesmo quem não concorda com a posição de Szasz pode perceber que ela contém uma verdade indiscutível, o fato de que, desde sua origem, a psiquiatria busca tornar inteligível e tolerável a complexidade e a ausência fundamental de sentido para a existência. Pois, para Szasz, “é do encontro com a natureza trágica da vida e seus afetos decorrentes, que nasce a necessidade de nomear, descrever, classificar, distinguir normativamente e tratar condições existenciais que nos causam dor e angústia” (SZASZ, 1951 apud BEZERRA JR., 2014, p.11).

Nessa direção, Serpa Jr. (2001) lembra que, frente à tragédia da castração e sua incontornável incompletude,

[...] podemos nos recusar obstinada e perversamente a acolher nosso destino de seres falantes, fundamentalmente divididos, preferindo nos descrever como feixes neuronais molecularmente determinados e obnubilados permanentemente por sucessivas gerações de tranquilizantes ou antidepressivos, por drogas lícitas ou ilícitas, ou então acolher nossa incompletude, fazer dela um destino que nos conduza pela obrigação inescapável de produzirmos uma vida mais bela, mais rica de sentido, mesmo que às expensas de uma serenidade para sempre perdida (p.36).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De um modo geral, classificações são consideradas uma forma de organizar o mundo, produzindo, como esclarece Bezerra Jr. (2014), pontos estáveis que orientam nosso olhar sobre a realidade que queremos conhecer e sobre a qual desejamos agir. Entretanto, não podemos esquecer que qualquer classificação, por mais simples que seja, possui, ele também nos adverte, autor, agente, princípio, eixo ordenador, destino, objetivo, contexto e história.

Ao instituir um quadro mental ou um diagnóstico, as classificações psiquiátricas permitem estabelecer semelhanças e diferenças, hierarquias, critérios de demarcação, mecanismos de inclusão e exclusão, agrupando pessoas em fronteiras normativas entre as quais aparecem exclusões e privilégios em função dos interesses presentes no processo de sua criação, pontua Bezerra Jr. (2014), transformando o paciente em um caso, que deixa de ser tomado como sujeito singular, para ser identificado através de um diagnóstico, resume Aguiar (2004).

Embora criados para serem utilizados por psiquiatras, não se pode negar efeitos identitários produzidos nos sujeitos, como constata Bezerra Jr. (2014). Tais diagnósticos modificam a

maneira como o sujeito pensa sobre si mesmo, como interpreta seus sentimentos, como se conduz na relação com os outros, à medida em se fazem presentes e afetam o campo da saúde, da educação, do trabalho, atingindo a linguagem cotidiana através das múltiplas plataformas de comunicação atuais, levando ainda, como ressalta Frances (2014) muitos sujeitos a acreditar que podem encontrar um comprimido que resolva problemas cotidianos e presentes na vida de qualquer pessoa.

Desse modo, se durante algum tempo pudemos considerar que a psiquiatria e a psicanálise seguiram caminhos entre os quais poderia ser vista alguma convergência, atualmente podemos afirmar que seus caminhos são divergentes. De um lado está um indivíduo que é tomado como parte de um conjunto e, de outro, busca-se escutar um sujeito singular. Por isso, Quinet (2006) considera que o atual desaparecimento das entidades clínicas propostas pela psicanálise, com base na nosografia da psiquiatria clássica, em sua infundável série de DSMs ou CIDs, poderia estar dificultando o diálogo entre psiquiatria e psicanálise, almejado por Freud. Mas o próprio Quinet (2001) já se posicionara favoravelmente à retomada desse diálogo, ao afirmar:

A psiquiatria, porém, não precisa necessariamente excluir os ensinamentos da psicanálise, e sim incorporá-los, uma vez que enquanto aquela descreve os fenômenos, esta dá a razão de sua estrutura – sejam eles neuróticos ou psicóticos – e explica as manifestações transferenciais que ocorrem no contato com o psiquiatra (p.9).

Diante disso, convém lembrar, mais uma vez, que a psicanálise não se opõe à medicação em si, mas a seu uso indiscriminado, ou seja, quando os sujeitos acabam entorpecidos no enfrentamento de suas mazelas subjetivas e/ou desvinculando-se de sua responsabilidade frente ao mal-estar, como pontua Oliveira (2006). Afinal, ressalta Quinet (2001), “a psicanálise não se opõe à psiquiatria, mas sim a todo discurso que suprime a função de sujeito. É preciso clinicar, e não há clínica dessubjetivada” (p.20).

Por isso, se em 1917 Freud afirmou que “são os psiquiatras que se opõem à psicanálise e não a psiquiatria” (2014 [1917], p.341) penso que, atualmente, podemos afirmar que vivemos o oposto disso: é a psiquiatria que se opõe à psicanálise e não alguns psiquiatras que, ainda que mediquem seus pacientes, no intuito de aliviá-los de um sofrimento exacerbado, não os consideram objetos, mas sujeitos, portadores de uma história que deve ser escutada e considerada em seu tratamento.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- BANZATO, C.; PEREIRA, M. O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica. In: ZORZANELLI, R., BEZERRA Jr.; COSTA, J. (Orgs.). *A criação dos diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p.35-54.
- BENEDICTO, R. et al. Análise da evolução dos transtornos mentais e comportamentais ao longo das revisões da Classificação Internacional de Doenças. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p.25-32, abr. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762013000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 jun. 2019.
- BERRIOS, G.; PORTER, R. *Uma história da Psiquiatria Clínica: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos*, v. 3. São Paulo: Escuta, 2012.
- BEZERRA JR., B. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: ZORZANELLI, R., BEZERRA Jr. E COSTA, J. (Orgs.). *A criação dos diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p.9-31.
- BIRMAN, J. Despossessão, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje. In: QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p.21-29.
- BIRMAN, J. *O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade*. Rio de Janeiro: Rocco, 2012.
- BRUCKNER, P. *A tentação da inocência*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.
- CÂMARA, F. A construção do diagnóstico psiquiátrico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 10, n. 4, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400009>>. Acesso em: 4 jun.2020.
- CAPONI, S. Magman e a classificação das patologias psiquiátricas. *Revista Brasileira de História da Ciência*. Rio de Janeiro, v 4, n 2, julho-dez, 2011, p 167-182.
- CONSELHO SUPERIOR DE SAÚDE. *DSM (5): O uso e status do diagnóstico e classificação de problemas de saúde mental*. Bruxelas: SHC; 2019.
- COSTA, J. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS – CBCD. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/cbcd/index.php/historico-das-versoes/>>. Acesso em: 30 maio 2020.
- DERBLI, M. Uma breve história das revisões do DSM. *ComCiência*, Campinas, n. 126, mar. 2011. Disponível em: <http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542011000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 jun.2019.

DUNKER, C. A neurose como encruzilhada narrativa: psicopatologia psicanalítica e diagnóstica psiquiátrica. In: ZORZANELLI, R., BEZERRA Jr.; COSTA, J. (Orgs.). *A criação dos diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p.69-103.

DUNKER, C.; KYRILLOS NETO, F. A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. *Vínculo*, São Paulo, v. 8, n. 2, p.1-15, dez. 2011a. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902011000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 jun. 2020.

DUNKER, C. e KYRILLOS NETO, F. A clínica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v.14, n.4, p.611-626, dezembro, 2011b. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-47142011000400003>>. Acesso em: 4 jun.2019.

ELIAS, N. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

FACÓ, M. *Um mosaico da depressão*. São Paulo: Escuta, 2008.

FÉDIDA, P. Entrevista com Pierre Fédida. [Entrevista concedida a] Paulo Roberto Ceccarelli em Paris, no dia 27 de julho de 2000. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. IV, n. 1, p.168-174, mar. 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v4n1/1415-4714-rlpf-4-1-0168.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2020.

FRANCES, A. *Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais*. 2014. <https://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html>. Acesso em: 18 out. 2020.

FREUD, J. K. Sobre O TDAH: Transtorno ou invenção? *Cienc Culto*, São Paulo, v. 66, n. 1, p.54-57, 2014. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252014000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2020.

FREUD, S. Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia. In: _____. *Obras completas*, v. III, p.107-135. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1895/1894].

FREUD, S. Observações sobre um caso grave de hemianestesia em um homem histórico. In: FREUD, S. *Obras Completas*. v. I. Rio de Janeiro, Imago, 1976 [1886], p.59-67.

FREUD, S. Psicanálise e Psiquiatria. In: FREUD, S. *Obras Completas*. v. 13. São Paulo: Companhia das Letras, 2014 [1917], p.325-342.

GOLDENBERG, R. *DSM-IV e nós*. 2014. Disponível em: <<http://uva.br/trivium/edicao1/artigos-tematicos/3-dsm-iv-e-nos.pdf>, 2014 >. Acesso em: 6 maio 2019.

GOLDENSTEIN, N. Transtornos psicóticos: a propósito da classificação espectral do DSM-5. In: ZORZANELLI, R., BEZERRA Jr. E COSTA, J. (Orgs.). *A criação dos diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p.151-169.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. As três tsunamis da Psiquiatria: mau uso, abuso e não uso. *Revista Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v. 32, n. 4. 2005, p.237-239. <<https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000400007>>. Acesso em: 6 maio 2019.

GIDDENS, A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: UNESP, 1991.

HAN, B-C. *A sociedade do cansaço*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

LACAN, J. Variantes do tratamento padrão. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1955], p.325-364.

LACAN, J. O lugar da Psicanálise na Medicina. Opção Lacaniana. *Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*. n.32, p.8-14. São Paulo: Eólia, 2001 [1966].

LACAN, J. Televisão. In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003 [1973], p.508-543.

LAURENTI, R. et al. A Classificação Internacional de Doenças, a Família de Classificações Internacionais, a CID-11 e a Síndrome Pós-Poliomielite. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 71, n. 9A, p.3-10, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0004-282X20130111>>. Acesso em: 6 maio 2019.

LEITE, Márcio Peter de Souza. Diagnóstico, psicopatologia e psicanálise de orientação lacaniana. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 4, n. 2, p.29-40, jun. 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1415-47142001002004>>. Acesso em: 4 jun. 2019.

LIMA, R. O DSM entre a Novilíngua e a Língua Tertii imperii. In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA Jr.; COSTA, J. (Orgs.) *A criação dos diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p.53-269.

LISPECTOR, C. *Correspondências*. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

MILLER, J-A. A arte do diagnóstico: o rouxinol de Lacan. *Carta de São Paulo*, São Paulo, Escola Brasileira de Psicanálise de São Paulo, v. 10, n.5, p.18-32, 2003. Disponível em: <http://ea.eol.org.ar/03/pt/textos/txt/pdf/el_ruisenor.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2019.

MONSENY, J. A ética psicanalítica do diagnóstico. In: QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p.69-72.

MORAES, A.; SOUZA, P. *Corpo e prática da Medicina*. 2011. Disponível em: <<https://www.prp.unicamp.br/pibic/congressos/xixcongresso/paineis/070002.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2019.

OLIVEIRA, C. Sobre a medicalização da angústia na atualidade. In: FREITAS, I. (Org.). *Angústia*, 127-138. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2006, p.127-138.

PEREIRA, M. E. Morel e a questão da degenerescência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 11, n. 3, 2008, p.490-496. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142008000300012>>. Acesso em: 4 jun. 2019.

QUINET, A. Apresentação. In: QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p.7-10.

QUINET, A. Apresentação. *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

RAMOS, F. Do DSM-III ao DSM-5: Traçando o percurso médico-industrial da Psiquiatria de mercado. In: ZORZANELLI, R., BEZERRA Jr.; COSTA, J. (Orgs.). *A criação dos diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p.211-229.

RODRIGUES, S.; SOUZA, A.; PEDROSO, J. *Diagnóstico psiquiátrico: evolução histórica, conceitos e vicissitudes*. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2008/v22n3/a2284.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2020.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

SERPA JR., O. Psicanálise, psiquiatria e a sedução da completude. In: QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p.31-36.

SIMONS, P. Diretrizes belgas recomendam que “as categorias do DSM não estejam no planejamento da Assistência em Saúde Mental”. *Med in Brasil*, 15 set. 2019. Disponível em: <<https://madinbrasil.org/2019/09/diretrizes-belgas-recomendam-que-as-categorias-dsm-nao-estejam-no-planejamento-da-assistencia-em-saude-mental/>>. Acesso em: 4 jun. 2019.

SUPERIOR HEALTH COUNCIL. *DSM (5): The use and status of diagnosis and classification of mental health problems*. Brussels: SHC; 2019. Report 9360. Disponível em: <<http://www.infocop.es/pdf/Belgica-dsm.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2020.

SOHSTEN, P.; MEDEIROS, C. O diagnóstico: da psiquiatria à psicanálise. *Reverso*. v. 38 n. 72, 2016, p.59-65. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952016000200008&Ign=pt&ting=pt>. Acesso em: 28 abr. 2019.

SZAJNBOK, M. A psicanálise e o futuro da psiquiatria. *J. psicanal.*, São Paulo, v. 46, n. 85, p.89-98, jun. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352013000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 maio 2020.

VIANA, M. *Mudança nos conceitos de ansiedade nos séculos XIX e XX: da “AngstNeurose” ao DSM-IV*. São Carlos: UFSCar, 2010.

ZORZANELLI, R Sobre os DSM's como objetos culturais. In: ZORZANELLI, R., BEZERRA Jr.; COSTA, J. (Orgs.) *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p.55-68.

ARTIGO 2

MAIS ALÉM DE UM DIAGNÓSTICO: O QUE ESPERAR DE UMA PSICANÁLISE?

INTRODUÇÃO

A medicina e a psicanálise constituem corpos teóricos distintos, mas isso não impede que existam interseções entre elas. O chamado Transtorno de Pânico¹² pode ser considerado um desses exemplos. Enquanto a medicina, após excluir a possibilidade de infarto, costuma prescrever ansiolíticos e/ou antidepressivos, atribuindo sua causa a alterações neuroquímicas, a psicanálise se ocupa em escutar o que o sujeito tem a dizer sobre essa manifestação de angústia e o que ela representa em sua história, por saber que ela é um afeto e que, como tal, não é recalcado, mas sim, “os significantes que o amarram” (LACAN, 2005 [1962-1963], p.23). Embora os medicamentos prescritos possam atenuar a angústia que leva milhares de pessoas aos serviços de emergência de vários países temendo uma morte iminente, não são suficientes para calar aqueles sujeitos que buscam um saber sobre o que os faz sofrer.

Tanto Freud (2015 [1908]; 2010 [1930]) quanto Lacan (1998 [1953]) defendiam que o mal-estar do sujeito guarda estreita relação com sua época e cultura. Além de concordar com ambos, ao considerar que as apresentações sintomáticas variam de acordo com o discurso dominante na civilização, Quinet (2006, p.11) observa que

enquanto critérios diagnósticos têm variado e se amplificado na psiquiatria contemporânea, a psicanálise vem lidando com praticamente as mesmas referências diagnósticas empregadas por Freud [...] e se declinam em neurose, perversão e psicose, conforme a maneira como o sujeito lida com a falta inscrita na subjetividade, falta que condiciona a forma de cada um se haver com o sexo, o desejo, a lei, a angústia e a morte.

Também numa direção distinta da psiquiatria que faz surgir novos e aparentemente ilimitados diagnósticos, Bogochvol (2014, p.61), ressalta que “apesar das expressões serem múltiplas, as modalidades de sofrimento não são infinitas”. Diante disso, Quinet (2006) salienta que, para que o diagnóstico não seja uma simples etiqueta de um sistema classificatório “é necessário que ele cumpra a função de remeter à estrutura que o condiciona” (p.11), ressaltando que isso só é

¹² Nomeada pela medicina como Síndrome do Pânico e atualmente denominada Transtorno de Pânico, essa nomenclatura foi incorporada à terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM III em 1980.

possível através da escuta singular de cada analisante, pois é a partir de um saber sobre a subjetividade particular de cada paciente que um diagnóstico aparecerá como conclusão de um processo de investigação na psicanálise.

As estruturas psíquicas consideradas pela psicanálise, neurose, perversão ou psicose¹³, correspondem a modos de defesa frente à operação de castração respectivamente, recalque, recusa ou forclusão. Apesar de Freud e Lacan terem afirmado que cada estrutura apresenta traços típicos, eles salientam que os fenômenos apresentados (rituais, conversões, atos perversos, dentre outros) não são suficientes para o diagnóstico em psicanálise, pois, enquanto traços, podem fazer-se presentes em distintas estruturas. Como resume Dunker (2016, p.195), “a estrutura não se define pelo que o sujeito faz ou pela avaliação do seu comportamento, mas por como ele fala do que faz, na transferência”. Porge (2014), por sua vez, sublinha que as estruturas não são entidades nosográficas nem atributos do indivíduo, assim como não se referem a uma norma *a priori*, não existindo a cura tipo, como na medicina. Ele acrescenta ainda que, embora as estruturas balizem o campo do analisável, não o fecham nem o programam. O que define o diagnóstico psicanalítico, portanto, é a posição subjetiva frente ao sintoma, e não o sintoma em si, levando Leite (2001) a considerar que talvez seja esse o ponto que permita à clínica psiquiátrica ser esclarecida pelo discurso psicanalítico.

Além disso, a relação de cada sujeito com o desejo e a castração e seus modos de gozo¹⁴, critérios necessários para identificar uma estrutura, em geral, não podem ser colhidos em uma única entrevista, como costuma ocorrer no diagnóstico psiquiátrico. Não por acaso, Lacan (2008 [1968-1969], p.300) ressaltou: “Aí vocês veem porque, em psicanálise, quando se trata do sujeito, é sempre essencial retomar a questão da estrutura. É essa retomada que constitui o verdadeiro progresso, é só ela que pode fazer progredir o que é impropriamente chamado de clínica”.

Desse modo, neste artigo, veremos como o sujeito se constitui para a psicanálise, os modos de estruturação e suas defesas, além de alguns elementos importantes que devem ser considerados

¹³ Embora autores como Barroso (2020), Maleval (2015) e Jerusalinsky (2010) defendam que o autismo seria uma quarta estrutura, não há, até o momento, consenso sobre isso.

¹⁴ Inicialmente, Freud acreditava que o aparelho psíquico era regido pelo princípio do prazer, isto é, os sujeitos repetiriam as experiências que lhes fossem prazerosas e se afastariam das que lhes causassem desprazer. Com a continuidade de seus estudos e escutas clínicas, constatou que os sujeitos também repetiam experiências que lhes causavam dor e sofrimento, concluindo que havia um *Além do princípio do prazer* (FREUD, 2010 [1920]), associado à pulsão de morte, regendo as repetições. Mais tarde, o termo gozo foi utilizado como conceito por Lacan para designar a condição que reúne satisfação e sofrimento, presente nas repetições de cada sujeito, cuja matriz encontra-se em suas histórias singulares. O gozo refere-se ao desejo inconsciente e suas manifestações são distintas em cada estrutura.

num diagnóstico psicanalítico, ao lado das manifestações de angústia, que, embora pareçam mais evidentes na neurose, tal como a que se apresenta no chamado transtorno de pânico, também se fazem presentes na perversão e na psicose. Finalmente, abordaremos, em linhas gerais, o que se pode esperar de uma análise, particularmente em uma estrutura neurótica, na qual se apresenta o dito transtorno de pânico, como nomeia a medicina, ou essa manifestação de angústia, como prefere a psicanálise.

CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO

Para a psicanálise, o nascimento de uma criança não é suficiente para sua constituição, a qual se realiza nos três tempos do Édipo, descritos por Lacan (1999 [1957-1958]). Neles, e na melhor das hipóteses, a criança deve ocupar o lugar de objeto para quem desempenhar a função materna – de desejo – e ser retirado posteriormente deste lugar pela função paterna – de lei. Tais termos foram introduzidos por Lacan em substituição às figuras de mãe e pai, que deixam de ser encarnados e passam a “ser ocupados por personagens distintos”, como ressalta Bleichmar (1984, p.18), esclarecendo que “não se trata de valores fixos ou lugares vagos que se definam por si mesmos, mas que um está em função de outro personagem” (p.18).

Num primeiro tempo, quando nasce uma criança, cria-se entre a mãe – ou quem ocupe esse lugar – e o bebê uma relação dual, imaginária, especular. O pai ainda não existe para a criança. Se a mãe passou por essa operação pela qual agora o bebê deverá passar, nela existe uma falta a ser ocupada momentânea e imaginariamente pelo bebê, sugerindo a ambos uma completude – falta que já foi ocupada anteriormente e deverá voltar a ser, por outros objetos. Nesse momento, a mãe aparece como ser primordial e a criança se encontra, pela própria prematuridade, dependente do desejo da mãe, ela é desejo do desejo da mãe, ou, mais precisamente, “o que a criança busca, como desejo de desejo, é poder satisfazer o desejo da mãe” (LACAN, 1999 [1957-1958], p.197). O que a mãe deseja passa a ser desejado pelo filho, pois é ela quem vai interpretar, nomeando, as supostas intenções do bebê. É ela quem fala por ele: ele está com fome, com frio, só dorme desse jeito, não gosta dessa cor etc. Esse passo é necessário porque, como esclarece Jerusalinsky (1984, p.37),

O bebê não dispõe da compreensão da linguagem para ser informado dos desejos da mãe, nem para informá-la de suas necessidades e inquietações. O sistema da linguagem preexiste à criança, mas fora dela. E torna-se necessário que a criança se inscreva na ordem simbólica da linguagem, incorporando-a a si mesma para conseguir chegar à condição humana.

Nesse percurso, observa Lacan (1999 [1957-1958], p.195), a criança “fica assujeitada ao capricho daquele de quem depende”. E aí, ela não é mais que objeto. No entanto, isso também é necessário, porque é preciso que haja um investimento de afeto para que a criança possa ocupar o lugar de objeto. Pois o simples manuseio, por melhor que venha a ser, não garante a sobrevivência do bebê, se não vier acompanhado de um afeto, seja ele qual for... Ao mesmo tempo, esse assujeitamento, embora necessário, produz angústia, por não se saber onde isso pode levar, lembra Lacan (1999 [1957-1958]). A questão que se coloca é: o que é que ela quer? Tenta-se uma significação, uma decifração para esse enigma, mas nada é seguro, pois a lei da mãe é incontrolada, está toda “no sujeito que a sustenta” (p.195). Numa hora eu a chamo e ela vem, noutra chamo e ela não vem. Eu não a chamo, e ela surge! Hipóteses contrárias se alternam, numa hora sou tudo, noutra não sou nada. Nada garante que ela esteja ou não, que vá e volte. Como sabê-lo? Como se colocar diante dessa lei arbitrária e totalizante? Que sou eu para ela? Que ela quer de mim?

É daí que surge a necessidade de que algo apareça para que o bebê não continue nesse lugar de “assujeitamento enlouquecedor” (JULIEN, 1990, inédito). Algo que possa lhe dizer: nem tudo, nem nada. Esse algo pode ser o marido, o pai da criança, alguém que ela quer conhecer e se apaixonar, a própria mãe pode ocupar esse lugar. Também pode ser representado por seu trabalho, ou seja, por algo ou alguém que cumpra a função de fazer um corte nessa relação imaginariamente completa que se criou entre mãe e bebê, que capture o olhar de desejo dessa mãe, para além daquela criança. Por isso, é um corte em duas vias. Para a mãe, ao dizer: essa criança não é tudo para você ou o que lhe falta; e para o bebê, ao dizer: você não é tudo para ela. Ao fazer isso, instaura-se uma condição de falta necessária ao aparecimento do desejo e conseqüente nascimento do sujeito, ao retirá-lo do lugar de objeto. Ou seja, é a partir desse ‘não’ que o desejo pode aparecer. Como bem resume Julien (1990, inédito), “em um mundo pleno onde não há negação, não há desejo”.

Essa é uma operação fundamental para o advir psíquico da criança e sua conseqüente entrada na linguagem. Também para a mãe, ao reconduzi-la à via anterior da falta e desejo, possibilitando-lhe eleger novos objetos, introduzindo uma clivagem entre a mãe de afeto e a mulher desejante. Mas como é que essa operação acontece? O que é preciso para que esse elemento que ocupa o lugar da função paterna introduza a imparidade nessa relação mãe-bebê? Inicialmente, que eles, os pais – ou quem ocupe essas funções – tenham passado, eles próprios, por essa operação enquanto filhos, mas principalmente a mãe, pois é isso que vai determinar a aceitação da palavra do pai por essa mulher. Como adverte Lacan (1999 [1957-1958]), a única

via possível para o pai chegar à criança é através da mãe, do lugar que ela dá à palavra do pai, da sua autoridade na promoção da lei. É a mãe que instaura para o bebê um lugar vazio a ser ocupado pelo pai. É ela quem funda o pai ao reconhecer que ela não é a única a produzir uma criança: “O essencial é que a mãe funde o pai como mediador daquilo que está para além da lei dela e de seu capricho” (p.197).

Num primeiro momento, a criança pode confundir-se e tomar o pai como seu substituto em relação à mãe, como se não fosse mais ele, o bebê, e sim o pai, aquele que completa a mãe. Entretanto, se a função paterna for consistente, o bebê poderá compreender que o pai também está submetido àquela lei, ou seja, não é o pai, nem ninguém o tempo todo, já que somos faltantes. Somente a partir daí, a resposta ao ‘que queres?’ pelo filho se relativiza: você não é tudo nem nada. Esse terceiro elemento será tão mais importante quanto maior a tendência da mãe de se conservar na relação dual. É essa operação, resume Bleichmar (1984, p.49), que introduzirá o sujeito na lei da cultura, ao tomar a lei como “regulamento que está acima do desejo ou vontade do indivíduo”. Ao exercer sua função, o pai produz na subjetividade da criança a substituição da lei onipotente da mãe pela lei como instância exterior a qualquer personagem. Não por acaso, Lacan (2005 [1962-1963], p.120) sublinha que “a relação da lei com o desejo é tão estreita que somente a função da lei traça o caminho do desejo”.

Embora isso fique inscrito de maneira diversa e singular para cada um, o importante é que no psiquismo da criança apareça como algo que limita a mãe e todas as pessoas, inclusive o pai. Assim, o pai é aquele que faz a criança passar da vida familiar à social. “Mediador entre o privado e o público, ele introduz a criança à condição de adulto, capaz de desembaraçar-se de sua mãe”, enfatiza Julien (1997, p.24).

Essa não é uma tarefa fácil e alguns equívocos e tropeços podem acontecer. Até porque, Bleichmar (1984, p.54) adverte, um “justo equilíbrio é um ideal nunca alcançável”. Um deles, destaca o autor, é pensar que um pai dominador e arbitrário seja mais eficaz para conduzir essa operação. Ao contrário. Se assim o for, apenas estará substituindo a mãe na anterior relação dual. Ao invés de representar a lei, será a lei. Pois se a lei para ser respeitada precisa ser temida, o temor à lei, embora necessário, não é suficiente. Sobre isso, Pellegrino (1987, p.198) se posiciona: “Só o amor e a liberdade subordinando e transfigurando o temor, vai permitir uma verdadeira, positiva e produtiva relação com a lei, pois a lei existe não para humilhar e degradar o desejo, mas para estruturá-lo, integrando-o no circuito de intercâmbio social”.

Outro equívoco é pensar que a simples presença física do pai garante essa operação. Se a mãe não tiver um olhar de desejo por esse sujeito, ou se ele participar das tarefas domésticas como

um criado, obedecendo à risca as tarefas que lhe são colocadas, ele não exerce suas funções de corte. Essa é uma questão sutil, pois, como bem pontua Julien (1997), é preciso que ele ocupe esse lugar à sua maneira, que imprima sua marca ao executar essas tarefas pois, ao fazer isso, estará fazendo barreira àquela mãe. Caso contrário, se colocará também como objeto frente a essa mulher, inviabilizando o corte e/ou futuras identificações. Essa operação descrita é apenas uma das possibilidades de incidência da função paterna sobre o desejo da mãe.

A consequência dessa operação psíquica seria a estruturação neurótica. Nela o sujeito recalca a castração e a interdição da lei. Nas outras possibilidades de estruturação, perversão e psicose, haveria outras incidências com outras consequências. Na perversão, a criança passa por essa operação, mas a recusa. A interdição não ocorre efetivamente ou ocorre de maneira excessiva, passando a vigorar nos dois casos “a lei da mãe”, ressalta Lacan (1999 [1957-1958], p.195). A relação com a lei se dará de forma distinta da neurose, pois aqui ela existe para ser transgredida. A ambiguidade dá o tom nessa estrutura. “Por um lado, a cumplicidade libidinal da mãe; por outro, a complacência silenciosa do pai”, esclarece Kaufmann (1996, p.421). A palavra do pai, mesmo que apareça na fala da mãe, é para ser desconsiderada, desautorizada, transgredida, o que pode ser entendido pelo filho que é por ele que isso ocorre, ou seja, como se ele, o filho, fosse o objeto de seu desejo de sua mãe. A lei existe, mas perde sua eficácia.

Na psicose, a criança permanece como objeto, pois a falta se sutura. A interdição não ocorre, a lei não existe, foi foracluída. Mãe e filho formam um par permanente. O pai não entra no jogo, nem para ser aceito nem para ser recusado. O acesso ao simbólico fica gravemente comprometido, pois ele não consegue ter acesso a um desejo próprio, ficando assujeitado a uma relação arcaica com a mãe, constituindo-se como seu único objeto de desejo.

Dessas operações só podemos saber sobre seus efeitos em cada sujeito *a posteriori*, pois elas se dão num tempo muito precoce. E vale lembrar que não ocorrem por um querer ou não querer, mas por uma condição prévia, uma possibilidade. Porque esse saber não é da ordem do conhecimento, mas um saber inconsciente. Pois somos não o que queremos ser, mas o que conseguimos ser, a partir das condições que tivemos à nossa disposição. Para isso, contamos com a que é, de fato, a melhor herança que recebemos de nossos pais e podemos deixar aos nossos filhos, tão bem descrita por Julien (1997, p.53): “Um lugar marcado pela mãe e ocupado, à sua maneira, pelo pai”.

NEUROSE E RECALQUE¹⁵

Em Freud, Histeria, Neurose Obsessiva e Fobia constituem formas de apresentação de uma neurose. Ele defende que no momento traumático¹⁶ a ideia ou representação se desliga do afeto e é recalçada, ou seja, tornada inconsciente. O afeto, que não pode ser recalçado, seria deslocado para o corpo, através de fenômenos conversivos na histeria, deslocado para outras ideias que não fossem incompatíveis na neurose obsessiva ou para um objeto externo na fobia. “O que é recalçado são os significantes que o amarram”, ressalta Lacan (2005 [1962-1963], p.23). A barreira do recalçamento protege o sujeito do sofrimento relacionado ao trauma e o sintoma se apresenta como retorno do que foi recalçado, substituindo aquela representação que se revelou inconciliável para o processo psíquico daquele sujeito, pois, ainda que possamos encontrar sintomas semelhantes em diferentes sujeitos, o caminho de formação do sintoma é sempre singular.

Freud (1976 [1895/1894]), inicialmente, considerava a fobia como uma parte da neurose de angústia, enquanto avaliava a possibilidade de ela vir a ser uma entidade clínica. Posteriormente passou a tomá-la como uma terceira neurose (2014 [1926]). Lacan (1999 [1957-1958]), por sua vez, ao se debruçar sobre as estruturações psíquicas, em nova leitura das estruturas freudianas, associou a histeria ao desejo insatisfeito, a neurose obsessiva ao desejo impossível e a fobia ao desejo prevenido. Mais tarde, entretanto, Lacan (2008 [1968-1969]), passa a afirmar que as únicas neuroses seriam a histeria e neurose obsessiva, retomando, a seu modo, a expressão “neuroses maiores”, já utilizada por Freud (1976 [1896], p.168; 174) para se referir à histeria e neurose obsessiva. Quanto à fobia, passa a defini-la como uma neurose estritamente infantil, na qual a criança ocuparia um lugar particular em uma placa giratória, entre neurose e perversão, fazendo um apelo para que algo externo, representado pelo objeto fóbico, cumpra efetivamente a função de castração, que se encontra vacilante. Se a castração se confirma, a criança se dirigiria para o campo das neuroses, se não, deslizaria para o campo das perversões.

A histeria não nasceu com Freud, mas na Antiguidade, onde as histéricas eram diagnosticadas como sofredoras de úteros (*hystera*) errantes, vagando pelos seus corpos, provocando os mais diversos sintomas e humores, a depender do órgão no qual o útero se apoiasse, hipóteses baseadas em estudos da anatomia de alguns poucos animais. Na Idade Média, foram tomadas

¹⁵ *Verdrängung* – recalque. Para Freud, processo de defesa característico da neurose, que mantém no inconsciente as ideias e representações cuja realização produziria desprazer (ROUDINESCO; PLON, 1998).

¹⁶ Um evento não é traumático em si mesmo. Depende de sua significação particular ou da impossibilidade de significá-lo num certo momento histórico de uma existência (PEREIRA, 2003).

não mais como doentes, mas como possuídas pelo diabo em conluio com feiticeiras e condenadas à morte nas fogueiras para evitar que surgissem novas bruxas a desafiar o senhor. No Renascimento, buscava-se diferenciar entre possessão ou doença, às vezes internando-as até a morte, ou através de provas esdrúxulas, feitas por profissionais igualmente esdrúxulos, como o picador público, responsável por enfiar longas agulhas nas supostas bruxas, para ver se sangravam, se doía...ou a prova da imersão, onde a confirmação da bruxaria se daria se o corpo permanecesse na superfície...mas se o corpo afundasse...também poderia ser por astúcia do diabo, então... Cada um parecia propor apressadamente uma hipótese sem um corpo de conhecimentos consistente. Assim, assistimos aos humores da Antiguidade serem transformados em vapores, caminhando pelas artérias, depois pelos nervos, a depender da descoberta mais recente... (TRILLAT, 1991).

Se a histeria não nasceu com Freud, foi ele quem inventou um modo de tratá-las, além de propor uma nova etiologia, após seu encontro com Charcot, com quem aprendeu “como a palavra toca o corpo da histérica” (FORBES, 2014, p.6). As histéricas ou “bocas luminosas”, como Lacan (1992 [1969-1970], p.92) as nomearia bem mais tarde, foram responsáveis por conduzir Freud ao conceito de associação livre para que pudessem dar voz a seus pensamentos, influenciado, possivelmente, pela fala de Anna O., paciente de Breuer (FREUD, 2016 [1893-1895]), ao lhe pedir que se calasse e a deixasse falar até limpar sua chaminé, curando-se pela fala, e pelo pedido feito por Emmy Von N, paciente de Freud, para que se calasse e não a interrompesse (FREUD, 2016 [1893-1895]). Outra influência à valorização de Freud à essa nova forma de escuta, sem tantas interferências, destacada por Isolan (2015), Forbes (2014) e pelo próprio Freud (2011 [1920-1922]), teria sido sua leitura do ensaio de Ludwig Börne (1862 [1823]) sobre a arte de ser um escritor original, no qual o autor defendia o método de falar tudo o que viesse à cabeça, a mesma descrição fornecida por Freud (2010 [1912;1913]) aos pacientes, para a associação livre, regra fundamental da Psicanálise.

A escuta das histéricas também conduziu Freud ao conceito de realidade psíquica, tão caro ao nosso ofício, após o abandono da teoria da sedução, segundo a qual pacientes teriam sofrido de fato algum abuso, até descobrir que muitos desses relatos não se sustentavam, mas se tratava de fantasias, constatação que se juntou à descoberta da existência da sexualidade infantil, em 1905. Convém lembrar que a ideia de que a fantasia podia ser tomada por realidade já havia sido corajosamente defendida, antes de Freud, pelo médico alemão Jean Wier no livro *A impostura do diabo*, publicado em 1564, pelo qual teve que se refugiar, sob a proteção de alguns nobres, até o fim de seus dias. No livro, ele afirma que tanto os teólogos da Inquisição quanto

as bruxas eram vítimas dos diabos, pois ambos “não souberam encontrar as saídas dos labirintos dos encantamentos” (WIER, 1564, apud TRILLAT, 1991). Seria o diabo um dos nomes do inconsciente? E que encantamentos eram esses?

Os da imaginação, tesouro onde são armazenadas as formas recebidas pelos sentidos. É desse tesouro que o diabo excitando os humores e os espíritos dos sentidos, vem tirar, extrair certas espécies e fazer de modo que a imagem armazenada apareça como verdadeira. A imaginação representa todas as figuras das coisas sensíveis; mas ele, o diabo, as presentifica, faz de modo que estejam presentes. A imaginação pervertida pelo diabo faz crer que a imagem enganadora é idêntica ao objeto (p.50).

Além de possibilitar a existência de uma clínica freudiana, a histeria possibilitou um novo olhar sobre a feminilidade. Embora tenha observado o interesse de Dora¹⁷ pela Sra. K., amante de seu pai, Freud se equivocou ao considerá-lo um interesse homossexual (FREUD, 1976 [1905/1901¹⁸]). Mais tarde, em nova leitura do *Caso Dora*, Lacan (1995 [1956-1957]; 2008 [1968-1969]) foi o responsável por decifrar que o interesse de Dora pela Sra. K. era o de aprender com ela sobre a posição feminina – já que não conseguira isso de sua mãe – supondo que houvesse uma resposta universal que lhe dissesse o que seria A¹⁹ mulher e não uma mulher, construída singularmente, que possa ocupar o lugar de semblante de objeto e não propriamente de objeto para o outro.

Outra mudança que podemos atribuir a Lacan, em relação ao pensamento de Freud, é sobre o lugar do desejo insatisfeito presente na estruturação histórica (1992 [1969-1970]). Se na Idade Média as históricas eram condenadas à morte para evitar que surgissem novas bruxas a desafiar o senhor, muitos anos mais tarde, ao promover a histeria ao estatuto de discurso, Lacan mostrará, com bastante clareza, que nele, o sujeito desafia o senhor, e é através desse desafio que constrói um novo saber. Claro que não mais o senhor da Idade Média, o senhor da religião, mas o senhor do saber, ou seja, em ambos, lá e cá, aquele que ocupa o lugar do mestre, aquele que imaginariamente detém o saber. Desse modo, Lacan promove uma mudança radical acerca da insatisfação histórica. Se antes era motivo de críticas, nem um pouco benevolentes, ao introduzir o discurso da histórica faz com que a insatisfação passe a ser motivo de mudança, de

¹⁷ Caso clássico de histeria, publicado por Freud em 1905.

¹⁸ Em uma nota de rodapé no pós-escrito ao caso Dora, Freud (1976 [1905], p.116) lamenta não ter conseguido descobrir, nem informar a tempo sua paciente, que seu amor homossexual pela Sra. K. era a corrente mais poderosa de sua vida mental.

¹⁹ Lacan utiliza essa grafia do artigo em maiúscula para ressaltar que a histórica busca um modelo de mulher, inexistente, daí um de seus aforismos ‘A mulher não existe’.

construção de um novo saber do sujeito, o do inconsciente. Não por acaso, Lacan defenderá que aqueles que se dispõem a encarar um processo analítico, produzindo um novo saber frente a seus sintomas, deverão ocupar essa posição.

Se a histeria se fazia presente desde a Antiguidade, a obsessão, lembram Roudinesco e Plon (1998, p.538), “apareceu tardiamente na clínica das doenças nervosas”. Conforme Baladier (1996, p.358-359), a ideia da obsessão como entidade nosográfica surgiu na psiquiatria francesa no início do século XIX “para designar uma ideia ou uma imagem que se impõe ao espírito de maneira incoercível e inexpugnável e foram assimiladas por Esquirol aos delírios parciais das monomanias”. Falret, por sua vez, segundo Roudinesco e Plon (1998) “introduziu o termo obsessão para sublinhar o fenômeno de ascendência através do qual o sujeito é assediado por ideias patológicas e por uma culpa que o persegue e o obceca a ponto de fazer dele um morto-vivo” (p.538). Falret também a incluiu na *folie du doute* (loucura da dúvida), quadro ao qual Legrand du Saulle acrescentou o *délire du toucher* (delírio do tocar) (BALADIER, 1996). Roudinesco e Plon (1998) acrescentam que Krafft-Ebing, ao traduzir o termo para o alemão, optou por usar a palavra *Zwang*, que remete à ideia de coerção e compulsão, pois o sujeito se vê obrigado a agir e pensar contra sua vontade.

Assim como ocorreu com a histeria, Freud não foi o responsável pela descoberta das obsessões. Entretanto, coube a ele o mérito de identificá-las, em 1895/1894, como resultado de um conflito psíquico infantil, de etiologia sexual, caracterizado por uma fixação da libido no estágio anal, “definida pelo desejo de reter, que é centrado num objeto primordial a que ele confere valor” (LACAN, 2005 [1962-1963], p.345). Isso o levou a considerar a neurose obsessiva, ao lado da histeria, “o segundo componente da estrutura neurótica humana” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p.538), afastando-a do campo das psicoses.

Se o trabalho defensivo da neurose histérica ou obsessiva é semelhante pois, em ambas, a representação do episódio sexual infantil se desliga do afeto correspondente e se une a outra representação, as estratégias utilizadas são distintas. Enquanto na histeria a fonte de excitação recalçada é deslocada para o corpo, na neurose obsessiva ela permanece na esfera psíquica, em obsessões que podem assumir, conforme Freud (1976 [1895-1894]), a forma de ideias ou atos e impulsos. Na primeira opção, a ideia incompatível é substituída por outra, numa falsa conexão, que se mostra pouco adequada para se associar ao estado afetivo, que permaneceu inalterado. “É essa aliança desarmônica que explica o caráter absurdo próprio das obsessões”, ressalta Baladier (1996, p.360). Na segunda, a ideia original não é substituída por outra, e sim

[...] por atos ou impulsos que serviram originalmente como medidas de alívio ou como procedimentos protetores, e que agora são associados grotescamente a um estado emocional que não lhes é adequado, mas persistiu inalterado, permanecendo justificável como em sua origem (FREUD, 1976 [1895-1894]), p.93).

Em 1909, Freud apresentou a história de um paciente diagnosticado como neurótico obsessivo, que ficou conhecido como *O Homem dos Ratos*. No relato do caso, explicitou alguns elementos presentes na neurose obsessiva: a dúvida, que se manifesta através de um debate infinito entre argumentos e contra-argumentos diante de cada decisão a tomar, tornando o desejo impossível de se realizar; uma dívida simbólica impagável ao pai por ter em algum momento desejado sua morte, para tomar seu lugar, ao qual se identificara; a ambivalência amor-ódio, que pode se manifestar tanto em rituais que fazem e desfazem o que foi desejado em pensamento, quanto através de uma moral exacerbada como meio de mascarar sua enorme hostilidade; o sentimento de culpa, por sua própria hostilidade, expressa em pensamentos que para ele, são vividos como se fossem onipotentes; o interesse especial pelo tema da morte, que se manifesta em estratégias e ardis na suposta tentativa de adiá-la, para que tenha tempo de encontrar o suposto objeto perfeito, impossível. Assim como o *Caso Dora* tornou-se uma referência para o estudo da histeria, *O Homem dos Ratos* passou a ser considerado referência da neurose obsessiva (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Embora considere a neurose obsessiva como “provavelmente o mais interessante e recompensador objeto da investigação analítica”, Freud (2014 [1926], p.49) adverte que esses sujeitos buscam “o tratamento analítico mais raramente que os histéricos” (FREUD, 2013 [1909], p.16), por dissimularem muito seu estado, só procurando em casos graves – ou, devemos acrescentar, por insistência de seus parceiros, familiares, ou mesmo colegas e/ou superiores hierárquicos no âmbito do trabalho, afetados direta ou indiretamente pelo tempo gasto nos rituais – que, se não realizados, produzem angústia – ou na procrastinação de tarefas. Freud também alertava que a neurose obsessiva não era fácil de compreender. Mesmo que à primeira vista pudesse parecer mais fácil pelo uso da linguagem e não da conversão, como na histeria, as distorções presentes nos relatos levaram-no a considerá-la como um dialeto da histeria.

Além disso, Freud (2014 [1926], p.60) sublinha que “para os neuróticos obsessivos é particularmente difícil obedecer a regra fundamental”. Isso ocorre devido à técnica do isolamento, que costuma ocorrer após um pensamento ou lembrança desagradável e consiste em introduzir uma pausa de modo a despojar do afeto tanto a lembrança ou pensamento quanto

suas associações, resistindo ao processo analítico. Esse isolamento também pode aparecer na esfera motora, nos sintomas obsessivos, em cerimoniais que, Freud salienta, não são exclusivos da neurose obsessiva, pois se fazem presente em outros rituais, sejam mágicos, populares ou religiosos, o que faz Freud (2015 [1907]) afirmar que a neurose obsessiva pode ser considerada uma religião particular, e a religião uma neurose obsessiva universal.

Outro aspecto a ser observado no diagnóstico de uma neurose é a relação do sujeito com o tempo. Se essa questão aparece relacionada à fobia de forma implícita, quando Lacan (2008 [1968-1969]) a define como uma neurose infantil, a relação do sujeito com o tempo é outro importante elemento diagnóstico na histeria e na neurose obsessiva, ao lado da posição frente ao desejo, insatisfeito na histeria e impossível na neurose obsessiva. Uma expressão usada com muita frequência para se referir à neurose obsessiva – a procrastinação – descreve essa relação particular que o obsessivo tem com o tempo, como se tivesse todo o tempo do mundo à sua disposição. Por outro lado, a relação da histeria com o tempo costuma ir na direção oposta. Mais do que pressa, é de urgência, pois se o obsessivo costuma deixar para amanhã o que poderia ser feito hoje, para a histeria tudo é para ontem. A propósito, Lacan (2016 [1958-1959]), já observara:

Na neurose, em contrapartida, a relação do sujeito com o tempo, fala-se pouco dela, embora seja a própria base das relações do sujeito com seu objeto ao nível da fantasia. Na neurose, o objeto vê-se carregado dessa significação que deve ser buscada no que chamo de hora da verdade. O objeto está sempre antes da hora ou depois da hora. A histeria se caracteriza pela função de um desejo insatisfeito, a obsessão se caracteriza pela função de um desejo impossível. Mas, para além desses dois termos, há um fenômeno que tem uma referência dupla e inversa em ambos os casos. Esse fenômeno aflora, desponta, se manifesta de modo permanente na procrastinação do obsessivo, que, aliás, se funda no fato de que ele sempre antecipa tarde demais. Nesse mesmo sentido, o histérico sempre repete o que há de inicial em seu trauma, a saber, um certo ‘cedo demais’, uma imaturação fundamental (p.338-339).

Se a estruturação histórica prima por apressar decisões, ações, atos e/ou cenas, também testemunhamos alguns sujeitos que mantêm outra relação com o tempo que, a princípio, parece passar longe da pressa. Exímios em fazer planos, projetos, cronogramas, traçar metas, mas absolutamente inábeis para executá-los, concretizá-los, pô-los em prática. E o mais curioso é que ambos têm um ponto em comum, pois embora se utilizem de estratégias absolutamente distintas, mesmo opostas, o objetivo parece ser o mesmo: adiar o encontro com a castração, esse grande desencontro.

Ao analista, cabe lembrar que independentemente da estruturação ou das estratégias utilizadas, o tempo do inconsciente diante desse enfrentamento é outro, de outro tipo, de outra forma, ou, mais precisamente, de outra lógica. Se Freud (1976 [1908-1907], p.153) afirmou, tão poeticamente, “o passado, o presente e o futuro são entrelaçados pelo fio do desejo que os une”, podemos acrescentar, após a leitura lacaniana, entrelaçados logicamente entre si pelo fio do desejo.

Sobre a presença da angústia na neurose, Lacan faz algumas observações. Como o neurótico passou pela operação de castração em sua constituição, recalçando-a, a angústia surge quando um objeto supostamente ocupa o lugar que deveria se manter vago, condição necessária para o aparecimento do desejo, pois esse vazio é estruturante. Ou seja, diferentemente de Freud, para quem a angústia era um sinal da perda do objeto, Lacan (2005 [1962-1963], p.52) é enfático ao defender que a angústia surge quando “a falta vem a faltar”. Se há uma perda, Lacan esclarece, é da “falta de apoio dada pela falta” (p. 64). Este é o impasse do neurótico. Embora declare o que quer encontrar no objeto, ele sabe, de forma inconsciente, que não pode encontrá-lo e a angústia é um sinal, sim, mas da aproximação do suposto objeto de desejo, “uma resposta saturadora” (p.76), como nomeia Lacan, a um vazio que deve ser preservado para dar lugar ao desejo, insatisfeito ou impossível.

PERVERSÃO E RECUSA²⁰

A estruturação perversa está diretamente associada a três aspectos: a *Verleugnung* ou recusa da castração, a transgressão à lei e a fixação ao objeto de gozo. Tomada por Freud e Lacan como consequente da recusa da castração na constituição do sujeito, nela o sujeito sabe, mas recusa a castração ao eleger e se fixar em um objeto que lhe dará a impressão de completude, velando sua falta.

Se a primeira referência à perversão em Freud ocorreu em 1896, numa carta à Fliess, e em seguida, em 1905, onde sublinhava o caráter selvagem, bárbaro, polimorfo e pulsional da

²⁰ *Verleugnung* – termo criado por Freud em 1923 para definir um mecanismo de defesa pelo qual o sujeito se recusa a reconhecer a realidade de uma percepção negativa, a ausência do pênis na mulher. Inicialmente, Freud aproximou esse mecanismo da psicose em oposição ao recalque, mas em 1927, ao abordar o fetichismo, definiu-o como um mecanismo perverso, no qual o sujeito faz coexistir duas realidades contraditórias: o reconhecimento e a recusa à ausência do pênis na mulher. Inicialmente traduzido por renegação, no Brasil também se usam desmentido ou recusa (ROUDINESCO; PLON, 1998). O termo recusa é a opção presente na edição das Obras Completas de Freud pela Companhia das Letras, 2014 e na edição das Obras Incompletas de Freud pela Autêntica, 2018, as quais fundamentaram minha escolha.

sexualidade, foi em 1923 que Freud propôs o termo *Verleugnung*, traduzido inicialmente como renegação, para caracterizar um mecanismo de defesa através do qual o sujeito se recusa a reconhecer a realidade de uma percepção negativa, aí referida à ausência do pênis na mulher. Posteriormente, em 1924, aproximou-a da psicose, em oposição ao recalque, pois se o neurótico recalcaria as exigências do isso²¹, o psicótico recusaria a realidade externa para construir uma realidade alucinatória.

Foi apenas em 1927 que Freud definiu a recusa como mecanismo de defesa característico da perversão, através do qual o sujeito convive com duas realidades contraditórias, de um lado o reconhecimento da ausência do pênis na mulher e de outro, a recusa a essa percepção. Diferentemente da psicose, que não reconhece a castração e a lei, o perverso sabe, reconhece sua existência, mas a recusa. Nesse percurso, testemunhamos Freud passar

[...] de uma descrição das perversões sexuais para uma teorização do mecanismo geral da perversão, que já não era apenas o resultado de uma predisposição polimorfa da sexualidade infantil, mas a consequência de uma atitude do sujeito humano confrontado com a diferença sexual (ROUDINESCO; PLON, 1998, p.585).

Coube, porém, a Lacan (1999 [1957-1958]), ampliar o conceito de recusa ao mostrar, através da operação denominada de constituição do sujeito, descrita anteriormente, que a recusa era não só em relação à ausência de pênis, como pensava Freud, mas à ausência do falo e todas as suas representações, ou seja, à incompletude do sujeito. Desde aí, Lacan nos deu as primeiras pistas sobre a perversão. Ao apresentar a função paterna de instauração da lei frente ao desejo arbitrário materno e descrever as possibilidades de saída frente à castração, reafirmando, com Freud (2014 [1927]), que na perversão, o sujeito passa por essa operação, mas a recusa, Lacan destaca que nesses casos, onde a interdição não ocorre efetivamente ou ocorre de maneira excessiva, o que vigora em ambos é a “lei da mãe” (p.195). Pistas que o levaram a novos desenvolvimentos, especialmente nos seminários *Angústia* (LACAN, 2005 [1962-1963]) e *De um Outro ao outro* (LACAN, 2008 [1968-1969]).

Para falar da transgressão à lei, recorro à Aulagnier-Spairani (2003 [1967]), quando ela define o desafio, que considera um dos três marcos da estrutura perversa, ao lado da lei e da recusa. Para ela, o perverso é “aquele que é perfeitamente capaz de reconhecer a ética do mundo onde

²¹ Termo utilizado por Freud para descrever o aparelho psíquico na segunda tópica, ao lado de Eu e Supereu, em substituição aos termos utilizados na primeira tópica, inconsciente, pré-consciente e consciente (ROUDINESCO; PLON, 1998).

vive, e ao decidir desafiar a lei sabe que, por seu agir, ultraja a lei do seu semelhante”. Mas ela salienta:

O que o perverso desafia sem saber – e aí está a motivação inconsciente de sua conduta – é o real. E se ele desafia o real pelo viés da lei, é porque a lei vem, em nome do saber, designar e codificar a realidade. Toda lei, seja uma lei ética ou uma lei penal, apoia-se no postulado de um saber que se quer verdade porque esse saber tem a pretensão de encontrar suas fontes no real. É a esse saber que o desafio perverso se dirige, esse saber que quer encontrar suas garantias na realidade do corpo, na realidade do afeto ou na realidade do mundo (p.62).

Entretanto, podemos constatar que tanto a recusa quanto a transgressão à lei, tal como primas irmãs, são práticas utilizadas por alguns sujeitos, justificadas através das mais variadas e criativas formas, ou mesmo características de alguns períodos, como na adolescência, sem que isso nos leve – necessariamente – a considerá-los como sujeitos perversos. O ‘jeitinho brasileiro’ ou a ‘lei de Gerson’ são apenas algumas das formas *made in Brasil* de nos referirmos a essas práticas que, com a ajuda das diversas mídias, verificamos que não se trata de um produto exclusivo nacional e aparecem, invariavelmente, nas discussões sobre perversão. Sabemos, mas...

Então, o que mesmo particulariza a estruturação perversa? Para mim, é aqui que o conceito de fixação começa a se fazer presente, pois se o neurótico também se fixará numa forma de gozar, e para isso elegerá vários objetos, deslocados ao longo de sua vida e sintomas, o perverso elegerá uma forma e um objeto que o faça gozar sem, no entanto, conseguir abrir mão desse gozo, ou ao menos renunciar a uma parte dele, como faz o neurótico no decorrer de uma análise, dando provas de sua irredutível fixação ao objeto de gozo.

Fixações estas que, convém não esquecer, encontram suas matrizes nas suas histórias singulares, de modo semelhante ao sintoma neurótico ou ao delírio e às alucinações psicóticas. E, a meu ver, é esse aspecto que, paradoxalmente, mais aproxima a perversão da clínica psicanalítica. Pois sabemos, ao contrário do que ainda pensam alguns, a perversão chega sim aos nossos consultórios. É certo que muitas vezes empurrada pelo parceiro(a) que descobre o seu segredo ... tal como ‘gato escondido com o rabo de fora’, variação popular da dupla função do véu (LACAN, 1995 [1956-1957]), que a um só tempo esconde e designa a falta do Outro, traço presente nas perversões.

Aproxima...e afasta, pois, se numa análise de um neurótico em algum momento...ou em vários, esse deslocamento se fará – mesmo que às vezes só constatado *a posteriori* – no sujeito perverso, apesar de declarar que tudo o que quer é parar com aquela prática, que sabe os riscos

que corre, de perder a família, o respeito de sua comunidade social, religiosa, laboral etc., é evidente que seu querer – consciente – não corresponde ao seu desejo – inconsciente.

Isso também explica, a meu ver, a intensa troca de analistas, que embora em geral venha acompanhada da explicação de que se trata de mais uma tentativa de se curar, para mim, demonstra novas tentativas de horrorizar o outro com seu relato, tentando, como num chiste, completar o circuito necessário a seu gozo. Lacan (2005 [1962-1963], p.182) já sublinhara que “o terceiro termo está sempre presente no gozo perverso; a ambiguidade profunda na qual se situa uma relação aparentemente dual se encontra aqui”.

Aí, testemunhamos a armadilha na qual o perverso se coloca. Na ilusão de que impõe ao Outro sua própria lei imperativa de gozo, e vive como se completo fosse, o que ele de fato faz, velar a castração do Outro, dá provas de que ele é, ao contrário do que pensa, mais submetido ao gozo do Outro, “lealmente”, como destaca Lacan (2005 [1962-1963], p.60), do que pudesse querer, ou seja, ao invés de sujeito, ocupa o lugar de objeto no tamponamento dessa falta:

Afirmo desde já que função do perverso, a que ele cumpre, está longe de se basear num desprezo qualquer pelo outro, pelo parceiro, como se disse durante muito tempo [...] o perverso é aquele que se consagra a tapar o buraco no Outro (LACAN, 2008 [1968-1969], p.245).

Antes disso, ele já nos advertira:

A vontade de gozo no perverso, como em qualquer outro, é uma vontade que fracassa, que depara com seu próprio limite, seu próprio freio, no exercício mesmo do desejo. [...] O perverso não sabe a serviço de que gozo exerce sua atividade. Não é, em todo o caso, a serviço do seu (LACAN, 2005 [1962-1963], p.167).

Lacan (2008 [1968-1969]) indica as estratégias de gozo para diferenciar, mais uma vez, a neurose da perversão. Enquanto o neurótico busca no parceiro o objeto que o complementa, o perverso se oferece como suplemento, como instrumento de gozo do Outro.

Assim como Lacan nos convocou a não recuar frente à psicose, alguns autores contemporâneos nos convocam a fazer o mesmo diante do perverso. Pessoalmente, ainda não vejo como. Não em relação à escuta frente ao sujeito perverso, que como Ferraz salienta (2006, p.8), “talvez coloque o analista diante da máxima exigência ética, que pressupõe a neutralidade e a abstinência”, mas em relação à mudança de posição desse sujeito, comprometido em velar a falta do Outro desde suas origens. Conseguiríamos nos aproximar da castração? E quais seriam as consequências?

Clavreul (1990) já nos advertira quanto à armadilha em que, desta vez, pode cair o analista: “[...] ao alegar o amor, o perverso não é, antes de mais nada, aquele que nos pega em nossas armadilhas, inverte-as e usa-as em seu favor, garantindo dessa forma, de antemão, a inanidade de nossas eventuais intervenções?” (p.117).

Sobre a presença da angústia nas perversões, Lacan (2005 [1962-1963]), destaca, ao referir-se ao masoquista, aquele que acredita buscar o gozo do Outro, sendo que o que busca, de fato, é a angústia do Outro:

O que mascara essa posição de objeto, senão ir ao encontro de si mesmo, colocar-se na função de farrapo humano, do pobre dejetivo de corpo, separado, que nos é apresentado nessas telas? Por isso é que digo que a meta do gozo do Outro é uma meta fantasmática. O que é buscado é, no Outro, a resposta à queda essencial do sujeito em sua miséria suprema, e essa resposta é a angústia (p.181-182).

Se no masoquista a angústia é velada, no sádico, Lacan salienta, a presença da angústia é menos oculta, pois sua presença na vítima é uma condição exigida. Mas ele esclarece que isso não torna um o avesso do outro, para concluir que, na perversão, “denuncia-se a ligação radical da angústia com o objeto que sobra. Sua função essencial é ser o resto do sujeito, o resto como real” (p.184).

Sem esquecer que um sujeito não se torna perverso por acaso, já que, como Lacan (1999 [1957-1958]) sublinhou ao descrever a metáfora paterna, trata-se do resultado de um casamento desastroso entre um desejo ambíguo e uma lei complacente: não pode, mas..., faço-me muitas perguntas: se no início, diante de uma função paterna vacilante, a criança pode ter ocupado, como Lacan (2005 [1968-1969], p.298) nomeou, uma “placa giratória”, fazendo através da fobia um apelo à lei que, se veio, o colocou do lado da neurose, se não, do lado da perversão, o que aconteceria num suposto final de análise de um perverso? Se o neurótico se depara com a castração e no máximo – mas não sem atravessar muito sofrimento – constrói novas bordas para ela, quais os efeitos para um perverso, diante de uma castração desvelada? Ao descobrir que sua cena, sua lei, seu véu, de seus não tem nada, só lhe confirmam no lugar de objeto diante do Outro? A eclosão de uma psicose? Uma passagem ao ato? Não sei...mas me parece que temos que ter muita cautela – como se não precisássemos dela em qualquer condução de tratamento – ao seguirmos essa direção. E talvez isso também possa explicar porque em geral os ditos perversos não sustentam uma análise... Um saber sobre sua verdade? Verdade sabida, mas insistentemente recusada? Uma defesa contra a psicose, por se saber objeto do Outro?

Encontro eco para minhas questões – e inquietações – novamente em Ferraz (2011, p.41), quando postula que a perversão seria uma defesa contra a psicose, “particularmente contra a angústia, a depressão e fragmentação psicóticas”. E isso explicaria, para ele, tanto o caráter compulsivo do ato perverso quanto a fixação, pois, “[...] a ameaça da perda da identidade está presente na perversão; entretanto, não se chega à fragmentação identitária, por mais que ela revele um sujeito dividido, vivendo numa via estreita e impedido de produzir deslizamentos simbólicos” (p.45). Ferraz (2011) parte de algumas ideias freudianas acerca da teoria do fetiche e divisão do ego, propostas em 1923 e 1940/1938, respectivamente. Desse modo, para ele,

Uma montagem sintomática perversa pode aparecer com a finalidade de estancar o desenvolvimento de uma angústia psicótica, como que colmatando uma falta que, de outro modo, torna-se escancarada quando se submerge na desorganização e na fragmentação do ego na psicose. Se partirmos da noção de fetiche em Freud, temos que a recusa vem operar, no plano da crença, uma ilusão, a saber, a de que um percepto não é real [...] temos aí que se instaura um paradoxo que adquire fixidez e permanece, portanto, funcionando dentro de um registro psíquico bivalente [...]. Um tal funcionamento psíquico tem a ‘vantagem’, se é que se assim se pode dizer, de proteger o sujeito da queda em uma constatação da falta para a qual não haverá restituição para além do real (p.42).

Não por acaso, Lacan (2008 [1968-1969], p.245) se referiu ao perverso como um “defensor da fé”, por crer na existência do Outro, portanto, não castrado. Ferraz (2011) parece retomar essa ideia quando afirma que “[...] por situar-se no domínio da crença, o perverso se pouparia da desorganização do pensamento e do esfacelamento identitário revelados por sua imersão na alucinação, tal como se dá no funcionamento psicótico” (p.43). Outros autores o acompanham, posicionando-se de forma semelhante. Jorge (2006) também considera a perversão uma das defesas contra a psicose, e inclui a neurose, a partir da consideração de que a psicose seria a base do humano. Aulagnier-Spaurani (2003) também se refere à fixação e à defesa da psicose na estrutura perversa quando afirma:

Contrariamente ao que o perverso acredita, a liberdade que não é mais que uma ilusão, sendo essa escolha o que o prende, inexoravelmente, ao único acesso que ele pode ter no registro do desejo, da mesma forma que o seu ultraje é a única forma que ele tem que reintegrar a ordem da Lei, de não ser forcluído (p.47).

Não devemos esquecer que Freud (2018 [1940/1938]) já havia postulado algo semelhante quando, ao discorrer sobre a cisão do ego na perversão, considerava-a uma solução engenhosa, pois diferentemente da ocorrida na psicose, nela o sujeito não perde o contato com a realidade. Mas salientava que, como tudo tem seu preço, o processo de cisão do ego resultante da

Verleugnung, mecanismo da perversão, produzia uma fenda no eu da qual não só o sujeito nunca se cura, como aumenta à medida que o tempo passa.

Talvez então possamos pensar que, se lá no início, em sua constituição, o sujeito esteve numa placa giratória apelando, por meio da fobia, a uma lei que viesse retirá-lo da perversão e ela não veio, agora, como adulto, ocuparia outra placa giratória: ou atuaria compulsivamente fixado numa estrutura perversa, ou seria aspirado pela psicose. Essa hipótese será desenvolvida em estudos posteriores, inspirada em Lacan (2008 [1968-1969] quando afirma:

A coisa permanece em estudo. Seria um erro imaginarmos que a Psicanálise fecha o círculo, que ela descobriu a última palavra, mesmo sobre as perversões, mesmo ao se servir da relação com o objeto *a* para aplicá-la com mais extensão do que posso fazer aqui (p.295).

PSICOSE E FORACLUSÃO²²

Se a psiquiatria do século XIX buscava, incessantemente, uma etiologia psicogenética para a psicose, Freud foi responsável por promover, nas palavras de Dor (1989), uma dupla subversão, tanto ao romper com as hipóteses organogenéticas da época, quanto ao submeter à prova da teoria psicanalítica a noção de psicose, tomando-a como estrutura particular, correspondente a uma defesa específica. Mas esse percurso não foi simples, nem rápido.

No Rascunho H (1976 [1895]), considerado o primeiro estudo de Freud sobre a paranoia, ele postulava tratar-se de um modo patológico de defesa, e que “as pessoas se tornam paranoicas diante de coisas que elas não conseguem tolerar, desde que para isso tenham a respectiva disposição peculiar” e se perguntava: “Em que consiste essa disposição?” (p.284). E ainda: “Qual era a peculiaridade da defesa paranoica?” (p.286). Em sua tentativa de resposta, recorria ao recalque, mesmo considerando que se “o tema permanecia inalterado; o que mudava era a localização da coisa” (p.286). Ou seja, se “antes tinha sido uma autocensura interna; agora tratava-se de uma recriminação vinda de fora” (p.286), chegando então ao que ele considerava o propósito da paranoia: “rechaçar uma ideia que é incompatível com o ego, projetando seu conteúdo no mundo externo” (p.286). Em artigo publicado na mesma época, testemunhamos o contínuo debater-se de Freud (1976 [1894]) em busca de uma explicação e de uma palavra para nomear o que acontece na psicose, que ele suspeitava ser diferente do processo da neurose:

²² *Verwerfung* – forclusão. Mecanismo de defesa característico da psicose, no qual se rejeita um significante fundamental para fora do universo simbólico do sujeito. No Brasil também se usam forclusão, repúdio, rejeição e preclusão (ROUDINESCO; PLON, 1998). A opção da tradução por forclusão será detalhada adiante.

Há, entretanto, uma espécie de defesa muito mais poderosa e bem sucedida. Aqui, o eu rejeita a ideia incompatível juntamente com seu afeto e comporta-se como se a ideia jamais lhe tivesse ocorrido. Mas a partir do momento em que o tenha conseguido, o sujeito encontra-se numa psicose, que só pode ser qualificada como ‘confusão alucinatória’ (p.71).

Um pouco mais tarde, no Rascunho K (1976 [1896]) Freud ainda recorre ao recalque para descrever o que ocorre na paranoia, além de reiterar o que havia afirmado no Rascunho H, que a projeção era seu elemento básico. Em 1911 se dedicou ao estudo sistemático da psicose, através das *Memórias do Presidente Schreber*, no qual estabeleceu, nos lembra Guerra (2010), dois grandes enunciados, dois princípios que até hoje orientam a investigação psicanalítica sobre o tema. O primeiro, ao afirmar que aquilo que foi abolido internamente retorna desde fora e o segundo, que a formação delirante é uma tentativa de cura e não a enfermidade propriamente dita, como se pensava até então. Mas foi somente em 1918, em *O homem dos Lobos*, que Freud introduziu o novo termo *Verwerfung*²³, inicialmente traduzido por rejeição. Desse modo, como destacam Beckouche et al. (1994), a distinção neurose-psicose, recalque-rejeição, *Verdrängung-Verwerfung*, anunciada anteriormente, começava a se precisar. Mais tarde, no artigo sobre fetichismo, Freud (2014 [1927]) introduz um novo termo *Verleugnung*, ou recusa, para distinguir a defesa utilizada pelo perverso da defesa utilizada pelo psicótico. O primeiro recusaria²⁴ e o segundo rejeitaria²⁵ a realidade. Enquanto o perverso sabe, mas não quer saber, o psicótico não sabe da castração.

Na garimpagem feita por Souza (1999) em *As palavras de Freud*, ele nos conduz, vagarosamente, pelos caminhos trilhados por Freud nos percursos conceituais. Ele critica a tradução – ou como ele considera – interpretação, feita por Laplanche e Pontalis (1977) do termo freudiano, ou mais especificamente alemão, *Verwerfung* por forclusão, mesmo destacando-o como termo elaborado por Lacan. Essa crítica também é feita por Roudinesco e Plon (1998, p.246) quando comentam que alguns discípulos de Lacan “acabaram vendo (senão alucinando), sua existência no *corpus* freudiano”.

²³Nesse texto, o termo *Verwerfung* e seu verbo surgem várias vezes, em várias conjugações, tais como: *verfaft*-rejeitou; *verwift*-rejeita (SOUZA, 1999).

²⁴ Recusar: não aceitar, rejeitar; não se prestar, opor-se, negar-se à; não aceitar, não admitir; não permitir, não conceder, negar; não se prestar, negar-se, opor-se; declara-se incompetente; não obedecer, desobedecer (FERREIRA, 1999).

²⁵Rejeitar: lançar fora; largar; lançar de si, tirar de si, repelir; expelir, vomitar, regurgitar; não admitir, recusar; não aprovar, reprovar, desaprovar; ter em pouca ou nenhuma conta, desprezar, desdenhar; defender-se de; repelir; opor-se ou negar-se a; atirar, arremessar, lançar, arrojar; repelir, afastar, apartar (FERREIRA, 1999).

Rabinovitch (2001) acrescenta ainda, após rigorosa pesquisa, que antes de ser absorvido pelo direito e posteriormente pela psicanálise, o termo foraclusão fora utilizado na literatura da Antiguidade significando excluir, privar, expulsar, impedir, banir, omitir, cortar. Desse modo, foracluir consiste em expulsar alguém ou alguma coisa para fora dos limites de um reino, de um indivíduo, ou de um princípio abstrato como a vida ou liberdade: foracluir implica também que o lugar, qualquer que ele seja, do qual se é expulso, seja fechado para todo o sempre, indicando, mais uma vez, a relação entre uma estrutura e o tempo, pois a operação de castração, que preside a constituição do sujeito, e foracluída na psicose inclui uma dimensão temporal, não reversível. Como resume Quinet (2006, p.10), “não é possível transformar um sujeito psicótico em um sujeito neurótico: não se injeta Édipo e nem se fabrica o recalque primário”.

Em um recorte de Antígona (RABINOVITCH, 2001) vemos: “Da luz que tanto odeia para sempre foracluída / Quero que mesmo viva seja ela, solitária, encerrada / Enterrada viva em profunda sepultura (p.17). Em outra citação (Amyot, *Lucullus* 3), podemos ler: “A glória desse grande feito viria a ser comum entre eles dois, um porque teria expulso da terra, e outro porque o teria foracluído do mar (p.17).

Somente a partir do século XVI o termo foracluir – substituído por exclusão na língua comum – passou a ser reservado ao campo jurídico. Doravante, nos diz Rabinovitch (2001), é da lei que alguma coisa está foracluída, mesmo estando prevista pela lei. A temporalidade novamente se faz presente, pois ao tornar-se um termo jurídico a palavra foracluir impõe, antecipadamente, um limite de tempo, findo o qual nada mais se poderá dizer ou fazer. A definição da foraclusão define o quadro da lei por aquilo que, chegada a hora, o tornará obsoleto, já que, os limites da lei são os do tempo em que vigora a lei, mas também os tempos em que a lei não vigora mais.

O campo da linguística nos dá outra valiosa contribuição para o entendimento desse conceito, através dos estudos feitos por Damourette e Pichon, publicado em 1928, *Sob a significação psicológica da negação em francês*, conforme Roudinesco e Plon (1998). A negação gramatical francesa apresenta duas partes: *ne...pas*; *ne...jamais*; *ne...rien*. A primeira delas – *ne* – é designada como discordancial. Kaufmann (1996) esclarece que o *ne* é empregado nas orações completivas regidas por verbos que exprimem o temor, a precaução e o impedimento. No temor, haveria discordância entre o desejo do sujeito da oração principal e a possibilidade que ele contempla; no impedimento, há discordância entre o fenômeno que deveria se produzir e a força que o impede.

Já a segunda parte – *pas*, *jamais*, *rien* – aplica-se, ainda conforme Kaufmann (1996) aos fatos que o locutor não contempla como fazendo parte da realidade. “Esses fatos são, de certo modo,

foraclusivos e por isso damos a esse segundo pedaço da negação o nome de foraclusivo”, observa Kaufmann (1996, p.214), ou mais precisamente Correa (1996, p.45), de “traço forclusivo”. Rabinovitch (2001, p.19) esclarece:

A força de tal negação, que afeta o momento posterior, destrói o momento anterior, do qual ele dependia estreitamente. Se nomear uma coisa a faz existir, o modo de negação forclusivo que reforça a primeira negação, a discordancial, destrói a coisa no momento mesmo em que a faz existir; destrói ao mesmo tempo no futuro e no passado. Não só exclui as possibilidades vindouras e fere o futuro, mas também expressa um desejo que lesa o passado; diz o desejo de que uma coisa nunca tivesse existido. É na verdade, a marca de uma não-existência. Marca de uma não-existência, ele fratura a memória e amputa gravemente o futuro. Percebe-se facilmente que as ideias afetadas por nunca, nada, jamais são como expulsas do campo de possibilidades percebidas pelo locutor, são expulsas do futuro.

A tradução de *Verwerfung* por foraclusão já havia sido proposta por Pichon – e não por Lacan – desde essa época, para substituir uma primeira tradução por escotomização²⁶, com a qual Freud não concordava. Conforme Rabinovitch (2001, p.20), essa era a definição proposta por Pichon para a foraclusão em 1928: “é do passado que um fato que existiu realmente é efetivamente excluído”. A propósito, a autora acrescenta que “excluindo do campo do futuro as possibilidades futuras, o foraclusivo exclui do próprio passado aquilo que pode realmente nele advir” (p.20). A gramática vai então, além do jurídico, ao colocar em jogo as leis da linguagem, assim como a possibilidade do sujeito nela entrar ou, de outro modo, ficar preso fora dela, para sempre foraclusivo (RABINOVITCH, 2001).

Por isso, destaca-se a antecipação feita por Pichon, ao recorrer a um termo gramatical que afeta a própria estrutura da linguagem para traduzir *Verwerfung*, em 1928, bem antes de Lacan (1998 [1955-1956], p.582) isolá-la, como “a falha que confere à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa da neurose”, a partir da foraclusão do significante Nome-do-pai no lugar do Outro, do fracasso da metáfora paterna, além de definir a psicose como distúrbio na ordem da linguagem.

Introduzido, portanto, e não forjado²⁷ por Lacan (1985 [1955-1956]), como consideram alguns autores (ROUDINESCO; PLON, 1998; LAPLANCHE; PONTALIS, 1977), o termo foraclusão aparece pela primeira vez em seu discurso como tradução do termo *Verwerfung*, na última aula

²⁶ Escotomização: mecanismo de engeguencimento inconsciente pelo qual o sujeito faz desaparecerem de sua memória ou sua consciência fatos desagradáveis (ROUDINESCO; PLON, 1998).

²⁷ Forjar: fazer, fabricar, inventar (FERREIRA, 1999).

do *Seminário 3*, dedicado ao estudo das psicoses. Doravante, e este, a meu ver, é o mérito de Lacan, a forclusão será alçada à posição de conceito operativo da psicose. “Não torno a voltar à noção da *Verwerfung* de que parti, e para a qual, tudo bem refletido, proponho que vocês adotem definitivamente essa tradução que creio ser a melhor – a forclusão” (LACAN, 1985 [1955-1956]), p.360).

Sobre a clínica com as psicoses, Freud (2010 [1911]) produziu outra revolução, ao afirmar, a partir do *caso Schreber*, que o delírio era em si uma tentativa de cura e não, como se pensava na época, apenas uma manifestação de loucura, demonstrando que o psicótico fazia um movimento em direção à estabilização, abrindo dessa forma, novas discussões sobre possibilidades de tratamento. Embora inicialmente acreditasse que a psicanálise era contraindicada ao atendimento de psicóticos, por considerar que nas psicoses não se estabeleceria o laço de amor transferencial com o analista, essencial a uma análise, ao final de sua obra Freud (2018 [1937]), reconsidera a questão, sugerindo que novos analistas propusessem mudanças no método de forma a permitir esse atendimento.

Lacan (1985 [1955-1956]), por sua vez, ao insistir no método da escuta proposto por Freud às históricas e retomando a ideia, também freudiana, de que o delírio seria uma tentativa de cura, considera que as produções dos psicóticos, mesmo as delirantes, podem indicar a direção do tratamento. Ele esclarece que, assim como nos sintomas e outras manifestações neuróticas, “encontramos também no próprio texto do delírio uma verdade que lá não está escondida, como acontece nas neuroses, mas realmente explicitada, e quase teorizada” (p.37) nos convocando, então, a não desprezar seus conteúdos, pois eles fornecem elementos para sua compreensão. Mas Lacan também adverte:

A psicanálise dá, em compensação, ao delírio do psicótico uma sanção singular, porque ela o legitima no mesmo plano em que a experiência analítica opera habitualmente, e que ela torna a achar no seu discurso o que comumente descobre como discurso do inconsciente. Mas nem por isso ela acarreta o sucesso da experiência. Esse discurso, que emergiu do eu, se revela – por mais articulado que ele seja, e se poderia mesmo admitir que ele está em grande parte invertido, posto entre parênteses pela *Verneinung* – irredutível, não manejável, não curável (p.153).

Também a partir dos estudos freudianos, Lacan constatou que a erotomania se presentifica no tratamento das psicoses, através do laço transferencial estabelecido numa forma de amor projetiva, exacerbada e delirante, que precisa ser cuidadosamente manejada, para que o psicótico consiga produzir, no percurso analítico, uma solução subjetiva. Essa é uma das diferenças apontada por Lacan (1985 [1955-1956]), entre paranoicos e esquizofrênicos, pois a

transferência aparece bem mais sensível nos paranoicos que nos esquizofrênicos, pela capacidade de verbalização e relação com a linguagem menos desestruturada. No mesmo seminário, Lacan destaca que embora delírios possam se apresentar também entre os quadros de demência precoce (esquizofrenia), os delírios dos paranoicos e/ou suas produções discursivas são articulados com abundância e riqueza, não vistas no quadro anterior, fazendo Lacan considerá-las como características clínicas mais essenciais desse quadro.

Ao nos convocar a não recuar diante da psicose, Lacan (1977 [1956]) defendia que antes deveríamos aprender com ela a reconhecer seus estilos e saídas. E foi seguindo essa trilha que Lacan pôde extrair um aprendizado sobre o uso de outros recursos na elaboração de soluções que esses sujeitos puderam construir, demonstrando que compreender a estrutura psicótica nos ajuda a elucidar, com mais crítica, a diferença e não a deficiência desses sujeitos. Desse modo, segue a sugestão de Freud, fazendo avançar a psicanálise, sugestão também acatada por psicanalistas contemporâneos. Como assinala Quinet (2002), é ao se dirigir ao psicanalista tomando-o como testemunha para as agruras que o Outro lhe faz sofrer, que algo pode ser feito no nível subjetivo para mobilizar e implicar o sujeito no delírio com o qual reconstrói o mundo.

No seminário dedicado ao *Sinthoma*, Lacan (2007 [1975-1976]) recorre à topologia²⁸ para apresentar uma mostraçãõ possível da psicose, a partir do estudo de Joyce. Nele, Lacan propõe que, entre aqueles que não puderam contar com o Nome-do-pai²⁹ como quarto laço a enodar os registros, Real, Simbólico e Imaginário, alguns podem, se tiverem sorte, encontrar ou construir algo que lhes sirva de suplência, a grampear seus nós, dando-lhes alguma estabilidade. Nessa direção, Quinet (2006, p.9) pontua que a referência ao Nome-do-pai como divisor de águas da clínica psicanalítica não foi abandonada por Lacan, nem mesmo quando ele acrescentou e desenvolveu outros conceitos durante seu ensino, como o campo dos gozos ou a topologia do nó borromeano.

Quanto à presença da angústia na psicose, é preciso lembrar que se o psicótico foraclui a castração, ele não é marcado pela falta necessária ao aparecimento de um desejo próprio. Como se mantém numa relação dual, sua relação com o Outro fica comprometida. Assim, sublinha

²⁸ Embora alguns autores como Leite (2001), Figueiredo e Machado (2000), dentre outros, considerem que a topologia fez Lacan produzir uma outra forma de diagnosticar, em oposição à estrutural, não vejo desta forma. Penso que a topologia possibilitou a Lacan uma mostraçãõ sincrônica do que ocorre com os três registros e seus enodamentos em cada estruturação. Lembrando que a topologia se constituía para os próprios topólogos no estudo da estrutura, remeto ao livro *A topologia de Jacques Lacan*, já citado (GRANON-LAFONT, 1990) e ao artigo da autora desta Tese: *O limite da metáfora: uma mostraçãõ precisa* (MARQUES, 1998).

²⁹ Lacan (2007 [1975-1976]) chama o quarto laço – fruto da operação de castração realizada pela função paterna – de várias formas neste seminário, tais como Nome-do-pai, Édipo, Sinthoma, dentre outros.

Lacan (2005 [1962-1963]), a angústia pode aparecer em fenômenos de despersonalização, que começa pelo não reconhecimento especular, por não ser passível de reconhecimento do Outro. É, portanto, uma manifestação de angústia distinta da que aparece na neurose.

MAIS ALÉM DE UM DIAGNÓSTICO

Se para alguns médicos a queixa do paciente é suficiente para o diagnóstico, ela não é suficiente para dar início a uma análise. Para isso, é preciso que ela se transforme em questão para o sujeito, que ele se implique, se responsabilize pela desordem da qual se queixa (LACAN, 1998 [1951]), já que, “por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis” (LACAN, 1998 [1966], p.873). A esses, Harari (2008) se refere como atrevidos. É mesmo preciso coragem para olhar para nossa banda B e nos propormos a construir novas posições que façam barreiras a essa fonte inesgotável de gozo que, como salienta Harari (2008), nos parasita, tira nossas energias, limita nossa criatividade, restringe e inibe nossas margens de liberdade, gerando, por consequência, poucas perspectivas, invadidas que são por reiterados fracassos. De fato, é preciso coragem ou atrevimento para “buscar a alternativa de abrir-se para outros gozos não sofredores ou parasitários” (p.160).

Por isso, nunca é demais lembrar que a análise não começa quando um pretendo analisante telefona ao analista, nem mesmo quando começa a frequentar seu consultório. Como bem destaca Vegh (2001), é necessário que o sujeito se interrogue, que admita que há algo que sabe e algo que não sabe daquilo que sofre, um saber que lhe escapa, por isso recorre ao analista, que “ao se oferecer como presença, incita a emergência do sujeito, não fixado ao gozo, mas aberto a um desejo” (p.58).

É o que acontece também com aqueles analisantes diagnosticados com o chamado transtorno de pânico e que buscam a psicanálise. De início, como confirma a literatura, pensam estar gravemente doentes, à beira de um infarto, ou sofrendo de algum distúrbio orgânico ainda não detectado pelos médicos. À medida que procuram diferentes especialidades médicas e (re)fazem vários exames, constataam – ou se convencem – que não estão doentes, ao menos organicamente, e passam a se perguntar o que produziu aquela pane em suas vidas. São esses, que mesmo tendo sido diagnosticados e medicados, não se contentam com esse tratamento, mas buscam um saber sobre o que causou esse sofrimento, essa angústia.

No início, o analisante se ancorará nas bordas construídas pelo Outro ou, melhor dizendo, lidas no discurso do Outro, embora tomadas – equivocadamente – como próprias, supondo que elas

servam de salva-vidas. Com o tempo, e com a análise, podem descobrir que são capazes de se descolar de algumas dessas bordas ou selos – como costume me referir às posições identificatórias – enquanto outras estarão como que tatuadas para sempre em cada história, e no máximo conseguirão construir outra versão, acrescentar outro desenho, outra tinta, outro jeito de conviver com elas. Mas, nesse percurso, e na melhor das hipóteses, poderão também conseguir construir novas bordas, próprias, ao redor das faltas fundamentais, a partir do entendimento de que elas não se apagarão nem nunca serão completamente preenchidas.

Lacan ([1973-1974], inédito, aula de 23/04/74) descreve nosso ofício como “o de recolher a verdade como lamento”. Podemos acrescentar que nos cabe mais, não só recolhê-la e suportá-la, mas também ajudar a transformá-la, contribuindo com a escuta e intervenções, como pontuações e escansões, dentre outras, que, como ele indicou, podem também operar em silêncio, desde que não seja por imitação ou maus hábitos, “mas de uma suficiente apreensão de um dizer silencioso [...], um silêncio oportuno” (LACAN, [1974-1975], inédito, aula de 11/02/75), para que o analisante consiga sair da posição queixosa, e passe a usar sua libido para outros fins mais prazerosos, embora não todos.

Para Harari (2008) o analisante pode, com os mesmos elementos de seu sintoma, fazer outra coisa, diferente de uma psicoterapia – não deveríamos acrescentar a psiquiatria? – que pretenda remover o sintoma, mas indagando as condições produtivas, para com isso poder fazer outra coisa. E a que condições ele se refere? É Pommier (1998) quem esclarece: as posições identificatórias às quais o sujeito está submetido deverão se modificar – ao menos em parte – através do trabalho analítico, fazendo com que consiga bordejar com certa competência entre “o abismo do sintoma e o escolho da angústia, sem cair na pane da inibição” (p.417).

O processo de desidentificação – que corresponde à queda dos significantes mestres que representavam o sujeito, significantes da identificação ideal advindos do Outro – pode ser vivido pelo sujeito como um momento de despersonalização, ao ver abalados seus ancoramentos simbólicos. Desidentificação que atingirá também a figura do analista. Esses são momentos delicados, pois se de um lado o sujeito pode colocar-se em posição de recusa entre se não posso ter tudo, então não quero nada, do lado do analista, sua ética será posta à prova, na medida em que terá que suportar ser destituído do lugar de saber a ele atribuído no início da análise. Sobre isso, Harari (2008, p.163) comenta: “É uma posição equívoca, paradoxal, é uma tarefa um pouco louca, então, isso de ser psicanalista. Trabalhar para se destituir para que, finalmente, o analisante consiga prescindir do analista e não ficar numa alienação eterna com este a quem evidentemente atribui saber”. Por isso, diferentemente do ato médico, cujo objetivo

é suprimir o sintoma, o ato psicanalítico ocorre várias vezes durante um tratamento, com efeitos no discurso, a cada vez que ele mudar de direção, até a finalização de uma análise, quando o analista deverá ser descartado.

Também de maneira diferente da descrita por Câmara (2007, p.309), “interromper este curso fatídico através de um tratamento específico, concluindo o ato médico”, a psicanálise considera que muitas vezes o sintoma trará “o benefício³⁰ secundário da doença”, ou simplesmente, “benefício da doença”, como nomeava Freud (2014 [1926], p.30; 2014 [1917], p.507; 2010 [1913], p.78), ou fonte de gozo, como se refere Lacan ([1974-1975], inédito, aula de 11/02/75), não sendo tão simples ou rápido abrir mão dele, ou melhor, de parte dele. As mudanças só virão no tempo e da forma que for possível a cada um, de modo singular, assim como o percurso realizado.

Se há tratamento, Porge (2014) esclarece,

seu objetivo não é a *restitutio ad integrum*, nem sequer aproximada, mas um desvelamento da verdade selada no sintoma. É necessário que o apelo contido no sintoma seja escutado. Não se trata de suprimir o sintoma, como na medicina, mas de se por à sua escuta, deixar-se ensinar por ele para aprender como o sujeito resolve o enigma de seu desejo. O desejo de cura intervém, certamente, na demanda de análise e em seu prosseguimento, mas é sabido que ela não advirá senão depois de voltas, desvios, retornos, de acréscimos, portanto, em relação a esse caminho percorrido. No *pathos* da patologia, o analista desvela a parte de gozo que faz com que a separação seja difícil ou não desejada pelo sujeito” (p.31).

Isso não implica, necessariamente, como ainda pensam alguns, que ao respeitar o tempo do sujeito, a psicanálise seja sempre lenta. Foi isso que Lacan (1998 [1945]) demonstrou ao teorizar sobre o tempo lógico, esclarecendo que num percurso de uma sessão e/ou de uma análise, o sujeito passa por três tempos lógicos e não cronológicos: o primeiro, instante de ver, quando o sujeito se depara com algo que o interroga, uma incógnita; o segundo, tempo de compreender, quando o sujeito busca elementos em sua novela familiar que o ajudem a esclarecer o que está em jogo naquela repetição; o terceiro, momento de concluir, quando o sujeito produz um novo saber sobre o que lhe faz questão. E, em muitos ocasiões numa análise, um momento de concluir sobre uma questão pode se transformar em novo instante de ver para um sujeito, fazendo-o se deparar com outra questão que o interroge. Ao instituir o tempo

³⁰ Na edição Imago consta ganho; na da Companhia das Letras consta benefício nos dois primeiros textos citados. No entanto, o da Companhia das Letras traz em nota de rodapé, “no original, *krankheitsgewinn* literalmente ganho da doença”. Já no terceiro texto, na versão da Companhia das Letras, traz ganho secundário da doença, enquanto na da Imago consta lucro secundário da doença.

lógico na psicanálise, demonstrou que o sujeito atravessa logicamente – e não cronologicamente – os tempos necessários no percurso de mudança em sua posição frente ao desejo, possibilidade ampliada pelas estratégias lacanianas utilizadas pelo analista como corte das sessões, pontuações, escansões e/ou silêncio, dentre outras, que também contribuem para a redução do gozo sobre o seu sintoma. Sobre isso, vale lembrar do comentário de Lacan (1998 [1955], p.326):

O descaso do psicanalista quanto aos rudimentos exigidos pelo emprego da estatística só encontra paralelo no que ainda é costumeiro na medicina. É, entretanto, no seu caso, mais inocente. Pois ele dá menos importância a apreciações sumárias como ‘melhor’, ‘muito melhor’, e até ‘curado’, alertado que é por uma disciplina que sabe ressaltar a pressa de concluir como um elemento em si questionável.

E aí, duas questões me ocorrem: uma, quando Freud (2010 (1917 [1915])) pergunta por que alguém precisa adoecer para se aproximar de sua verdade, o que faz o melancólico. A outra é trazida por Hassoun (2002), quando pergunta por que nós psicanalistas – e aí penso que podemos estender a qualquer pessoa que leve uma análise a termo – não nos tornamos melancólicos ao final de uma análise, ao descobrir que só podemos gozar aos pedaços, que não temos garantia, que a verdade só pode ser meio dita, que tudo é transitório etc.

Bem, se concordarmos com a posição defendida por Lambotte (1997), Hassoun (2002), Peres (2011) e Diniz (2018), podemos construir... uma primeira resposta: Porque nós não tivemos uma “moldura vazia” (LAMBOTTE, 1997, p.175), condição para a melancolia. A depender da história, tivemos uns um pouco mais, outros um pouco menos, vários significantes a nos ancorar. Entretanto, considerando que outros autores (HARARI, 2008) pensam que não existe estrutura, mas posição melancólica, podemos então refazer a pergunta.

Por que nós, psicanalistas – ou por extensão alguns outros – não passamos a ocupar uma posição melancólica ao final de uma análise? E aí me arrisco novamente a dar uma resposta, não a resposta, pois, mesmo considerando que possa haver pontos em comum, cada um terá que construir sua própria resposta, de acordo com seus sintomas. Entre outras coisas – já que algumas são da ordem do privado – porque aprendemos a valorizar nossos traços e nossas conquistas, a usufruir deles, a valorizar as pequenas coisas e, ao mesmo tempo, não dar valor a miudezas, a suportar nossos limites, a não sofrer demais por coisas que não podem ser remediadas, as impossíveis, já que, sabemos, a vida nos reserva alguns sofrimentos aos quais só nos resta enfrentá-los e atravessá-los... quando chegar a hora, já que não há como nos prevenirmos deles. Também por aprendermos que algumas coisas que considerávamos

impossíveis, ledo engano... são da ordem da impotência e, nesse sentido, podemos empurrar os limites para um pouco mais adiante, aumentando nosso raio de ação.

Harari (2008) contribui com essa discussão ao destacar que a queda dos grandes ideais paradisíacos não é o mesmo que entrar numa situação melancólica, mas, ao contrário, reduzir esse sofrimento, pois implica uma renúncia ao impossível de recuperar um gozo que nunca existiu. Posição compartilhada e esclarecida por Vegh (2001), ao lembrar que o final de uma análise não produz um sujeito realizado, mas advertido daquilo que impede sua realização, numa aposta de que algo se produzirá, algo a ser tecido no Real para além da prática da análise, quando o sujeito se vai suportando as incertezas que virão. Por isso, ele destaca: “um final de análise não somente situa o sujeito de um modo diferente em relação ao gozo, mas também em relação à criação. Final de análise, aposta de que o sujeito poderá gozar e criar de um modo diferente” (VEGH, 2001, p.71).

Para Tolipan (1985), ao final de uma análise, a verdade do sujeito deve ser assumida no que tem de imutável, cabendo ao sujeito a coragem de – apesar das dúvidas, incertezas e vacilações – apostar numa escolha. E justamente sobre a possibilidade de uma nova escolha do sujeito neurótico, ante o núcleo que lhe produzia horror, Soller (1998) ressalta: “Dar a alguém uma nova possibilidade de escolha é algo raro e valioso. Por isso podemos evocar a possibilidade não sei se posso dizer de um novo desejo, mas de um novo efeito de desejo. [...] É uma grande promessa” (p.474).

Nesse percurso, ajudamos aqueles que sofrem – e não são poucos – a construir bordas – aquelas possíveis – às suas faltas, evitando que se afoguem ou se enterrem em suas dores e consigam construir novas formas, limitadas, diferentes, porém satisfatórias de gozar. Entretanto, essas bordas não são tão rígidas ou tão seguras assim. São construídas de material humano e, como tal, sujeitas a falhas. Diante da condição de impossibilidade do real, daquele “que não para de não se escrever” (LACAN, 1985 [1972-1973], p.81) ou da indomesticabilidade da pulsão (FREUD, 2018 [1937]) – nossa e dos outros – de vez em quando podemos nos descobrir pensando – de novo? – constatando que as bordas estão se afastando demais do nosso desejo, das nossas escolhas, como que indo na direção de... uma nova posição sintomática. Mas como já ficamos mais advertidos sobre nós mesmos, podemos dizer algo como: opa! Isso não! Esse gozo não me interessa mais! E, dessa vez, penso que essa é a diferença, sem muito sofrimento ou alarde, abrir mão desse gozo, deixá-lo ir...

Se por um lado descobrimos com a análise que não podemos mudar a direção do vento, vinda do real, por outro aprendemos que podemos refazer as escolhas e arrumar as velas a nosso favor

e não contra nós, antes de seguir viagem, pois como nos advertiu Lacan ([1973-1974], inédito, aula de 13/11/1973): “É, a saber, que para tudo que é da vida e ao mesmo tempo da morte, há uma imaginação que não pode senão suportar todos aqueles que da estrutura se querem não-tolos, é isso: é que sua vida não é mais que uma viagem.”

Penso que, até hoje, ainda não inventaram remédio que substitua esse trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico psicanalítico visa localizar, através da escuta, o modo singular de gozo de cada sujeito ou, como descrevem Figueiredo e Machado (2000, p.67), “[...] um modo de incidência do sujeito na linguagem”. Enquanto o diagnóstico médico é fenomenológico, o psicanalista não trabalha como leitor de fenômenos, mas opera a partir do que se apresenta como realidade psíquica do sujeito endereçada ao analista que vai escutá-lo (FIGUEIREDO E MACHADO, 2000).

Sohsten e Medeiros (2016) destacam outra diferença entre os diagnósticos psiquiátrico e psicanalítico, pois enquanto o primeiro se satisfaz em rotular o adoecimento associando-o ao tratamento farmacológico sem questioná-lo sobre sua doença, “prescindindo do sujeito”, lembram Figueiredo e Tenório (2002, p.31), o segundo busca implicar o paciente em seu tratamento, já que, como salientou Lacan (2001 [1966], p.10), muitas vezes o paciente vai ao médico apenas pedir para ser “autenticado como doente”, obtendo um “ticket de benefício” que “lhe permitirá continuar a ser um doente bem instalado em sua doença”.

Se a classificação também se faz presente no diagnóstico psicanalítico, é prioritariamente para indicar a direção do tratamento, como descreveram Freud (2010 [1913]) e Lacan (1998 [1958]), embora, como ambos também salientaram, seja um diagnóstico provisório, preliminar, que só se confirmará no decorrer no processo analítico. Ao contrário da psiquiatria, lembram Sohsten e Medeiros (2016), não se parte de uma ideia prévia, mas do que se apresenta no discurso governado por um saber inconsciente regido por leis próprias e que, como nos advertiu Freud (2010 [1914]), pode retornar, às vezes como lembrança, às vezes como atuação, ou mesmo na estrutura discursiva, como nomeou Lacan (1992 [1969-1970]), sob transferência, para a figura do analista.

Embora, como pontua Bogochvol (2014, p.60), o fato de o analista lacaniano se ocupar do diagnóstico possa “chocar sensibilidades”, ele sublinha algumas diferenças do diagnóstico médico, ao afirmar que

O analista não recusa o saber constituído, mas questiona sua objetividade. Não procura descrever ou agrupar os sintomas, mas verificar sua relação com o sujeito que se queixa. Não toma o sintoma como um fato, mas como um dito, um significante cuja significação é desconhecida. Interessa-se tanto pelo modo como o ‘sofrente’ sofre, como pela forma com que se dirige àquele que poderá tratá-lo. Para ele, o sintoma não é índice de uma desordem do corpo, mas manifestação de estruturas subjetivas. No processo diagnóstico, o analista realiza uma operação tríplice de avaliação clínica, localização subjetiva e introdução ao inconsciente (p.56).

Porge (2014, p.31), por sua vez, esclarece que a estrutura não implica, necessariamente, um tratamento, uma análise. Para isso, ele salienta, “é necessário justamente que um dos elementos da estrutura tenha se deslocado ou vacilado”, gerando um sofrimento que se transforme em demanda, que nem sempre coincide com o desejo do sujeito. Ou seja, “não é suficiente ter sintomas, nem mesmo graves, para querer desvencilhar-se deles”.

Miller (2003), por sua vez, ao ressaltar a posição singular que cada sujeito ocupa no que ele chama de *semblant* de estrutura, adverte que a classificação psicanalítica tem algo de artificial, pois “as classes não têm um fundamento na natureza, nem na estrutura nem no real”, recordando o neologismo *varité*, utilizado por Lacan (1976-1977, inédito, aula de 18/04/1977) para associar a verdade à variedade de apresentações sintomáticas. O que nos conduz a Freud quando, em 1913, nos advertia que “a extraordinária diversidade de constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos anímicos e a riqueza de fatores determinantes resistem à mecanização da técnica [...]” (FREUD, 2010 [1913], p.164).

Se aos médicos, ou a muitos deles, basta a simples observação dos sintomas apresentados pelos doentes, comparando-os com as descrições presentes nos manuais, não importando se estão no Brasil, EUA, China³¹ ou outro país, para o psicanalista importa o que o sujeito tem a falar sobre aquilo que o faz sofrer. Não como objeto passível de observação, como pensava Kraepelin e alguns psiquiatras contemporâneos, mas como uma pessoa em sofrimento que tem uma história a ser escutada, como propôs Freud, Lacan, e tantos outros psicanalistas. Pois se tomarmos a conceitualização de sujeito para Lacan, é a partir de uma falta, que ele nasce, ou melhor, se constitui, a partir do corte realizado pela incidência da metáfora paterna sobre o desejo arbitrário da função materna. Estamos nos referindo a um dos efeitos da incidência do Nome-do-Pai sobre o Desejo-da-Mãe, permitindo nossa entrada na linguagem e conseqüente posição desejante, mas que gerará, em muitos de nós, a ilusão de que perdemos algo e podemos recuperá-lo.

³¹ Conforme Goldemberg (2014), o CCMD3 é o equivalente chinês do DSM-IV e do CID-10.

Diante dessa falta inicial, mítica, elegemos objetos na inútil tentativa de preenchê-la. Nesse percurso, podemos passar anos de nossas vidas tentando encobri-la, suturá-la, tamponá-la, obturá-la, em geral com sintomas que inicialmente podem nos dar sensação de alívio ao desviarmos do sofrimento original, humano, da dor de existir, mas aos poucos podem gerar mais sofrimento e nos levar a uma experiência de análise que pode nos ajudar a construir uma posição de menos sofrimento frente à história de cada um.

É esse o percurso a ser feito também por analisantes diagnosticados pela medicina com transtorno de pânico, mas que buscam na psicanálise um saber sobre aquela manifestação de angústia, uma espécie de curto-circuito que os fez parar para reavaliar suas vidas e escolhas. Invariavelmente, os analisantes que atendi nessa condição constataram a presença de um excesso em suas vidas, traduzida de diversas formas como excesso de trabalho, responsabilidades, expectativas, demandas, planos, impossível de ser atendida. De forma singular, cada um produziu mudanças em suas vidas, renunciando a expectativas inalcançáveis, que implica suportar limites, seus e dos outros.

REFERÊNCIAS

AULAGNIER-SPAIRANI, P. A perversão como estrutura. [1967]. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. VI, n. 3, p.43-69. São Paulo: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia fundamental, 2003. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v6n3/1415-4714-rlpf-6-3-0043.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2020.

BALADIER, C. Verbete Neurose Obsessiva. In: KAUFMANN, P. *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

BARROSO, S. O autismo como estrutura clínica. In: TEIXEIRA, A.; ROSA, M. (Orgs.) *Psicopatologia lacanianiana: v. 2: nosologia*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

BECKOUCHE, F. et al. Forclusão. In: *Dicionário de Psicanálise: Freud & Lacan*, 1. Salvador: Ágalma, 1994, p.81-91.

BLEICHMAR, H. *Introdução ao estudo das perversões*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BOGOCHVOL, A. O que aprendemos com a clínica estrutural: como o analista laciano faz diagnóstico. In: FORBES (Ed.) e RIOLFI, C. (Org.). *A clínica do Real*. Barueri: Manole, 2014, p. 55-71.

CÂMARA, F. A construção do diagnóstico psiquiátrico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 10, n. 4, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400009>>. Acesso em: 26 out. 2020.

CLAVREUL, J. O casal perverso. In: _____. *O desejo e a perversão*. Campinas, SP: Papirus, 1990.

CORREA, I. Foraclusão. In: _____. *Escrituras lacanianas*. Transcrição de curso realizado em João Pessoa, 1996, p.44-46.

DE NEUTER, P. Do sintoma ao sinthoma. In: *Dicionário de Psicanálise: Freud & Lacan*, 1. Salvador: Agalma, 1994, p.255-258.

DINIZ, M. F. O sujeito melancólico em análise. *Revista Topos*. v. 15. Salvador: Espaço Moebius Psicanálise, 2018, p.30-34. Disponível em: < https://8f36b8d1-1f23-4116-88b1-d1a6d819f08e.filesusr.com/ugd/3a2ce3_e951afff482a49578bfdc7c017355f56.pdf >. Acesso em: 7 dez. 2020.

DOR, J. *Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

DUNKER, C. *Por que Lacan?* São Paulo: Zagadoni, 2016.

FERRAZ, F. *A perversão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

FERRAZ, F. As montagens perversas como defesas contra a psicose. *Alter – Revista de Estudos Psicanalíticos*, v. 29, n. 1, p.41-48, 2011. Disponível em: <http://www.spbsb.org.br/site/images/Novo_Alter/2011_1/03Flavio.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020.

FERREIRA, A. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIGUEIREDO, A. C.; TENORIO, F. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 5, n. 1, p.29-43, mar. 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1415-47142002001004>>. Acesso em: 26 out. 2020.

FIGUEIREDO, A. C.; MACHADO, O. M. R. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p.65-86, dez. 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-14982000000200004>> Acesso em: 7 dez. 2020.

FORBES, J. A análise lacaniana hoje. In: FORBES (ed.); RIOLFI, C. (org.). *A clínica do Real*. Barueri: Manole, 2014, p. 3-20.

FREUD, S. Neurose, psicose, perversão. *Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

FREUD, S. Estudos sobre a histeria. In: _____. *Obras completas*, v. 2, p.14-427. São Paulo: Companhia das Letras, 2016 [1893/1895].

FREUD, S. As neuropsicoses de defesa: uma tentativa de teoria psicológica da histeria adquirida, de muitas fobias e obsessões e de certas psicoses alucinatórias. In: _____. *Obras completas*, v. III, p.57-73. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1894].

FREUD, S. Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia. In: _____. *Obras completas*, v. III, p.89-97. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1895/1894].

FREUD, S. Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'. In: _____. *Obras completas*, v. III, p.107-135. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1895/1894].

FREUD, S. Rascunho H. Paranoia. In: _____. *Obras completas*, v. I, p.283-291. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1895].

FREUD, S. Rascunho K. As neuroses de defesa. In: _____. *Obras completas*, v. I, p.299-311. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1896].

FREUD, S. Carta 52. In: _____. *Obras completas*, v. I, p.316-324. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1896].

FREUD, S. Hereditariedade e a etiologia das neuroses. In: _____. *Obras completas*, v. III, p.165-179. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1896].

FREUD, S. Fragmento da análise de um caso de histeria. In: _____. *Obras completas*, v. VII, p.5-119. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1905/1901].

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: _____. *Obras completas*, v. VII, p.123-250. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1905].

FREUD, S. Atos obsessivos e práticas religiosas. In: _____. *Obras completas*, v. 8, p.300-313. São Paulo: Companhia das Letras, 2015 [1907].

FREUD, S. Escritores criativos e devaneios. In: _____. *Obras completas*, v. IX, p.145-158. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1908/1907].

FREUD, S. A moral sexual "cultural" e o nervosismo moderno. In: _____. *Obras completas*, v. 8, p.359-389. São Paulo: Companhia das Letras, 2015 [1908].

FREUD, S. Observações sobre um caso de neurose obsessiva: "O homem dos Ratos". In: _____. *Obras completas*, v. 9, p.13-112. São Paulo: Companhia das Letras, 2013 [1909].

FREUD, S. Notas psicanalíticas sobre um caso de paranoia (*dementia paranoides*) relatado em autobiografia. In: _____. *Obras completas*, v. 10, p.13-107. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1911].

FREUD, S. A dinâmica da transferência. In: _____. *Obras completas*, v. 10, p.163-192. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1912].

FREUD, S. O início do tratamento. In: _____. *Obras completas*, v. 10, p.163-192. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1913].

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar. In: _____. *Obras completas*, v. 10, p.193-209. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1914].

FREUD, S. Observações sobre o amor de transferência. In: _____. *Obras completas*. v. 10, p.210-228. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1915].

FREUD, S. O estado neurótico comum. In: _____. *Obras completas*. v. 13, p.500-519. São Paulo: Companhia das Letras, 2014 [1917].

FREUD, S. Luto e Melancolia. In: _____. *Obras completas*. v. 12, p.170-194. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1917/1915].

FREUD, S. História de uma neurose infantil “O Homem dos Lobos”. In: _____. *Obras completas*. v. 14, p.13-160. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1918/1914].

FREUD, S. Além do princípio do prazer. In: _____. *Obras completas*. v. 14, p. 161-239. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1920].

FREUD, S. Contribuição à pré-história da técnica psicanalítica. In: _____. *Obras completas*. v. 15, p.310-314. São Paulo: Companhia das Letras, 2011 [1920-1922]).

FREUD, S. A organização genital infantil da libido: uma interpolação na teoria da sexualidade. In: _____. *Obras completas*, v. 16, p.168-175. São Paulo: Companhia das Letras, 2011 [1923].

FREUD, S. A perda da realidade na neurose e na psicose. In: _____. *Obras completas*, v. 16, p.214-221. São Paulo: Companhia das Letras, 2011 [1924].

FREUD, S. Inibição, sintoma e angústia. In: _____. *Obras completas*, v.17, p.13-123. São Paulo: Companhia das Letras, 2014 [1926].

FREUD, S. O fetichismo. In: _____. *Obras completas*, v.17, p.302-310. São Paulo: Companhia das Letras, 2014 [1927].

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: _____. *Obras completas*, v. 18, p.13-122. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1930].

FREUD, S. Análise terminável e interminável. In: _____. *Obras completas*. v. 19, p.274-326. São Paulo: Companhia das Letras, 2018 [1937].

FREUD, S. A cisão do eu no processo de defesa. In: _____. *Obras completas*. v. 19, p.345-350. São Paulo: Companhia das Letras, 2018 [1940/1938].

GOLDENBERG, R. *DSM-IV e nós*. Disponível em: <<http://uva.br/trivium/edicao1/artigos-tematicos/3-dsm-iv-e-nos.pdf>, 2014 >. Acesso em: 6 maio 2019.

GRANON-LAFONT, J. *A topologia de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

GUERRA, A. *A psicose*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

HARARI, R. O que se espera de uma análise? In: _____. *O psicanalista, o que é isso?* Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

HASSOUN, J. *A crueldade melancólica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

ISOLAN, L. O desenvolvimento da regra fundamental na obra de Freud: da hipnose à associação livre. In: *Ver. Bras. Psicoter.* 2015; 17(3):47-62.

JERUSALINSKY, A. *Psicanálise do autismo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

JERUSALINSKY, A. As quatro estruturas fundamentais do sujeito: autismos, psicoses, neurose e perversões. Estruturas Clínicas. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, n.38, p.9-19. Porto Alegre: APPOA, 2010.

JORGE, M. A. A Travessia da fantasia na neurose e na psicose. *Estud. psicanal.*, Belo Horizonte, n. 29, p.29-37, set. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372006000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26 out. 2020.

JULIEN, P. *A feminilidade velada*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

JULIEN, P. *A paternidade*. 1990. Inédito.

KAUFMANN, P. *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

LACAN, J. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1945].

LACAN, J. Intervenção sobre a transferência. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1951].

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1953].

LACAN, J. Variantes do tratamento padrão. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1955].

LACAN, J. Abertura da seção clínica. Vicennes, 1977 [1956]. Disponível em: <<http://traco-freudiano.org/tra-lacan/abertura-secao-clinica/abertura-clinica.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

LACAN, J. *O Seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985 [1955-1956].

LACAN, J. *O Seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995 [1956-1957].

LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1955-1956].

LACAN, J. *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999 [1957-1958].

LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1958].

LACAN, J. *O Seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação*. Rio de Janeiro: Zahar, 2016 [1958-1959].

LACAN, J. *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1959-1960].

LACAN, J. *O Seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005 [1962-1963].

LACAN, J. A ciência e a verdade. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1966].

LACAN, J. O lugar da Psicanálise na Medicina. *Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*. n.32, p.8-14. São Paulo: Eólia, 2001 [1966].

LACAN, J. *O Seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008 [1968-1969].

LACAN, J. *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992 [1969-1970].

LACAN, J. *O Seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985 [1972-1973].

LACAN, J. *O saber do psicanalista* [1972]. Inédito, aula de 06/01/72.

LACAN, J. *Os não tolos erram* [1973-1974]. Inédito, aulas de 13/11/1973 e 23/04/1974.

LACAN, J. *RSI*. [1974-1975]. Inédito, aula de 11/02/1975.

LACAN, J. *L'insu que sait de l'une bévue s'aile à mourre* [1976-1977]. Inédito, aula de 18/04/1977.

LACAN, J. *O Seminário, livro 23: o sinthoma*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007 [1975-1976].

LAMBOTTE, M-C. *O discurso melancólico: da fenomenologia à metapsicologia*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J-B. *Vocabulário de Psicanálise*. Lisboa: Moraes, 1977.

LEITE, M. Diagnóstico, psicopatologia e psicanálise de orientação lacaniana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 4, n. 2, 29-40, São Paulo, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142001000200029&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 out. 2020.

MALEVAL, J. Por que a hipótese de uma estrutura autística? *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*: Nova Série, ano 6, n.18, nov. 2015. Disponível em: <http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_18/Por_que_a_hipotese_de_uma_estrutura_autistica.pdf>. Acesso em: 25 ago.2020.

MARQUES, M. O limite da metáfora: uma mostração precisa. *Anuário da VII Jornada de Psicanálise do Espaço Moebius Psicanálise, Direção e limites da clínica*. Salvador: Espaço Moebius Psicanálise, 1998.

- MILLER, J-A. A arte do diagnóstico: o rouxinol de Lacan. *Carta de São Paulo*, São Paulo, Escola Brasileira de Psicanálise de São Paulo, v. 10, n.5, p.18-32, 2003. Disponível em: <http://ea.eol.org.ar/03/pt/textos/txt/pdf/el_ruisenor.pdf>. Acesso em: 4 jun.2019.
- PELLEGRINO, H. Pacto Edípico e Pacto Social. In: PY, L.A et al. *Grupo sobre grupo*. Rio de Janeiro: Rocco, 1987, p.195-205.
- PEREIRA, M. *Psicopatologia dos ataques de pânico*. São Paulo: Escuta, 2003.
- PERES, U. Uma ferida a sangrar-lhe a alma (Posfácio). In: FREUD, Sigmund. *Luto e Melancolia*. [1917/1915]. São Paulo: Cosac Naify, 2011, p.100-137.
- POMMIER, G. *O amor ao avesso: ensaio sobre a transferência em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.
- PORGE, E. *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2014.
- QUINET, A. *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- QUINET, A. Apresentação. *Psicose e laço Social*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.
- QUINET, A. *Na mira do Outro: a paranoia e seus fenômenos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.
- RABINOVITCH, S. *A forclusão: presos do lado de fora*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- ROUDINESCO, E; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- SOHSTEN, P.; MEDEIROS, C. O diagnóstico: da psiquiatria à psicanálise. *Reverso*, Belo Horizonte, v. 38, n. 72, p.59-65, dez.2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952016000200008>. Acesso em: 30 maio 2020.
- SOLER, C. *A psicanálise na civilização*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1998.
- SOUZA, P. *As palavras de Freud: o vocabulário freudiano e suas versões*. São Paulo: Ática, 1999.
- TOLIPAN, E. A travessia do fantasma e final de análise. *Publicação da Letra Freudiana*, Rio de Janeiro:1985, p.126-131.
- TRILLAT, E. *História da Histeria*. São Paulo: Escuta, 1991.
- VEGH, I. *As intervenções do analista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001.

ARTIGO 3

A ANGÚSTIA NO “TRANSTORNO DE PÂNICO”: UM BASTA AO EXCESSO CONTEMPORÂNEO?

INTRODUÇÃO

O interesse pela angústia é antigo e não se restringe ao campo da psicanálise. Dela também falaram poetas e filósofos, pois, como sublinha Soler (2012a, p.15) “ela é velha como o mundo e não cessará, certamente, jamais”, apesar dos novos nomes dados a ela na contemporaneidade, entre os quais destaco o “transtorno de pânico”. A utilização de novos termos para designar a velha angústia indica, para Fingermann (2012), que tanto a ciência quanto o mercado buscam excluir da cena do mundo a subjetividade e a dor de existir que lhe é própria, tornando a angústia um termo obsoleto. Mas ela adverte que a angústia banida do século XXI, que retorna em novos termos, indica não só que se pretende erradicá-la, mas também sua função causal.

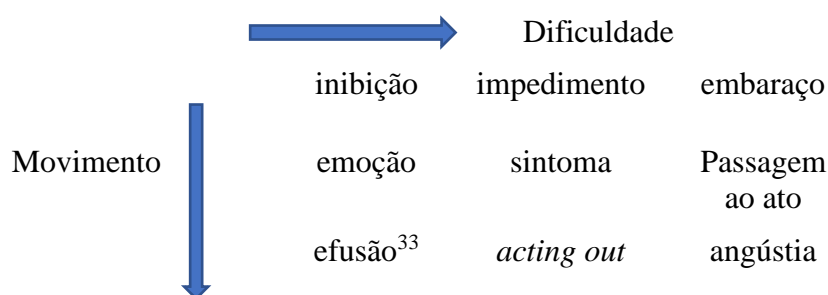
A propósito, desde o início do seminário sobre a angústia, Lacan (2005 [1962-1963]) destacou sua função de bússola no tratamento analítico. Com esse intuito, oferece algumas pistas a nos guiar no trabalho clínico com este afeto, as quais contribuíram para minhas reflexões sobre a presença da angústia no chamado transtorno de pânico, cujas manifestações já haviam sido descritas por Freud, em 1895/1894, sob o nome de ataque de angústia.

A primeira pista é dada quando Lacan (2005 [1962-1963]) destaca que cabe ao analista sentir o que o analisante pode suportar da angústia, estando atento à sua forma de comunicá-la. A segunda, quando afirma que há entre a angústia e o desejo do Outro uma relação essencial, que “não está ausente de nenhuma das formas pelas quais até hoje se procurou situar o fenômeno da angústia” (p.68). Mais uma pista é dada quando Lacan (p.15) nos convoca a pensar sem pressa sobre a função da angústia, observando “em que pontos privilegiados ela emerge” – entre os quais destaco a presença da angústia no dito transtorno de pânico – modelando uma “verdadeira orografia da angústia” (p.15). Mais tarde, ele acrescenta que devemos “explorar melhor os momentos de corte em que se pode esperar a angústia, para confirmar que é realmente nestes que ela emerge e para fornecer um catálogo exaustivo dessas fronteiras” (p.196).

Foi justamente neste exercício, ao escutar analisantes falarem sobre a angústia presente no diagnóstico médico de transtorno de pânico, que pude pensar que a angústia poderia servir de bússola para nos ajudar a entender soluções que o sujeito pode construir para enfrentar a

aceleração e o excesso contemporâneo, pois não são poucos os estudiosos³² de diversas áreas (AUGÉ, 1994; BAUMAN, 2001; HAN, 2017; LIPOVETSKY, 2004; MAFESOLI, 2006, dentre outros), que associam o excesso à contemporaneidade, implícita ou explicitamente. Augé (1994, p.33) chega a considerar que “o excesso é a modalidade essencial da supermodernidade”, um dos termos utilizados para se referir à contemporaneidade, enquanto Lipovetsky (2004, p.25), afirma que “vários sinais nos permitem pensar que entramos na era do hiper”, a qual se caracteriza, segundo o autor, pelo hiperconsumo, hipermodernidade e hipernarcisismo.

Isso se somou a mais uma pista oferecida por Lacan (2005 [1962-1963] p.18), quando se debruçou sobre o texto freudiano *Inibição, Sintoma e Angústia* (2014 [1926]) salientando que os “três termos não são do mesmo nível”, portanto não se confundem. Para analisá-lo, propõe um quadro ou matriz conceitual a partir dos três termos freudianos e acrescenta outros, dispostos em duas dimensões: vertical, referente ao movimento e horizontal, referente à dificuldade.



Ao retomar o termo inibição, pontua que Freud o tomou como movimento, mas apenas no sentido de locomoção e não de forma mais ampla, já que “existe movimento, pelo menos metaforicamente, em toda função, mesmo que não seja locomotora” (LACAN, 2005 [1962-1963], p.18). Embora no texto freudiano a que Lacan se refere, Freud tenha tomado algumas funções para falar da inibição, além da locomotora, como a função sexual, de nutrição e do trabalho, de fato ele toma a inibição como uma paralização ou renúncia às funções. Desse modo, a inibição, relacionada por Freud à paralização do movimento, também poderia ser visto como uma freada, como chegou a sugerir Lacan, ou seja, um movimento sim, mas de basta. Souza³⁴ (2014, p.15) contribui com essa formulação ao acrescentar que a palavra *hemmung*,

³² Na introdução desta tese, esta ideia é desenvolvida com mais detalhes e contribuições.

³³ O termo *émoi* também é traduzido por perturbação ou comoção. Neste artigo, seguimos a tradução contida na versão realizada pela Zahar (1995).

³⁴ Souza (2014 [1926]) faz essa observação em nota de rodapé ao texto freudiano *Inibição, sintoma e angústia*.

“normalmente traduzida por inibição, também admite os sentidos de impedimento, entrave, estorvo, freio”.

Para nomear a posição seguinte, Lacan (2005 [1962-1963], p.19) escolhe a palavra impedimento, ressaltando a etimologia da palavra latina *impedicare*, que significa “ser apanhado na armadilha”, indicando que não é o movimento que fica impedido, mas o sujeito. Acrescenta que é justamente isso que aproxima o sujeito da angústia, na medida em que é essa armadilha que o faz se defrontar com a castração.

Em seguida, para a terceira posição na dimensão referente à dificuldade, propõe um outro termo – embaraço – ao constatar, recorrendo mais uma vez à etimologia, que o sujeito embaraçado precisa de algo em que se escorar, uma barra, quando não sabe mais o que fazer de si mesmo. Confesso que essa ideia chegou a me fazer pensar que o pânico estaria associado à inibição, ao impedimento ou mesmo ao embaraço e não à angústia, como então supunha, mas fui logo socorrida por Lacan (2005 [1962-1963], p.20) quando salienta que tanto a inibição quanto o impedimento levam a uma forma leve de angústia, o embaraço, lembrando que tais termos estão situados na dimensão horizontal, da dificuldade.

Como ainda era necessário “saber onde está a angústia, de verdade”, Lacan passa a examinar a dimensão vertical, do movimento, onde se localiza a emoção. Ao também recorrer à etimologia, que a associa ao movimento, observa que, embora possa ser um movimento que desagrega, catastrófico, como a crise histérica ou a cólera, “isso não pode bastar para distinguir a angústia, nem para apontar onde ela está” (LACAN, 2005 [1962-1963], p.20).

O termo seguinte na dimensão vertical, efusão, é finalmente – após o exame de várias possibilidades de tradução, em mais uma investigação etimológica – tomado por Lacan como perturbação ou, de modo preciso, “perturbar-se mais profundamente na dimensão do movimento”, correspondendo, na dimensão horizontal ao termo embaraço, “o máximo da dificuldade atingida” (LACAN, 2005 [1962-1963], p.22).

Enfim, Lacan (2005 [1962-1963]) chega ao exame da angústia, também presente no mesmo quadro. Lembrando e concordando com Freud, que ela é um afeto e que, como tal, não é recalçado, mas sim, “os significantes que o amarram” (p.23), ressalta que a angústia tem estreita relação estrutural com o sujeito, pois está articulada ao desejo e ao Outro, já que “o desejo do homem é o desejo do Outro” (p.31). Como esclarece Soler (2012a, p.18), ao se referir à angústia frente ao desejo do Outro, “não quer dizer que é, apenas, o Outro que deseja, mas que o próprio sujeito, quando deseja, deseja enquanto Outro”.

Aqui Lacan (2005 [1962-1963]) dá uma pista importante quando afirma que, apesar de a angústia ser uma “resposta que já é de defesa diante do que está por acontecer” (p.87), ela é outra coisa. Embora se relacione com o estranho, *unheimlich*, por aparecer subitamente, e este seja um “eixo indispensável para abordar a questão da angústia” (p.51), considera que isso ainda é pouco para designá-la.

Novas pistas são dadas por Lacan quando diz que “a angústia é esse corte nítido sem o qual a presença do significante [...] é impensável”. E continua: “todos os desvios são possíveis através da angústia. O que esperávamos, afinal de contas, e que é a verdadeira substância da angústia, é o aquilo que não engana” (LACAN, 2005 [1962-1963], p.88).

Contribuiu também para minhas reflexões a indicação da angústia como potencialmente produtiva e criadora, salientada por alguns autores. Dunker (2014, p.76) afirma que “a angústia, antes uma problemática experiência de indeterminação, torna-se [...] uma experiência potencialmente produtiva”.

Fingermann (2012), de forma mais incisiva, ressalta que a angústia pode – ou deve? – ser vista em seu alcance ético e convoca os analistas a se interessarem pelo

[...] valor de index da angústia, valor que precisa ser tratado sem complacência, mas com cuidados especiais nesse mundo atual cujo *furor sanandi* tenderia a escamotear não somente a angústia, mas também o que ela indica de radicalmente subversivo e insubmisso enquanto potência do ato criador (p.14).

Nessa direção, ela adverte que “incluir a angústia no discurso e no laço social não pretende reduzir o ser humano a um confinamento na infelicidade e na paralisia; pelo contrário, ter consideração pela angústia eleva o humano à sua dignidade e liberdade de criador” (FINGERMANN, 2012, p.8). Lacan (2005 [1962-1963], p.52), por sua vez, e logo após defender que a angústia surge quando “a falta vem a faltar”, nos convida a tentar aplicar essa definição “a uma porção de coisas”. Convite feito, convite aceito.

Ao escutar analisantes diagnosticados pela medicina com transtorno de pânico, pude observar que cada um deles constatava, na análise, a presença de um excesso sob diversas formas, como excesso de trabalho, de responsabilidades, de expectativas, de demandas, de planos etc. Inicialmente, como confirma a literatura, pensavam estar gravemente doentes, à beira de um infarto, ou sofrendo algum distúrbio orgânico ainda não detectado. À medida que procuravam diferentes especialidades médicas e (re)faziam exames, constatavam – ou se convenciam – que não estavam doentes, ao menos organicamente, e passavam a se perguntar o que produzira aquela pane em suas vidas. Uma espécie de curto-circuito que os obrigava a parar para refletir,

rever suas vidas. Invariavelmente, constatavam que precisavam dar limites – construídos singularmente – a um excesso, renunciando a expectativas inalcançáveis.

Foi então que comecei a pensar que a angústia que aparece no chamado transtorno de pânico, mais que uma patologia, como insiste a medicina, talvez possa ser considerada um esforço do sujeito em produzir um corte, uma espécie de basta ao discurso capitalista³⁵ – aquele que convoca o sujeito a um deslizamento metonímico ininterrupto – uma recusa a ser engolfado pela aceleração contemporânea, ao excesso no qual se vê enredado. Essa ideia me pareceu de acordo com a observação de Freud (2014 [1926], p.51), segundo a qual “todo excesso contém o germe de sua própria abolição” e quando se referiu diretamente ao pânico, momento em que a ideia de excesso novamente se faz presente:

Não se pode esperar que o uso da palavra ‘pânico’ esteja fixado de maneira clara e inequívoca. Às vezes, ela designa qualquer medo coletivo, outras vezes também o medo de um indivíduo quando excede qualquer medida, e com frequência parece reservada para o caso em que a irrupção do medo não é justificada pela ocasião (FREUD, 2011 [1921], p.51).

De acordo com Souza (1999) a palavra *angst* é geralmente traduzida por angústia, mas também por medo, temor e ansiedade. Alguns autores a traduzem por ansiedade, inclusive os manuais DSM e CID, que classificam o transtorno de pânico como um transtorno de ansiedade. Berrios e Link (2012, p.866) acrescentam que a dicotomia ansiedade-angústia tem pouco significado clínico na psiquiatria anglo-saxã, e que o termo angústia nunca alcançou um lugar na terminologia médica. Já na psicanálise, a opção costuma ser angústia.

Considerando que os termos pânico e angústia são utilizados, prioritária e respectivamente, pela medicina e psicanálise, dedico-me, neste artigo, a identificar os usos desses termos para, em seguida, retomar os conceitos de angústia na psicanálise em Freud, Lacan e autores contemporâneos. O objetivo é examinar a hipótese de que a angústia, em determinadas situações, pode ser lida como uma tentativa do sujeito, sempre provisória, de produzir um corte, um basta, um limite ao excesso, marca da contemporaneidade, salvaguardando sua posição de sujeito desejante. Tal hipótese tem sido elaborada a partir da escuta de analisantes diagnosticados pela medicina com transtorno de pânico.

³⁵ Em outro artigo, nesta Tese, desenvolvo a ideia de que uma das teorizações lacanianas sobre o excesso foi justamente o Discurso Capitalista.

ALGO MAIS SOBRE PÂNICO

O termo pânico, assim como o termo angústia, não é novo nem restrito à psiquiatria. Como lembra Menezes (2006), alcança o cotidiano e evoca imagens de caos, desespero e descontrole. Conforme Ferreira (1999), o termo pânico vem do grego *panikón*, que significa terror repentino e infundado, “que provoca uma reação desordenada, individual ou coletiva, de propagação rápida” (p.1485), sentimento provocado pelo deus grego Pã, o Deus dos pastores.

Se seguirmos a trilha mitológica indicada por Brandão (1991), encontraremos algumas versões sobre o deus Pã, nas quais lhe são atribuídas muitas filiações. Numa delas, Pã é filho de Hermes e Dríope, que o rejeitou, horrorizada com a monstruosidade do filho, que nascera com parte humana e parte animal. Ele tinha chifres, seu corpo era coberto de pelos e no lugar dos pés havia cascos de bode. Mas seu pai, após envolvê-lo em um couro de cabra o levou ao Olimpo, colocando-o junto a Zeus. O nome de Pã foi dado pelos imortais, pelo júbilo que provocou em todos. Outra versão diz que na longa ausência de Ulisses, Penélope foi amada por Hermes e, desse amor, nasceu Pã. Uma versão diferente sustenta que Penélope foi amada por todos os pretendentes e o produto dessas uniões seria Pã, o todo. Mais uma versão diz que Ulisses teria expulsado Penélope ao saber dos adultérios e ela se uniu à Hermes, dando à luz a Pã. Em mais uma versão, Pã seria filho de Zeus e Hibris ou de Zeus e Calisto. Ele ainda aparece como sendo filho de Éter e da ninfa Ênoe, de Crono e Réia; de Urano e Géia ou, simplesmente, de um pastor e de uma cabra.

Deus dos pastores e rebanhos, Pã percorria grutas, vales e bosques em busca das ninfas para satisfazer sua energia sexual e quando não as encontrava, satisfazia-se com jovens ou masturbando-se. “Seus aparecimentos súbitos provocavam o pânico, o terror que se derrama pela natureza e impregna todos os seres, diante da presença de uma divindade que perturba o espírito e enlouquece os sentidos” (BRANDÃO, 1991, p.222).

O nome de Pã teria sido dado por considerarem que ele encarnava “uma tendência inerente ao universo como um todo” (BRANDÃO, 1991, p.222). Esse Deus do Todo traduz a energia da gênese deste Todo ou do Todo da vida, que mais tarde, personificaria o grande todo, o Todo de cada ser, acrescenta Brandão. A ressonância semântica da palavra pânico é destacada por Trintinaglia (2009), através de sua relação com os elementos gregos *pan*, *panos*, o todo, e por Menezes (2006), ao esclarecer que *pan* corresponde ao elemento de composição de “tudo, todos”. Brandão (1991, p.222), ressalta que “a morte de Pã configura a morte das velhas instituições, curiosa evolução de um símbolo que evoluiu de um descomedimento sexual para

uma nova ordem social, cuja agonia leva ao desespero, por que ela também perdeu sua energia vital”.

Um dos aspectos que se destaca nas pesquisas sobre o termo pânico é que, apesar de “serem observados desde os tempos imemoriais” (BERRIOS; LINK, 2012, p.864) no campo da medicina o par angústia/ansiedade aparece associado a diversos termos como medo, fobia, melancolia, delírio, vertigem, dentre outros, assim como associado a vários sintomas, inicialmente tratados de forma independentes, conforme o órgão atingido, ou incluídos sob o domínio de outras doenças físicas, sem associação a algum distúrbio mental. Por causa disso, eles sublinham que a noção de que muitos desses sintomas poderiam indicar a manifestação de um constructo unitário como ansiedade era nova e distante da psiquiatria pré-freudiana.

Seguindo a trilha histórica dos diagnósticos médicos, constatamos que o inglês Richard Burton (2011 [1621]) descreveu, em seu livro *Anatomia da Melancolia*, uma crise aguda de ansiedade (BERRIOS; LINK, 2012; NARDI; VALENÇA, 2005) ou de angústia (PEREIRA, 2003), que ele considerava uma forma de medo. Mais tarde, nas décadas de 1820 e 1830, os também ingleses John Connoly e Peter Mere Latham investigaram se perturbações nervosas ou paixões do espírito poderiam causar males do coração, esclarecendo que o que estava em jogo era o aspecto ético-moral, a transgressão do código moral vitoriano e não a concepção psicogênica das doenças (VILARINHO, 2014).

Na psiquiatria francesa, conforme Berrios e Link (2012), Landré-Beauvais utilizou a palavra *angoisse*, em 1813, para descrever certo mal-estar no qual se fariam presentes inquietude e agitação excessiva, ressaltando que ele poderia acompanhar doenças agudas ou crônicas. No ano de 1818, Pinel aproxima sintomas ansiosos da epilepsia, melancolia, raiva e neuroses de mobilidade. Em 1858, Littré e Robin recorrem à mesma palavra *angoisse* para descrever o mais alto grau de ansiedade, que se manifestaria através de uma sensação de pressão na região epigástrica acompanhada de dificuldade para respirar, enquanto a *anxiété* era definida como estado agitado ou confuso e também acompanhados dos mesmos sintomas de dificuldade para respirar e pressão no peito. Inquietude, ansiedade e angústia eram consideradas por ele como três estágios do mesmo fenômeno. Já na Alemanha, Griessinger, que em 1820, considerara que o medo agudo poderia ser a causa da insanidade em 9% dos casos, introduziu *angst*, um termo que, após a publicação em 1844 do livro de Kierkegaard *O conceito de angústia*, “ia muito além do medo”, ao adquirir “novas dimensões epistemológicas e religiosas” (p.868). Guislain, por sua vez, em 1852, insistia em se referir ao medo agudo.

Assim, após 1850, ainda de acordo com Berrios e Link (2012), cresceram as opiniões de que a ansiedade pudesse ser uma das causas de insanidade e, ao mesmo tempo, uma doença em si mesma, mas a perspectiva orgânica dos transtornos de ansiedade prevalecia. Nessa direção encontra-se o trabalho de Morel, publicado em 1866, no qual, partindo das visões tradicionais sobre medos e ansiedade e baseado em sua teoria anátomo-clínica de degenerescência, propôs a categoria de delírio emotivo, reunindo sintomas físicos e morais a fatores hereditários, relacionando-os a uma única causa, um distúrbio do sistema ganglionar. Pereira (2003) esclarece que, apesar de Morel utilizar o termo delírio para nomear esta entidade clínica, ele não estava associado à loucura propriamente dita, pois não apresentava alucinações de sentido nem de perseguição. Pereira ressalta ainda que, desde o início, abordagens médicas consideravam os aspectos incompreensíveis da angústia “como uma alteração do sistema nervoso ‘autônomo’, no sentido de que ele é autônomo em relação à consciência e à vontade do sujeito” (p.46).

Além disso, conforme Vilarinho (2014), o registro de sintomas apresentados pelos soldados na guerra civil americana, que incluíam palpitações, dores no peito, falta de ar, sensação de morte iminente, tonturas, dentre outros – semelhantes aos atualmente presentes no chamado transtorno de pânico – foram, na época, relacionados à neurastenia cardiocirculatória ou doença do coração do soldado, recebendo, por isso, a denominação de síndrome do coração irritável por Jacob da Costa em 1871, após ter apresentado resultados preliminares em duas oportunidades anteriores, em 1862 e em 1864.

Vilarinho (2014) acrescenta que, desde 1867, Da Costa havia estendido seus estudos à população civil, chegando a afirmar, em 1878, que tal doença havia tomado proporções inéditas e os atingidos por ela podiam apresentar ataques periódicos, que, embora repentinos, podiam durar horas. As causas para a síndrome e seus sintomas – falta de ar, palpitações, perturbação de sono, tonturas, sensação de opressão – eram atribuídas a esforço excessivo causando exaustão, além de irregularidade ou excesso de comida ou bebida, distúrbios sexuais, compromissos matrimoniais longos, abuso de chá, café ou tabaco. Desse modo, “qualquer fonte de irritabilidade nervosa poderia produzir o coração irritável. Não era uma questão da vontade ou intelecto, tampouco uma doença de ordem mental” (p.1172). O mesmo autor esclarece, citando Da Costa (1878), que “o termo irritável seguia uma tradição que explicava as doenças como uma irritação dos nervos. No caso do coração, ocorria uma hiperestesia das fibras sensoriais”. O coração, considerado “um músculo sensível, fraco, munido de um mecanismo de

bombeamento, mantinha ativa a circulação do sangue e podia ser sobrecarregado como qualquer máquina do século XIX” (p.1172).

Lembrando que a concepção anatomopatológica era prevalente na época e que a etiologia psicogênica das doenças ainda não se fazia presente, Vilarinho (2014, p.1171) cita Wooley (2002) para ressaltar que Da Costa assimilara “o melhor das disciplinas descritivas, dedutivas e analíticas da era do diagnóstico físico”. Considerado um clínico experiente, de excelente formação europeia, Da Costa rompeu com várias hipóteses anteriores, construídas por médicos intrigados com uma doença sem explicação, que resultava em muitas baixas entre soldados. Nostalgia, monomania, mania aguda, melancolia, abuso de tabaco, covardia, fingimento, falta de patriotismo, masculinidade ou honra eram algumas das causas atribuídas, na época, àqueles sintomas, cujas hipóteses situavam-se numa fronteira entre discurso médico e moralista, sublinha Vilarinho. Ele considera que o termo “síndrome do coração irritável” trouxe um status de maior cientificidade à doença do soldado, quando foi considerada doença funcional.

Embora Da Costa se referisse à doença do coração do soldado também como neurastenia circulatória (VILARINHO, 2014), o estudo realizado por Beard sobre a neurastenia, publicado em 1869, conforme Pereira (2003), deu início a uma série de trabalhos sobre o tema, na tentativa de esclarecer sua especificidade, tanto em termos descritivos quanto em termos de formulação de hipóteses explicativas. Beard defendia que a neurastenia se centrava na fadiga física de origem nervosa e se fazia acompanhar de sintomas diversos, como dores de cabeça, dispepsia, flatulência, constipação intestinal, dores difusas em todas as regiões do corpo, parestesias, diminuição do apetite sexual, depressão, indiferença, timidez, além de medos mórbidos e agorafobia. Sua hipótese etiológica associava-se a uma debilidade funcional do cérebro (PEREIRA, 2003).

Também influenciado por Morel, o otorrinolaringologista húngaro Krishaber descreveu, em 1873, a neurose cerebrocardíaca, na qual estavam presentes tontura, vertigem, palpitações, zumbidos, tremores, sintomas gastrointestinais, intolerância aos ruídos, fotofobia e incapacidade de concentração. Diferenciando essa doença de histeria, hipocondria, clorose, síndromes cerebrovasculares e estados tóxicos, atribuía sua causa a uma instabilidade patológica das artérias, cujos sintomas respondiam bem à cafeína. A tontura já havia sido associada à patologia do ouvido interno por outro otorrino, Benedict, em 1870 (BERRIOS; LINK, 2012).

As tonturas e/ou vertigens, conforme Berrios e Link (2012), também eram associadas a distintos quadros – cujas descrições se aproximavam muito das atuais descrições dos transtornos de

pânico – em muitos estudos, entre os quais destacam-se os realizados sobre agorafobia por Westphal em 1872 e por Legrand du Salle em 1877, os quais consideravam a vertigem um dos principais sintomas, nomeada na época por Lassègue de ‘vertigem mental’. Em 1883, Millet relatou casos de vertigens em ‘insanos’ num premiado estudo; Weill, em 1886, associava as então nomeadas ‘vertigens nervosas’ à epilepsia, insanidade, neuropatia cerebrocardíaca de Krishaber, além de angústia e dores de cabeça. Em 1887 Haltenhof descreveu ‘vertigens paralisantes’; Leroux, em 1889, afirmou que a vertigem podia acompanhar a doença depressiva. Em 1901, em seu tratado, Grasset aproximaria a vertigem da neurastenia e histeria.

Especialmente sobre a agorafobia, Berrios e Link (2012) fazem alguns importantes acréscimos. Ball e Gross em 1885 defendiam que a agorafobia era uma forma de psicose; Dagonet, em 1894, a considerava um transtorno mental hereditário. Para Hartenberg, em 1901, a agorafobia seria aprendida e a antecipação desempenharia papel principal. A posição clínica da agorafobia ainda não era clara e a dificuldade era atribuída, por Berrios e Link, ao fato de que fobias e obsessões ainda não haviam sido distinguidas, apesar da tentativa feita por Ribot, em 1911. Após criticar o uso de termos gregos para nomear cada ‘pseudofobia’, ele propôs o termo de pantofobia para ansiedade generalizada e fobias específicas, que se dividiriam em dois grupos: o primeiro incluiria manifestações de medo da dor, seja de uma queda, picadas de agulha, doenças ou morte, e o segundo seria marcado pelo desagrado e reuniria todas as ‘pseudofobias’. A separação entre fobias e obsessões coube a Freud, salientam Berrios e Link – mas antes disso (FREUD, 1976 [1895/1894]).

Já sobre a neurastenia, Berrios e Link (2012) ressaltam que na década de 1890 ela se ampliou tanto que parecia incluir muitos estados neuróticos, embora nem todos os médicos – incluindo Freud – compartilhassem dessa posição. Em 1895/1894, ainda no curso dos artigos que buscavam identificar especificidades da neurastenia, Freud publicou um artigo cujo título – *Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia* – já apontava a direção a ser seguida por ele, retomando algumas ideias já apresentadas nos Rascunhos A³⁶, B³⁷ e E³⁸, enviados à Fliess provavelmente entre 1892 e 1894.

³⁶ Não há consenso quanto à data. Na nota de rodapé da edição da Imago consta sem data. Consta também a informação que os organizadores da edição alemã sugerem que foi escrita no final de 1892 e que ela trata do mesmo assunto do Rascunho B, cuja data é 08/02/1893 (STRACHEY, 1976).

³⁷ A data desse rascunho, 08/02/1893, foi retirada do carimbo postal (STRACHEY, 1976).

³⁸ Novamente, não há consenso quanto à data. Na edição da Imago consta que os organizadores da edição alemã lhe atribuem a data de junho de 1894 e que a data provável deve ser antes do artigo de 1895 sobre neurose de angústia, por se tratar de um esboço preliminar completo (STRACHEY, 1976).

No referido artigo, Freud (1976 [1895/1894]) critica Beard por colocar muitos sintomas sob o nome de neurastenia, defendendo que a neuropatologia se beneficiaria se os sintomas e a etiologia da neurastenia e da neurose fossem devidamente esclarecidos. Sem esquecer que nessa época Freud buscava fundamentos neurológicos para suas observações e apenas suspeitasse que alguns processos pudessem ocorrer fora da consciência, ele defendia que a neurastenia era causada por esgotamento sexual isoladamente ou associado a alguma doença orgânica, afetos depressivos ou excesso de trabalho, sendo que os últimos não seriam capazes de produzir a neurastenia sem a presença do esgotamento sexual, mas tristeza, fadiga ou debilidade física normal.

Mais tarde, em 1896, Freud seria ainda mais explícito, ao considerar que apesar de Beard defender que a neurastenia era fruto de nossa moderna civilização, um estudo laborioso das neuroses ensinara-lhe que a etiologia específica havia escapado à observação de Beard. Mesmo ciente de que os médicos da época fossem contestá-lo veementemente, defendia que perturbações sexuais na etiologia das neuroses não estavam subordinadas à hereditariedade e/ou agente provocadores, mas deveriam ser consideradas como causas específicas.

Outra questão observada nos estudos sobre pânico diz respeito ao início de seu emprego como termo técnico. Enquanto Berrios e Link (2014) fazem referência ao pânico melancólico, descrito por Madsley em 1879, Nardi (2005) afirma que o pânico foi inicialmente descrito por Klein em 1964. Por outro lado, há registros de que em 1959 Klein (2012) descobriu, por acaso, que a imipramina bloqueava o ataque de pânico em pacientes deprimidos e que, em 1975, o distúrbio do pânico fora definido pela primeira vez por Spitzer, Endicott e Robbins (SHEEHAN; RAJ, 1990) nas primeiras edições dos Critérios Diagnósticos de Pesquisa (RDC).

Em 1980, já como síndrome do pânico, foi incluída no terceiro Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-III) pela Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1980) e incorporado à décima versão do Código Internacional de Doenças (CID-10) em 1997, sendo então tomado, a partir daí, como diagnóstico independente. Substituindo síndrome, doença, desordem e distúrbio, o termo transtorno foi considerado ideal por Whitaker (2002, p.26), por permitir várias aberturas interpretativas. Quinet (2006) não compartilha dessa posição. Para ele, a oposição saúde *versus* transtorno indica a preferência por uma descrição e comunicação do fenômeno em detrimento de uma clínica em que cada caso seja considerado um caso e os fenômenos sejam considerados um sintoma. Dunker (2017), por sua vez, embora critique a tradução brasileira de *mental disorder* por transtorno, considera que ambos, desordem ou transtorno, apontam para uma interrupção de uma ordem anterior, que precisa ser restaurada

a qualquer custo, aproximando-a dos objetivos do neoliberalismo, que privilegia a produção, em detrimento do sujeito.

No DSM-5³⁹ (NASCIMENTO et al., 2014, p.119), o atual Transtorno de Pânico está incluído entre os diversos Transtornos de Ansiedade. Ali, está definido como surto abrupto – que pode surgir de um estado calmo ou ansioso – de medo ou desconforto intenso, que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro ou mais dos seguintes sintomas: palpitações, coração acelerado, taquicardia; sudorese; tremores ou abalos; sensações de falta de ar ou sufocamento; sensações de asfixia; dor ou desconforto torácico; náusea ou desconforto abdominal; sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio; calafrios ou ondas de calor; parestesias (anestesia ou sensação de formigamento); desrealização (sensações de irreabilidade) ou despersonalização (sensação de estar se distanciando de si mesmo); medo de perder o controle ou enlouquecer; medo de morrer.

Para o Transtorno de Pânico ser diagnosticado pela medicina, de acordo com o DSM-5 (NASCIMENTO et al., 2014) é necessário, ainda, que um dos ataques seja seguido de um ou mais meses por uma ou duas das seguintes características: apreensão ou preocupação acerca de ataques de pânico adicionais ou sobre suas consequências (perder o controle, ter um ataque cardíaco, enlouquecer); e mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionado aos ataques (comportamentos evitativos de exercícios ou situações desconhecidas). Excetuam-se os efeitos psicológicos de uma substância (abuso de droga, medicamento) ou de outra condição médica (hipertireoidismo, doenças cardiopulmonares).

Finalmente, para firmar o diagnóstico médico, conforme os critérios estabelecidos no DSM-5, também é necessário que a perturbação não seja mais bem explicada por outro transtorno mental, isto é, quando os ataques surgem apenas em resposta a situações temidas, configurando o transtorno de ansiedade social; em resposta a objetos ou situações fóbicas, configurando a fobia específica; em resposta a obsessões, como no transtorno obsessivo-compulsivo; em resposta à evocação de eventos traumáticos, como no transtorno de estresse pós-traumático; em resposta à separação de figuras de apego, como no transtorno de ansiedade de separação.

Embora possa se fazer presente em outros transtornos de ansiedade, o ataque de pânico não é considerado pela medicina um transtorno mental e não pode ser codificado (NASCIMENTO et al., 2014). Nesses casos, ele é utilizado como especificador (p. ex. transtorno de estresse pós-

³⁹ Disponível em: <<http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnóstico-e-Estatístico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2020.

traumático com ataques de pânico). Desse modo, o diagnóstico de Transtorno de Pânico só será aplicado na clínica médica – e nesses casos não será um especificador – se atender às três condições descritas anteriormente.

ALGO MAIS SOBRE ANGÚSTIA

O termo angústia surgiu no campo da filosofia e o primeiro a defini-la teria sido Cícero (106-43 a. C.). Descrita como lugar estreito, dificuldade, miséria, falta de tempo (*angustia temporis*) e ânimo covarde (*angustus animus*). Sêneca (4a.C.-65d.C.) também se refere ao termo angústia, considerando que, apesar de existirem inúmeras variedades desse mal, todas levariam ao mesmo resultado, o descontentamento consigo mesmo (LEITE, 2011).

Na teoria psicanalítica podemos encontrar muitos estudos sobre esse afeto e suas manifestações. Além de considerar a angústia “um problema nodal para o qual convergem questões diversas e importantes, um enigma cuja solução haverá de lançar luz abundante sobre nossa vida psíquica”, Freud (2014 [1917], p.520) reconhece a polissemia do termo *angst* (angústia ou medo), ao lado de *furcht* (temor) e *schreck* (terror), e busca esclarecer a ambiguidade, afirmando que o uso de angústia está relacionado ao estado, não considerando o objeto, como em seus “vizinhos” (SOUZA, 1999, p.192). Na tradução das *Obras Completas de Sigmund Freud* para o português advinda da inglesa, podemos encontrar uma observação do editor sobre essa dificuldade. Mesmo considerando o elemento antecipatório e a ausência de objeto em *angst*, acaba por optar pela tradução “ansiedade”, com exceção das “expressões já consagradas, neurose de angústia e histeria de angústia” (STRACHEY, 1976, p.137).

Antes de começar a traduzir diretamente do alemão as *Obras Completas de Sigmund Freud* – trabalho em andamento – Paulo Cesar Souza (1999) realizou um cuidadoso percurso pela obra freudiana no qual, além de confirmar que “a presença ou ausência de objeto não possui lastro na língua alemã” (p.197), fez uma preciosa observação ao destacar o uso da preposição *vor* (*angst vor* angústia diante de), em Freud. O autor lança luz sobre a questão, já que, ao lado de angústia, exprime a noção de expectativa, sem a presença de um objeto, como no medo ou pavor. Embora Souza (1999) afirme que essa sutileza não tinha sido observada até então, Lacan (2005 [1962-1963] p.191) já explicitara a diferença, ao distinguir o medo da angústia, insistindo que “somente por erro é que lhe seria atribuída a ideia de uma redução de um ao outro” recorrendo justamente ao texto freudiano em alemão para afirmar que “Freud diz muito bem

que a angústia é *angst von etwas*, angústia diante de algo. Isso não tenciona, com certeza, reduzi-la a ser uma ou outra forma de medo”.

Na obra de Freud pode-se considerar, a princípio, duas teorias sobre a angústia. Na primeira, apresentada oficialmente em 1895/1894, a neurose de angústia, entidade clínica, seria consequência de um excesso de excitação que fora descarregada, transformada sob forma de angústia, o que faz Lacan (2005 [1962-1963], p.57) considerá-la como “o fruto de um metabolismo energético”. Viana (2010), por sua vez, associa a ideia de quantidade, presente nessa teorização sobre a angústia, ao *Projeto para uma psicologia científica*, escrito por Freud (1976 [1950-1895]), na mesma época. No texto freudiano (1976 [1895-1894]), já há a afirmação de que fobias seriam parte da neurose de angústia, com a presença de conteúdo ideativo ou perceptual definido. Para Soler (2012a) a primeira teoria Freud tinha uma vantagem, pois,

[...] pensar que era o recalque que gerava angústia permitia-lhe homogeneizar doutrinariamente o que ele chamava ‘psiconeuroses de defesa’ e o que ele chamava ‘neuroses atuais’, ou seja, as perturbações psíquicas que surgiriam de uma conjuntura atual implicando uma privação pulsional para o sujeito. A ideia de que a angústia viria da privação pulsional lhe permitia explicar tanto as psiconeuroses de defesa quanto as neuroses atuais (SOLER, 2012a, p.17).

No entanto, podemos verificar que esse tema aparece desde 1894 nos primeiros esboços de sua teoria, em documentos enviados a Fliess, os Rascunhos A, B e E, onde encontramos os termos neurose de angústia e ataque de angústia. Embora Freud (1976 [1894], p.262), inicialmente siga “pistas falsas” considerando evidente que as manifestações de angústia deveriam ser consideradas histéricas, acaba por diferenciá-las, ao afirmar que, na angústia, as manifestações não seriam continuadas e lembradas como na histeria. Mais tarde acrescentaria outra diferença, ao constatar a ausência de angústia nas conversões (FREUD, 2014 [1926]).

Na segunda teorização, ou como precisa Lacan (2005 [1962-1963], p.17), “a última expressão do que Freud articulou sobre o tema da angústia”, apresentada em 1926, rejeita “a concepção anterior de que a energia de investimento do impulso reprimido é transformada automaticamente em angústia” (FREUD, 2014 [1926], p.22), e propõe uma nova concepção, segundo a qual a angústia surge como reação à perda de um objeto ou separação, representado pelo trauma do nascimento, cena da angústia original. Soler (2012a) ressalta que, entre as duas teses, Freud introduziu os conceitos de pulsão de morte, o mais além do princípio do prazer e a compulsão à repetição.

Antes disso, em 1917, em uma conferência sobre a angústia, Freud (2014 [1917]), inicialmente, delinea as diferenças entre as formas de angústias presentes na neurose de angústia e na fobia,

esclarecendo que, enquanto na primeira haveria a presença de uma angústia generalizada, à qual se refere como angústia flutuante ou expectante, na segunda haveria a presença de um medo relacionado a um objeto ou situação. Em seguida, Freud (p.530) anuncia uma terceira forma de apresentação da angústia, que considerava misteriosa, já que poderia surgir “desvinculada de qualquer condição”, na forma de um “acesso gratuito”, sendo incompreensível para paciente e analista. Essa ideia retoma sua primeira teorização sobre a angústia, apresentada em 1895/1894, que nomeara de ataque de angústia, quando poderiam se fazer presente distúrbios cardíacos, respiratórios, vasomotores e glandulares, além de ameaça de morte ou de loucura. Interessante observar que desde aí Freud (1976 [1895/1894], p.112) já alertava sobre o “diagnóstico delicado” frente a distúrbios cardíacos “não facilmente diferenciáveis de afecções cardíacas orgânicas”, especialmente no que diz respeito ao diagnóstico diferencial feito em emergências frente a um quadro de pânico, quando o primeiro exame costuma ser um eletrocardiograma.

Essa descrição corresponde ao que é circunscrito no chamado Transtorno de Pânico, demonstrando a atualidade e pertinência do pensamento freudiano e pode apontar para a leitura que Lacan propõe para a manifestação da angústia. Se por um lado, Lacan pensava como Freud que a angústia é um afeto, por outro se distanciava dele. É que para Freud, a angústia surge quando falta o objeto, e para Lacan a angústia se manifesta quando falta a falta, condição necessária para o nascimento e sobrevivência do desejo, indicando a vacilação do sujeito frente ao desejo do Outro.

Essa modificação radical, proposta por Lacan (2005 [1962-1963]) sobre a angústia, apoia-se em outra teorização na qual ele altera também radicalmente a posição freudiana sobre a castração. Se antes, Freud (2014 [1926]) indicara o momento do nascimento como protótipo da primeira perda de objeto, Lacan (1999 [1957-1958]) mostra que essa perda, se houver, não se dá com o nascimento, mas com a entrada na linguagem. Essa operação, denominada de constituição do sujeito, produzirá uma falta irreduzível, impossível de ser preenchida.

A operação de constituição do sujeito⁴⁰ é retomada por Lacan (2005 [1962-1963]), para esclarecer a manifestação de angústia do sujeito frente ao Outro. Nela, resumidamente, a criança deve ser colocada no lugar de objeto, alienando-se numa relação especular ao desejo do Outro materno que a reconhece, e retirada deste lugar pelo Outro paterno que, através da instauração da lei promove a separação, instituindo uma falta, possibilitando à criança sua entrada na

⁴⁰ Essa operação está descrita detalhadamente no artigo 2 que compõe esta Tese: *Mais além de um diagnóstico: o que esperar de uma psicanálise*.

linguagem. Somente assim a criança poderá se constituir como sujeito, marcado por uma falta que jamais será preenchida.

Essa é uma das possibilidades de atravessamento da operação de castração, característica da neurose, na qual o sujeito recalca a castração e a interdição da lei. Na vida, elegerá objetos que ocuparão, momentânea e imaginariamente, o lugar da falta, mas nunca preenchendo-a completamente, pois é essa falta que o faz se dirigir para o objeto seguinte, sustentando seu lugar desejante. Na perversão, o sujeito passa pela operação de castração, mas a recusa. Sabe da existência da lei, mas age como se não soubesse, transgredindo-a. Elegerá e se fixará num objeto de gozo durante sua vida, velando sua falta, e por isso mesmo não conseguirá substituí-lo, como faz o neurótico. Na psicose, o sujeito foraclui a operação de castração e a falta não se estabelece. Isso compromete gravemente sua relação com o simbólico e ele não consegue ter acesso a um desejo próprio.

Novamente⁴¹ vemos Lacan (2005 [1962-1963]) recorrer à Hegel e à *Fenomenologia do espírito*, desta vez para discorrer sobre a relação de dependência do sujeito ao desejo do Outro⁴², esclarecendo sua oposição. Para Hegel, o sujeito lida com o Outro de forma articulada, como consciência e o Outro é aquele que o vê, fazendo surgir uma luta de puro prestígio, na qual o sujeito busca ser reconhecido pelo Outro. Já para Lacan o Outro existe como inconsciência, através do que lhe falta e do que ele não sabe. É a partir dessa falta que o sujeito é implicado, já que não haveria outro modo de ter acesso ao desejo que não através do Outro, de quem depende.

Não sem razão, Lacan (2005 [1962-1963]) enfatiza a relação entre sujeito, Outro, desejo e objeto, ao afirmar que não há sustentação possível de um desejo que tenha referência um objeto qualquer, ou seja, qualquer objeto de desejo estará atrelado, em alguma medida, ao Outro, esclarecendo ainda que, enquanto na definição hegeliana o sujeito busca reconhecimento do Outro enquanto sujeito, para a psicanálise, ao ser reconhecido, o sujeito ocupa inexoravelmente o lugar de objeto, ainda que de maneira inconsciente, distinta, portanto, da autoconsciência hegeliana.

Lacan aponta, contudo, uma semelhança entre seu pensamento e o de Hegel ao afirmar que, nas duas formulações, é do objeto *a* que se trata, quando se fala de desejo, pois, quando o sujeito

⁴¹ Lacan também se refere à Hegel e à *Fenomenologia do espírito* no “Discurso de Roma” (2003 [1953]) e no *Seminário 17* (1992 [1969/1970]).

⁴² Outro aqui é definido como lugar do significante, diferente do outro semelhante (LACAN, 2005 [1962/1963], p.33).

precisa do Outro para ter acesso ao seu desejo, é porque o Outro vai instituir algo, designado por *a*, que o fará ser reconhecido, seja como sujeito, na teorização hegeliana, seja como objeto, na teorização lacaniana.

Assim, e retomando o momento jubilatório de reconhecimento que se faz presente no estágio do espelho, indicador da relação inaugural da relação do sujeito com o Outro, Lacan chega à função da angústia. Desse reconhecimento da imagem especular, emoldurada por significantes, sobra um resto, um resíduo, que vem a partir daí, sob a forma de falta a preencher, como uma espécie de “reserva operatória” (2005 [1962-1963], p.49) que deverá entrar em ação para a satisfação do desejo, sob forma de objeto *a*, ao qual não temos acesso direto, mas sempre a partir do Outro. Não se trata, portanto, de um objeto qualquer, mas de um objeto singular, fruto da operação de constituição do sujeito, a partir da interdição primária de um significante, aquele ao qual nomeia de traço unário, que produz uma falta marcada por um significante, impossível de ser preenchida.

Sobre a escolha de uma letra para representar o objeto, Lacan (2005 [1962-1963], p.98) esclarece que “tal notação algébrica tem sua função. Ela é como um fio destinado a nos permitir reconhecer a identidade do objeto nas diversas incidências que ele aparece”. Além disso, considera a angústia “sua única tradução subjetiva” (p.113). Já sobre o uso do vocábulo objeto, Lacan (p.99) sublinha que “designar esse pequeno *a* pelo termo objeto é fazer um uso metafórico dessa palavra, uma vez que ela é tomada de empréstimo da relação sujeito-objeto”. Por isso adverte que, “ao rumar por esse circuito obrigatório para atingir o objeto do meu desejo, realizo para o outro justamente o que ele procura” (p.37), esclarecendo ainda que, quanto mais o sujeito “se aproxima, cerca e afaga o que acredita ser o objeto de seu desejo, mais é, na verdade, afastado, desviado dele” (p.51).

Não por acaso, Lacan (2005 [1962-1963], p.98) salienta que “a manifestação mais flagrante desse objeto *a*, o sinal de sua intervenção, é a angústia”. Ele retoma a ideia freudiana de que a angústia é um sinal para esclarecer que se é um sinal, é da vacilação do sujeito frente ao Outro, “vacilação que tem sua notação designada por um S barrado. A angústia é um sinal de certos momentos dessa relação”.

Lacan (2005 [1962-1963]) também articula esse mecanismo ao estranho, por sua presença súbita, repentina e porque estranho é aquilo que aparece no lugar onde deveria estar a falta, chegando então, à sua formulação sobre a angústia, ao defender que a angústia surge quando “a falta vem a faltar” (p.52). Pois, para ele, a angústia surgiria quando um mecanismo faz surgir algo que vem ilusoriamente tamponar essa falta, essa reserva necessária e operatória. O que é

convocado nesse lugar não pode aparecer. “Um sentimento de estranheza é a porta aberta para a angústia”, adverte Lacan (p.100).

Também por isso, Lacan (2005 [1962-1963]) ressalta a análise linguística feita por Freud (1976 [1919]) em “O estranho”⁴³, que inclui o deslizamento de estranho (*unheimlichkeit*) para familiar (*heimlich*), reafirmando que não se trata de um objeto qualquer, mas um objeto marcado por um traço, por um significante que o singulariza. É o objeto *a*, que “vem de outro lugar e que só é constituído por intermédio do desejo do Outro” (p.226), não sendo assim, tão desconhecido, já estava ali, bem perto de casa... A angústia então, “constitui-se e assume seu lugar numa relação que se instaura além do vazio de um primeiro tempo, digamos, da castração. É por isso que o sujeito só tem um desejo quanto a essa castração primária, que é voltar a ela” (p.226).

Esclarece-se, assim, porque Lacan (2005 [1962-1963], p.76) destacou que “há sempre um vazio a preservar” pois “é de sua saturação total que surge a perturbação que se manifesta na angústia”. Nessa direção, vale lembrar da observação sobre a angústia feita por Chemama e Vandermerch (2007, p.37), de que mais do que “compreendê-la ou descrevê-la”, para Lacan importava “referi-la em sua posição estrutural e em seus elementos significantes”. Isso nos remete à afirmação lacaniana (p.55) de que é “pela via da experiência do neurótico” que os analistas podem aprender sobre a estrutura do sujeito e a dialética do desejo. Mas diferentemente de Freud que afirmava que o neurótico tropeça na angústia de castração, ele defende que o impasse do neurótico não é a angústia de castração em si, mas de “fazer de sua castração o que falta ao Outro” (p.56). Se o desejo se revela como desejo do Outro, ou, melhor dizendo, “desejo no Outro” (p.59), a consequência é que o desejo do sujeito, posto em lugar de objeto, é exilado de sua subjetividade, o que faz surgir a angústia. Por isso é que a angústia pode ser vivida “como fenômenos de despersonalização”, ressalta Lacan (p.134). Isso esclarece, a meu ver, a ameaça de loucura que aparece nos relatos de pacientes diagnosticados com transtorno de pânico.

Lacan (2005 [1962-1963]) recorre à estrutura da perversão para explicar o que ocorre na neurose. Enquanto o perverso oferece-se “lealmente” (p.60), embora de maneira inconsciente, ao gozo do Outro, o neurótico apenas fantasia essa posição, utilizando-se dela para se defender

⁴³ A edição das *Obras Incompletas de Sigmund Freud* realizada pela Autêntica (2019) opta por infamiliar, enquanto as edições das *Obras Completas de Sigmund Freud* realizadas pela Imago (1976) e Companhia das Letras (2010) optam por estranho e inquietante, respectivamente. No *Seminário, livro 10: a angústia*, (LACAN, 2005 [1962/1963]), os termos (*unheimlichkeit/heimlich*) em geral não são traduzidos, mas na p.86, podemos ler “[...] o horrível, o suspeito, o inquietante, tudo aquilo pelo qual traduzimos para o francês, tal como nos é possível, o magistral *unheimlich* alemão [...]”.

da angústia. E só pode fazer isso, “justamente na medida em que é um *a* posição” (p.61). Quando convocado a ocupar de fato esse lugar apenas fantasiado, diante de um objeto recoberto pelo significante unário, mítico, o sujeito neurótico recua. Como ressalta Lacan, “a possibilidade da ausência, eis a segurança da presença” (p.64), associada por ele a um dos primeiros excessos frente à criança, a presença sem pausa, sem faltas, do Outro materno. Novamente, Lacan retoma a ideia freudiana de que a angústia é um sinal ante a perda de objeto para esclarecer que se a angústia é um sinal, é da “falta de apoio dada pela falta” (p.64).

Isso explicaria, a meu ver, como a contemporaneidade também pode ser entendida como um convite à posição perversa e o – conseqüente? – aumento da manifestação de angústia chamada pela medicina de transtorno de pânico, naqueles sujeitos que resistem à essa posição, salvaguardando seu lugar de sujeito através deste afeto. Embora tudo que apareça para preencher esse lugar de vazio estruturante possa nos desorientar, como lembrou Lacan (2005 [1962-1963]) e o estresse contemporâneo seja uma de suas formas, “a verdadeira substância da angústia é aquilo que não engana” (p.88). Ela é a sua salvação? Sua tentativa de corte? A propósito, Lacan (88) já ressaltara: “a angústia é esse corte nítido, sem o qual a presença do significante, seu funcionamento, seu sulco no real, é impensável”. E também que “todos os desvios são possíveis a partir da angústia” (p.88).

Nessa direção, penso que o sujeito opera uma placa giratória, não mais estruturante como na fobia⁴⁴, mas como confirmação da estrutura: ou ele seria aspirado como objeto para a posição perversa ou reafirmaria sua posição de sujeito, pela angústia. Afinal, como alertou Lacan (2005 [1962-1963], p.119) se “reconhecer-se como objeto do desejo, no sentido como o articulo, é sempre masoquista, pois o que ele busca é sua identificação com o objeto comum, o objeto de troca” (p.118), é no lugar de eleição da angústia que “está o limite, é aí que se presentifica o sujeito” (p.75).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A indicação da angústia como potencialmente produtiva é salientada alguns autores (FINGERMANN, 2012; DUNKER, 2014). É justamente nesta perspectiva que entendo a função da angústia no chamado transtorno de pânico. Se o empuxo ao excesso promovido pelo

⁴⁴ Lacan (2008 [1968-1969]) define a fobia como uma neurose estritamente infantil, na qual a criança ocupa um lugar particular numa placa giratória entre neurose e perversão, fazendo apelo para que algo externo, o objeto fóbico, cumpra efetivamente a função de castração, que se encontra vacilante. Se a castração se confirma, a criança se dirigiria para o campo das neuroses, se não, deslizaria para o campo das perversões.

discurso capitalista convoca ao gozar sem limites, ininterruptamente, o que restaria ao sujeito que de alguma forma resiste a se deixar ser engolfado pela aceleração da vida contemporânea? De que forma ele poderia fazer limites, sem ter acesso ou conhecimento da psicanálise, indicada por Lacan (2003 [1973]) como possível saída do discurso capitalista? Se, como ele também destaca, esta saída ainda se limita a alguns?

Afinal, como salientou Fingermann (2012, p.12) a angústia pode – ou deve? – também ser vista em seu alcance ético, pois, “encontrar-se com a falência traumática do Outro (seus limites, balizas, significações, sentidos) é também uma ocasião de encontrar a sua solidão existencial e sua unicidade radical”, apontando para a direção já indicada por Lacan (1985 [1964]) com o termo práxis, quando “o imprevisível e imponderável da clínica tem que ser teorizado *après-coup*” (FINGERMANN, 2012, p.10).

Concordo que a psicanálise pode ajudar o sujeito a construir barreiras a esse modo do gozar ao qual ele é convocado na contemporaneidade, mas o que defendo é que a angústia vivenciada no chamado transtorno de pânico pode indicar uma tentativa provisória, adocida, mas eficaz, diante do conflito entre ceder e resistir a essa forma mortífera de gozo, salvaguardando seu lugar de sujeito. Então, ao invés de uma patologia, como costuma considerar a medicina, penso que o sujeito dá provas de saúde mental ao produzir um corte, um basta, ainda que de forma tortuosa e sofrida. Aqueles que buscam a psicanálise, “o único baluarte aceitável contra as angústias contemporâneas” (LACAN 2008 [1974], p.1) podem construir outras formas – singulares – de vivê-las, se dela surgir uma demanda de análise.

REFERÊNCIAS

AUGÉ, M. *Não-lugares*. Introdução a uma antropologia da supermodernidade. Campinas: Papirus, 1994.

BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BERRIOS, G.; LINK, C. Transtornos de ansiedade. In: BERRIOS, G.; PORTER, R. *Uma história da psiquiatria clínica: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos*. v. III. p.863-901. As Neuroses e os transtornos de personalidade. São Paulo: Escuta, 2012.

BRANDÃO, J. Verbete Pã. In: _____. *Dicionário mítico-etimológico da mitologia grega*. v. II. Petrópolis: Vozes, 1991.

BURTON, R. *A anatomia da melancolia*. Curitiba, PR: Editora UFPR, 2011[1621].

CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. (Ed.). *Dicionário de Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DUNKER, C. A neurose como encruzilhada narrativa: psicopatologia psicanalítica e diagnóstica psiquiátrica. In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B; COSTA, J. *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

DUNKER, C. *A psicanálise e o neoliberalismo: entrevista com Caterina Koltai, Christian Dunker, Maria Rita Kehl, Nelson da Silva Jr., Paulo Endo e Rodrigo Camargo*. 2017. Disponível em: <<https://psicanalisedemocracia.com.br/2017/06/a-psicanalise-e-o-neoliberalismo-entrevista-com-caterina-koltai-christian-dunker-maria-rita-kehl-nelson-da-silva-jr-paulo-endo-e-rodrigo-camargo/>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

FERREIRA, A. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FINGERMANN, D. Apresentação. In: SOLLER, C. *Declinações da angústia*. São Paulo: Escuta, 2012.

FREUD, S. Rascunho A. Problemas. In: _____. *Obras completas*, v. I, p.245-247. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1892].

FREUD, S. Rascunho B. A etiologia das neuroses. In: _____. *Obras completas*, v. I, p.247-255. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1893].

FREUD, S. Rascunho E. Como se origina a ansiedade. In: _____. *Obras completas*, v. I, p.261-269. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1894].

FREUD, S. As neuropsicoses de defesa. In: _____. *Obras completas*, v. III, p.57-73. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1894].

FREUD, S. Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia. In: _____. *Obras completas*, v. III, p.89-100. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1895/1894].

FREUD, S. Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia. In: _____. *Obras completas*, v. III, p.107-135. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1895/1894].

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica. In: _____. *Obras completas*, v. I, p.395-517. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1950/1895].

FREUD, S. Hereditariedade e a etiologia das neuroses. In: _____. *Obras completas*, v. III, p.165-179. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1896].

FREUD, S. A angústia. In: _____. *Obras completas*, v. 13, p.519-544. São Paulo: Companhia das Letras, 2014 [1917].

FREUD, S. O estranho. In: _____. *Obras completas*, v. XVII, p.273-318. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1919].

FREUD, S. O inquietante. In: _____. *Obras completas*, v. 14, p.328-376. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1919].

FREUD, S. O infamiliar In: _____. O infamiliar e outros escritos. *Obras incompletas*, v. 8. p.27-115. Belo Horizonte: Autêntica, 2019 [1919].

FREUD, S. Psicologia das massas e análise do eu. In: _____. *Obras completas*, v. 15, p.13-113. São Paulo: Companhia das Letras, 2011 [1921].

FREUD, S. Inibição sintoma e angústia In: _____. *Obras completas*, v. 17, p.13-123. São Paulo: Companhia das Letras, 2014 [1926].

HAN, B-C. *A sociedade do cansaço*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

KIERKEGAARD, S. *O conceito de angústia*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

KLEIN, D. Editorial. Desenvolvimentos de pânico. *Rev. Bras. Psiquiatr.* São Paulo, v. 34, supl.1, jun. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462012000500001>>. Acesso em: 4 dez. 2020.

KOJÈVE, A. Tradução comentada da secção A do cap. IV da Fenomenologia do Espírito de Hegel. Versão Brasileira do Professor Ubirajara Rebouças, feita a partir da edição francesa da *Introduction à la lecture de Hegel*. Paris: Gallimard. [19--].

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1953], p.238-324.

LACAN, J. Discurso de Roma. In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003 [1953], p.139-172.

LACAN, J. *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999 [1957-1958].

LACAN, J. *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005 [1962-1963].

LACAN, J. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985 [1964].

LACAN, J. Televisão. In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003 [1973], p.508-543.

LACAN, J. *O Seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008 [1968-1969].

LACAN, J. *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992 [1969-1970].

LACAN, J. Entrevista a Emílio Granzotto para a revista Panorama, em Roma. *Magazine Littéraire*, Paris, n. 428, fev. 2008 [1974].

- LEITE, S. *Angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
- LIPOVETSKY, G. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla, 2004.
- MAFFESOLI, M. O retorno das emoções sociais. In: SCHÜLER, D; SILVA, J. (Orgs.). *Metamorfoses da cultura*. Porto Alegre: Sulina, 2006, p.27-37.
- MENEZES, L. *Pânico: efeito do desamparo na contemporaneidade. Um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP, 2006.
- NARDI, A. História. In: NARDI, A.; VALENÇA, A. *Transtorno de Pânico: diagnóstico e tratamento*, p.1-10. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- NARDI, A.; VALENÇA, A. *Transtorno de Pânico: diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- NASCIMENTO, I. *Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-5*. APA. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- PEREIRA, M. *Psicopatologia dos ataques de pânico*. São Paulo: Escuta, 2003.
- QUINET, A. *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.
- SHEEHAN, D. V.; RAJ, B. A. Panic Disorder. In: THASE, M. E.; EDELSTEIN, B. A.; HERSEN, M. (Eds). *Handbook of Outpatient Treatment of Adults*. Springer: Boston, 1990.
- SOLER, C. *Declinações da angústia*. São Paulo: Escuta, 2012a.
- SOLER, C. *Seminário de leitura de texto ano 2006-2007: Seminário A angústia de Jacques Lacan*. São Paulo: Escuta, 2012b.
- SOUZA, P. *As palavras de Freud: o vocabulário de Freud e suas versões*. São Paulo: Ática, 1999.
- STRACHEY, J. Apêndice. O termo ‘angst’ e sua tradução inglesa. In. FREUD, S. *Obras completas*. v. III, p.137-138. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- TRINTINAGLIA, S. *Transtorno de pânico: prisioneiros do sofrimento subjetivo*. Caxias do Sul, RS: Educs, 2009.
- VIANA, M. *Mudanças nos conceitos de ansiedade nos séculos XIX e XX: da “angstneurose” ao DSM-IV*. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Carlos, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/4780/3194.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 maio 2019.
- VILARINHO, Y. O coração irritável nos discursos médicos anglo-americanos no fim do século XIX. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, dez. 2014, p.1151-1177. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000400005>>. Acesso em: 20 maio 2019.

WHITAKER, C. *Pânico e Psicanálise*. Taubaté, SP: Cabral, 2002.

ARTIGO 4

A ANGÚSTIA NO “TRANSTORNO DE PÂNICO”: UMA REBELIÃO SUBJETIVA FRENTE AO DISCURSO CAPITALISTA?

INTRODUÇÃO

No movimento da práxis psicanalítica podemos identificar muitos momentos nos quais o excesso e suas consequências, no sujeito, se fazem presentes. Em 1908, Freud recorreu à obra de Von Ehrenfels (1907), para se posicionar sobre a relação entre o nervosismo crescente e a moderna vida civilizada, através de um texto que, embora datado⁴⁵ em certos pontos, mantém-se atual em muitos aspectos. Ele parece dialogar com o que Lacan apresentaria, muitos anos depois, em sua teorização sobre o discurso capitalista. Autores de outros campos do conhecimento seguem estudando efeitos que o excesso, marca da nossa contemporaneidade, pode produzir nos sujeitos (BOURDIEU, 1998; EHRENBURG, 2010; HAN, 2017; MBEMBE, 2018).

Von Ehrenfels destaca, conforme Freud, que as extraordinárias conquistas, descobertas e invenções da época contemporânea, entre as quais se incluem novas formas de comunicação, comércio, lazer e política, atingiram violentamente profissões, posses e posições sociais. Tais mudanças, ele salienta, fizeram crescer a competitividade, demandando maior esforço físico e mental dos sujeitos para lidar com excessivos estímulos e atender às exigências sociais e econômicas em sua luta pela existência. Esse esforço, nem sempre recuperado, justificaria, para ele, o aumento de doenças nervosas. Embora não considere esses pontos de vista equivocados, Freud (2015 [1908]) acrescenta que a influência danosa da civilização pode se resumir à repressão da vida sexual, associada à moral sexual vigente em cada cultura, esclarecendo que o mal-estar, fruto de renúncias pulsionais, é o preço a pagar por uma vida civilizada.

Lacan também se deteve a examinar a questão do excesso e como o sujeito poderia ser afetado por ele. Dentre outras teorizações, propôs o discurso capitalista, em 1972, um acréscimo à teoria

⁴⁵ Birman (1998) considera que há dois discursos teóricos divergentes e até antagônicos no que se refere às relações do sujeito com a modernidade: o texto freudiano de 1908, “A moral sexual civilizada e a doença nervosa dos tempos modernos” e *Mal-estar na civilização*, de 1930. De acordo com o autor, o primeiro texto decorre de uma ideia de Freud que ainda veria uma “*harmonia* possível entre o registro do sujeito e o registro do social” (p.125, grifo do autor), posição que ele abandonará depois da virada teórica de 1920.

dos quatro discursos, apresentados em 1969/70, para demonstrar o que ocorre no capitalismo. Obtido por torção do discurso do mestre, o discurso capitalista é aquele que convoca o sujeito a gozar⁴⁶ ininterruptamente. Em relação a ele, Lacan (2003 [1973]) defendeu que uma saída possível seria através da psicanálise, com a ressalva de que não se sustentaria se atingisse apenas alguns. Sem discordar disso, e concordando com Barillot (2016) quando ressalta que a saída do discurso capitalista oferecida pela psicanálise poderia ser considerada durável, proponho aqui que o chamado transtorno de pânico, como nomeia a medicina, ou esta manifestação de angústia, como prefere a psicanálise, pode ser considerada um corte, um basta, uma tentativa de o sujeito produzir limites a essa forma imperativa de gozar na contemporaneidade. Limite adoecido, sofrido, provisório, mas eficaz, se dele surgir uma demanda de análise. Desse modo, e a partir da escuta de analisantes assim diagnosticados, concordo também com a posição defendida por Pacheco Filho (2009), quando afirma que

Esquivar-se de se submeter a qualquer totalização positiva, sustentando o próprio desejo como norte, e assumindo as contradições e conflitos inerentes ao laço social, talvez seja essa a via pela qual o ser humano possa lutar contra a ‘praga’ do capitalismo: o estreitamento da margem de singularidade da relação do sujeito com o mundo e a aceleração da tendência totalitária à alienação no laço social (p.161).

Embora as discussões sobre o capitalismo e suas consequências nos âmbitos sociais e subjetivos alcancem diversas áreas do conhecimento, produzindo inúmeras e importantes reflexões, Endo (2017) ressalta que para o psicanalista é impossível falar do sujeito do neoliberalismo ou sujeito do capitalismo etc., porque são categorias universalizantes. O psicanalista, sabemos, só pode falar do sujeito no singular, ou, “para falar algo sobre o sujeito, o psicanalista precisa falar com o sujeito” (p.4). Só assim, ele sublinha, “as lutas sociais e coletivas assumem seu traço de singularidade e a psicanálise se torna não apenas importante, como imprescindível” (p.6). Isso não deve nos impedir, entretanto, de escutar os efeitos, em cada sujeito, da política vigente no seu tempo e as formas com que tentarão resistir a isso.

Com esse intuito, neste artigo, examino os quatro discursos e o discurso capitalista, apresentados por Lacan em 1969/70 e 1972, respectivamente. Ademais, agregando

⁴⁶ Inicialmente, Freud acreditava que o aparelho psíquico era regido pelo princípio do prazer, isto é, os sujeitos repetiriam as experiências que lhes fossem prazerosas e se afastariam das que lhes causassem desprazer. Com a continuidade de seus estudos e escutas clínicas, constatou que os sujeitos também repetiam experiências que lhes causavam dor e sofrimento, concluindo que havia um *Além do princípio do prazer* (FREUD, 2010 [1920]), associado à pulsão de morte, regendo as repetições. Mais tarde, o termo gozo foi utilizado como conceito por Lacan para designar a condição que reúne satisfação e sofrimento, presente nas repetições de cada sujeito, cuja matriz encontra-se em suas histórias singulares. O gozo refere-se ao desejo inconsciente e suas manifestações são distintas em cada estrutura psíquica, descritas mais detalhadamente no segundo artigo desta Tese.

contribuições de outros autores, busco identificar relações entre a manifestação de angústia que se apresenta no dito transtorno do pânico e o discurso capitalista.

OS QUATRO DISCURSOS

A teoria dos quatro discursos – do Mestre, da Histórica, do Analista e Universitário⁴⁷ – foi apresentada por Lacan no seminário *O avesso da psicanálise*, realizado entre novembro de 1969 e junho de 1970, influenciada pelo movimento mundial conhecido como Maio de 68, que se iniciou na França e alcançou vários países.

Para Darmon (1994), Maio de 68 fez surgir um novo estilo de ação com o mínimo de organização e, ao mesmo tempo, o máximo de inteligência estratégica e tática que se refletiria na teorização lacaniana dos quatro discursos. Rinaldi (2002, p.7), por sua vez, considera que “o empenho de Lacan na construção de uma teoria da discursividade como forma de abordar o laço social o levou a esbarrar nas questões do poder e política, tão presentes naquele tempo”, confirmado pelo próprio Lacan (1992 [1969-1970], p.74), ao declarar que “falando do avesso da psicanálise, coloca-se a questão do lugar da psicanálise na política”. Checchia (2012, p.272) considera que essa formulação pode ser desdobrada em duas direções, tanto “no nível de uma análise psicanalítica de determinados fenômenos políticos”, quanto “no de uma análise política de fenômenos clínicos”.

Para Roudinesco (1994, p.337), assim como o célebre movimento, Lacan se tornou “o teórico de um novo modelo de rebelião subjetiva que o levou a confrontar-se, em favor dos barricados de Maio de 68, com a problemática da revolução”. Após seu encontro com os alunos, Lacan assinou dois manifestos: um a favor da libertação de Régis Debray e outro em apoio aos estudantes. Jamais, até então, engajara-se em movimentos políticos (ROUDINESCO, 1994). Embora os estudantes houvessem cometido alguns equívocos, ao defender ideias que Lacan não apoiaria, como exigência primeira de felicidade, viver sem horas mortas e gozar sem entraves, conforme Matos (1989), não se pode negar as aproximações entre o seminário e o movimento, como, por exemplo, a não coordenação e a não territorialidade, além da própria nomeação e descrição do discurso universitário.

⁴⁷ As apresentações dos discursos neste artigo correspondem às encontradas no texto de Lacan *O discurso capitalista* [1972]. Inédito.

Outras influências à produção dos discursos lacanianos são indicadas: a conferência de Foucault, realizada em 1969, ‘O que é um autor’, onde ele fez duas distinções: a primeira, “entre o autor no sentido literário da palavra e o autor no sentido de fundador de uma discursividade” e a segunda, “entre os instauradores de uma discursividade e os fundadores de uma cientificidade” (ROUDINESCO, 1994, p.343). A autora destaca como condição necessária à instauração de uma nova discursividade a noção de ‘retorno a...’, que “não corresponde a uma redescoberta, a uma reatualização, ou mesmo suplemento histórico de um texto de referência [...], mas de um esquecimento essencial e constitutivo” (SOUZA, 2003, p.84), a um “trabalho efetivo de transformação da própria discursividade” (ROUDINESCO, 1994, p.343), ou ainda “uma renovação a partir de seus fundamentos” (ROUDINESCO, 2009, p.77). Numa entrevista concedida à revista italiana Panorama, em 1974, o próprio Lacan esclareceu:

A psicanálise é Freud. Se queremos fazer psicanálise, é necessário voltar a Freud, a seus termos e a suas definições, lidos e interpretados no sentido literal. Fundei em Paris uma Escola freudiana precisamente com esse objetivo. Há vinte anos ou mais que exponho meu ponto de vista: retornar a Freud significa simplesmente tirar o terreno dos desvios e dos equívocos da fenomenologia existencial por exemplo, como do formalismo institucional das sociedades psicanalíticas, retornando a leitura do ensinamento de Freud segundo os princípios definidos e enumerados a partir de seu trabalho. Reler Freud quer dizer somente reler Freud. Quem não faz, em psicanálise, utiliza uma fórmula abusiva (LACAN, 2008 [1974], s/p).

Inicialmente problematizada por Foucault em 1969, a pertinência da categoria de discurso ocorreu pelo viés da formação discursiva em oposição ao campo da ciência, culminando com a publicação de *A ordem do discurso*, em 1970, no qual “sugeri que os discursos fossem analisados como ‘conjuntos de acontecimentos discursivos’ que remetem à produção de efeitos” (GONÇALVES, 2000, p.6). Outra influência teria sido a expulsão de Lacan da Escola Normal Superior, acusado “de promover um ensino não universitário” (SOUZA, 2003, p.80).

Muitos autores destacam a pertinência e o alcance dessa teorização lacaniana. Além de considerar que “os quatro discursos estabelecidos por Lacan [...] propõem, de uma forma extremamente reduzida e esquemática, um sistema de relações entre manifestações bastante complexas e maciças”, Darmon (1994, p.212) acrescenta que “um interesse não negligenciável dessas fórmulas é o de ultrapassar a oposição errônea entre uma psicanálise do sujeito individual e uma psicanálise do coletivo”, sem esquecer, como bem pontua Alberti (2000), que o outro social é particular a cada sujeito, de acordo com sua determinação sempre inconsciente. Chemama (1995, p.46), por sua vez, afirma que “a teoria dos quatro discursos continua a ser,

atualmente, um dos instrumentos mais ativos para a psicanálise, pois ela se interessa pelo que produz o sujeito e produz, com ele, a ordem social na qual se inscreve”. Jorge (2002, p.18) também se posiciona: “que estranho e insuspeitado mundo é esse que se abre, diante de nossos olhos, com a teoria lacaniana dos discursos?”, para concluir que “a originalidade dessa teoria e o contexto sociopolítico na qual surge, não impedem que ela seja um verdadeiro corolário de fundamentais desenvolvimentos lacanianos anteriores” (p.19).

Elia (2002, p.33) se refere a esse seminário como “peculiaríssimo”, e o considera “um momento crucial” (p.34) para quem estuda a psicanálise, por realizar uma grande virada que se constitui, para ele, no “segundo corte no curso do ensino de Lacan” (p.36), à semelhança da posição de Milner (1996), ao tomar esse momento teórico como segundo classicismo de Lacan.

Rinaldi (2002), por sua vez, ao se referir à teoria dos quatro discursos como “uma concepção extremamente singular e frutífera”, pontua: “Com ela, Lacan deu um passo adiante em seu ensino, articulando o campo da linguagem, que desde o início fundamentara sua maneira própria de abordar a psicanálise, ao campo de gozo” (p.7), designado, a partir desse seminário, como o campo lacaniano. Além de tomá-lo como um marco no ensino de Lacan, Alberti (2000), considera que a teoria dos quatro discursos reúne a produção anterior, e, ao mesmo tempo, sustenta muitas produções posteriores.

Nesse seminário, intitulado *O avesso da Psicanálise*, Lacan (1992 [1969-1970]) estabelece o discurso como uma estrutura sem palavras, retomando o que afirmara no seminário anterior, *De um Outro ao outro* (2008 [1968-1969], p.14): “A essência da teoria psicanalítica é um discurso sem palavras”. Sem palavras, na medida em que subsiste em certas relações fundamentais, pois embora essas não possam se manter sem a linguagem, através dela instauram-se algumas relações nas quais algo a mais se inscreveria, além das enunciações. Aí se incluiriam nossas condutas, nossos atos.

A descrição do discurso como uma estrutura sem palavras, indica, para Elia (2002), que Lacan se descola da tese, desenvolvida durante muitos anos – e nunca recusada – de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, passando a tomar o discurso como “nem equivalente, nem co-extensivo à linguagem” (p.36), enfatizando, pontua Rinaldi (2002), a dimensão do real, através do conceito de objeto *a*. Ainda para Elia ao fazer isso, Lacan inclui outra dimensão “que não seria passível de inclusão no campo da linguagem tal como ele se estrutura” (p.36), mesmo que os limites do indizível já testemunhassem as incidências do objeto *a* na linguagem. Ele esclarece:

[...] formular o que escapa a um campo, constituindo-o, é coisa bem diferente de criar as condições de operatividade disso que escapa, ou, em uma palavra, torná-lo operante. É o discurso – e não a linguagem – que torna operante o objeto *a*, além de estabelecer lugares de operatividade – quatro – e modos de relação entre esses lugares nos quais não apenas o objeto *a*, mas letras S1, S2, e o sujeito do inconsciente operam (p.36).

Lacan (1992 [1969-1970]) dispõe esses quatro lugares em fórmulas para representar o que se manifesta de constante nas relações, nos laços sociais. Ao longo do seminário, se refere a elas de várias formas: quatro improvisos (p.10); quadrípedes giratórios (p.15); aparelhos de quatro patas, quatro discursos radicais; aparato algébrico (p.18); quatro permutações, quatro fórmulas (p.42). Quadrípedes e quatro patas fazem referência ao enigma apresentado a Édipo pela Esfinge⁴⁸, já bem conhecido: qual o animal que pela manhã tem quatro patas, à tarde duas e três ao anoitecer? Bem-humorado, Lacan chega a dizer que Édipo poderia ter respondido: é o esquema de Lacan, passando a ter um destino completamente diferente. Para Roudinesco (1994), Lacan teria também se inspirado na noção de grupo quaternário e no ensino de seu amigo Guibaud, que frequentava desde 1950, para nomear seu novo objeto matemático de quadrípedes.

Ao se referir aos quatro discursos como aparelhos, esclarece que “se só forneci aqui estas letrinhas não foi por acaso. É que não quero meter coisas aí que tenham a aparência de significar” (LACAN, 1992 [1969-1970], p.161), e também porque sua “mera presença domina e governa tudo o que eventualmente pode surgir de palavras. São discursos sem a palavra, que vem em seguida alojar-se neles” (p.158-159).

As fórmulas ou matemas representaram uma mudança radical na transmissão da psicanálise por Lacan (1992 [1969-1970]). No início, houve o tempo das palavras, no qual elas pareciam suficientes para a transmissão. Com o tempo, e possivelmente com a repetição dos mal-entendidos, percebendo que “a palavra pode fazer o papel da carniça” (p.159), ao observar os efeitos de sentido que provocavam, elas se mostraram insuficientes. Isso o levou a buscar a exatidão das formulações matemáticas, inicialmente com gráficos e esquemas e depois de uma forma mais contundente, chegando aos matemas, acreditando que eles seriam capazes de transmitir suas ideias integralmente, considerando então a formulação matemática como “nosso

⁴⁸ Na mitologia grega esse enigma foi proposto a Édipo pela Esfinge (BRANDÃO, 1991). Entretanto, na tradução utilizada do seminário *O avesso da Psicanálise*, consta a figura mitológica Quimera (LACAN, 1992 [1969-1970], p. 34).

fim, nosso ideal” (LACAN, 1985 [1972-1973], p.161), mesmo salientando que a formalização matemática só subsistiria com o emprego da língua para apresentá-la.

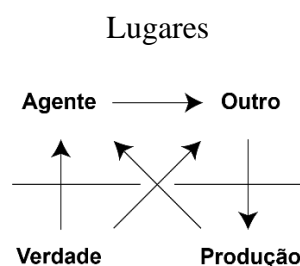
Nesse percurso, recorreu à lógica aristotélica e pôde passar da polissemia dos significantes, produtores de equívocos, ao particular dos matemas, que o ajudaram a transmitir conceitos importantes como a metáfora paterna, as fórmulas da sexuação, os quatro discursos, dentre outros. Vale lembrar que a lógica já se constituía, para os próprios lógicos, em uma tentativa de precisar conceitos, atenuando falhas advindas da linguagem (DARMON, 1994). Mais tarde, ao constatar que a formalização discursiva implicava necessariamente a diacronia, Lacan recorre à topologia, conseguindo então produzir uma mostraçãõ sincrônica que, à semelhança dos discursos, reunia poucos elementos, mas possibilitava inúmeros desenvolvimentos (MARQUES, 1998).

Lacan (1992 [1969-1970], p.13) destaca ainda que as fórmulas situam “um momento”. Isso se sustenta na matemática e além dela. Na matemática, porque foi nela que Lacan se baseou para extrair os quatro discursos, numa operação nomeada permutação circular, em que quatro termos irão ocupar, cada um por sua vez, quatro lugares, numa estrita ordem, na qual não é permitida nenhuma comutação, ou seja, nenhuma troca no interior do círculo. E, além dela, porque, como esclarece Jorge (1980, p.10) “nenhum discurso existente pode ser identificado estritamente a um desses quatro discursos”. Para Clavreul (1980) tal tentativa além de artificial, seria abusiva. Por isso, ele ressalta, é preciso assinalar a interdependência dos discursos, nenhum deles podendo manter-se sem a presença dos outros três, nenhum deles podendo ser tomado como modelo ideal. Assim, cada um dos discursos funcionaria como uma espécie de polo de atração, para o qual se dirigiriam todos os discursos existentes, em um movimento de báscula constante.

No dia a dia testemunhamos isso com alguns professores e médicos que chegam a fazer, em alguns momentos, semblantes de analista, permitindo ao sujeito produzir saberes novos sobre si mesmo e/ou sua história. Um exemplo é trazido no relato de uma professora: ela havia procurado um pneumologista por estar sentindo falta de ar e o médico, antes de pedir qualquer exame, calmamente lhe pediu que relatasse sua rotina; ela, que na ocasião fazia duas especializações ao mesmo tempo, uma às terças e quintas à noite e outra aos sábados, além de se ocupar de duas turmas de pré-escola, uma em cada turno durante o dia, ouviu do médico simplesmente: eu preciso lhe perguntar mais alguma coisa? – para ela concluir que estava sem tempo para respirar e não com alguma doença.

Voltemos aos discursos, tal como concebidos por Lacan. Os quatro lugares correspondem aos vértices de um tetraedro orientado por uma figura geométrica de quatro faces e seis arestas.

Lacan subverte essa ordem e suprime uma das arestas entre os vértices de base, bloqueando a circulação natural. Não faz isso à toa. Ao suprimir uma das flechas do tetraedro, ele obtém a disposição particular nos quatro discursos de quatro lugares, fixos, que vêm a ser, agente, outro, verdade e produção, mais tarde renomeados respectivamente de semblante, gozo, verdade e mais de gozar (LACAN, 2011 [1971-1972]). Essa disposição, aponta, por um lado, um lugar ao qual não temos acesso, o da verdade, introduzindo aí um elemento de impossibilidade e, por outro, três lugares que formam um circuito:



Para Jorge (1980, p.10) os lugares sinalizados por Lacan nos quatro discursos corresponderiam a algumas questões, a saber: “1. Em nome de que esse discurso?” Questão que ele subdivide em duas: “a) O que organiza esse discurso, o que desempenha o papel de **agente**? b) o que o organiza mais fundamentalmente, qual a sua **verdade**? 2. Em vista de que esse discurso?” Mais uma vez, ele nos leva a duas outras questões: “a) qual é o **outro** a que esse discurso se dirige? b) qual é o **produto** que cada discurso comporta?”.

Sobre o **agente**, pode-se acrescentar que, além de fazer referência aos agentes das operações de falta, apresentadas por Lacan no *Seminário livro 4* (1995 [1956-1957]), castração, frustração e privação, Lacan retoma a dialética do Senhor e do Escravo de Hegel, ao dizer que “o agente não é forçosamente aquele que faz, mas aquele a quem se faz agir” (LACAN, 1992 [1969-1970], p.161). Coloca-o, dessa forma, como dominante nos discursos, à medida que é a partir dele que cada discurso se organiza.

Apesar de considerar Hegel “o mais sublime dos históricos” (p.33) e também “o representante sublime do discurso do saber, e do saber universitário” (p.163), Lacan recorre a ele muitas vezes em seu seminário, especialmente através do texto de “meu mestre Alexandre Kojève” (p.161), que contém uma tradução comentada da *Fenomenologia do Espírito* de Hegel, e sua dialética, para esclarecer articulações com o discurso do mestre. Na definição de Hegel, segundo Kojève

([19--], p.17), o escravo é aquele que “trabalha para o senhor, só para satisfazer os desejos do senhor, e não os seus próprios”. Desse modo, “é o desejo do senhor que age no e pelo escravo”.

Essa relação, presente em muitas sociedades, comporta posições desiguais e não recíprocas, pois enquanto o senhor arrisca sua vida para conseguir o reconhecimento, o escravo se satisfaz em agradar o senhor, ocupando o lugar de objeto frente a ele. Ao se recusar a arriscar sua vida, “solidariza-se com as coisas de que depende” e, embora reconheça o senhor “em sua dignidade e realidade humana”, não é reconhecido por ele da mesma forma, mas como meio de se satisfazer (KOJÈVE ([19--], p.15). Lacan (1992 [1969-1970]) dá então a sua versão, ao afirmar que “o escravo sabe muitas coisas, mas o que sabe muito mais ainda é o que o senhor quer, mesmo que este não o saiba, o que é o caso mais comum, pois, sem isto, ele não seria um senhor. O escravo o sabe, e é isto sua função de escravo” (p.30), enquanto “um verdadeiro senhor não deseja saber absolutamente nada – ele deseja que as coisas andem” (p.21).

Sobre o **outro**⁴⁹, importa lembrar que “todo discurso se dirige a um outro, mesmo que não seja reduzido apenas a uma pessoa em particular e se dirige a um outro a partir de um certo lugar, em um certo nome, seja em seu próprio nome ou em nome de um terceiro” (CHEMAMA, 1995, p.49). Lacan (1992 [1969-1970], p.98) destaca: é “quem sempre trabalha [...] para fazer a verdade brotar”.

Quanto ao **produto**, nos dispositivos discursivos algo é sempre produzido, porém em nenhum deles o que resulta do trabalho terá ligação com a verdade, obturando-a. Embora a relação com a teorização marxista sobre a mais-valia se evidencie mais ainda quando Lacan passa a chamar esse lugar de mais-de-gozar, ela já pode ser verificada desde aí, pois algo do produto, ou da produção, escapa ao sujeito que o produz.

Já sobre a **verdade**, Lacan nos diz que ela é um enigma, impossível de ser dita, a não ser por um semidizer, já que está articulada ao real e ao gozo, esclarecendo a razão da supressão da flecha entre o produto e verdade, pois não se pode falar do indizível. Mais tarde, Lacan (2003 [1973]) chega a afirmar que é impossível materialmente, pois faltam palavras. E acrescenta: “É justamente por esse impossível que a verdade provém do real” (p.508). No entanto, que não haja relação entre o produto e verdade não quer dizer que ela não produza efeitos. Interfere latente sobre os propósitos oficialmente mantidos pelos discursos e Lacan (1992 [1969-1970], p.54) o ilustra com o dito “a verdade volta a galope”, numa apropriação do provérbio “expulsai

⁴⁹ O “outro” definido como semelhante, diferente do Outro, definido como lugar do significante (LACAN, 2005 [1962-1963], p.33).

o natural e ele voltará a galope”, referindo-se, possivelmente, ao poder dos impossíveis, que retornam impiedosamente nas repetições.

A cada vértice do tetraedro virão se inscrever quatro letras ou elementos sobre os quais Lacan (2003 [1973]), p.180) já nos advertira: “esses pequenos termos mais ou menos alados, S1, S2, a, \$, digo-lhes que podem servir em um número muito grande de relações. É preciso familiarizar-se com seu manejo”. São eles: **S1**: significante mestre, primordial, o que inaugura a bateria de significantes, constitutivo de todo discurso; **S2**: saber inconsciente, cadeia ou bateria dos significantes constituídos S2, S3, S4, representado pela abreviação S2; **a**: objeto *a*, mais de gozar, constituído por uma perda que surge no trajeto pelo qual um significante S1 intervém no campo dos outros significantes articulados entre eles, tendo como efeito um sujeito dividido. Cada significante é reenviado a um outro significante, e nessa repetição há perda de gozo. É no lugar dessa perda, introduzida pela repetição, que vemos aparecer a função do objeto perdido, *a*, causa de desejo, um mais que representa um menos; **\$**: sujeito marcado desde a origem pelo traço unário. Se na definição lacaniana “desde sempre” (p.83), o sujeito é representado entre dois significantes, já que “um significante é o que representa um sujeito para outro significante” (p.188), vale lembrar que “o sujeito que ele representa não é unívoco. Está representado, claro, mas também não está representado. Nesse nível, alguma coisa fica oculta em relação a esse mesmo significante” (p.83). Mais tarde, Lacan (2009 [1971], p.10) seria ainda mais explícito: “o significante é o que representa um sujeito para outro significante, no qual o sujeito não está. Ali onde é representado, o sujeito está ausente. É justamente por isso que, ainda assim representado, ele se acha dividido”.

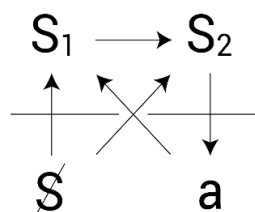
Além de suprimir uma flecha, Lacan acrescenta uma barra, derivada da proposta de Saussure, na linguística, e modificada, pois introduz para Lacan a questão do recalque, ao colocar que, para ele, a barra entre os elementos faz barreira à significação ao invés de constituí-la. Tal modificação é fundamental, porque, conforme Quinet (2006a),

O signo linguístico decompõe-se em significado (o conceito) e em significante (a imagem acústica de uma palavra: s/S). Lacan inverte essa relação significado/significante, passando o significante a anteceder o significado, como a própria experiência analítica o demonstra. Sendo a análise uma experiência de significação, trata-se para o sujeito de atribuir significados aos significantes que o marcaram em sua história. Do ponto de vista psicanalítico, o significante não está colado a um significado, como aparece no dicionário. Ao contrário, há uma separação radical entre significante e significado, que é assinalada pela barra que os separa (S/s), barreira resistente à significação, que pode ser identificada ao próprio recalque (p.7).

É a rotação através de um quarto de volta dos quatro elementos que vai configurar a estrutura dos quatro discursos, fornecendo, então, quatro possibilidades discursivas, “segundo as diversas posições desses termos radicais” (LACAN, 1992 [1969-1970], p.41), e seguindo a regra segundo a qual “a referência de um discurso é aquilo que ele confessa querer dominar, querer amestrar” (p.65), reafirmando o que já dissera “para os surdos – o que o discurso visa é a causa do próprio discurso” (LACAN, 2008 [1968-1969], p.31): Discurso do mestre – **DM**, da histérica – **DH**, do analista, **DA** e universitário – **DU** que, por sua vez, nos remetem às afirmações freudianas (FREUD, 2011 [1925]), de que é impossível governar – **DM**, é impossível educar – **DU**, é impossível psicanalisar – **DA**, às quais Lacan acrescenta uma quarta, é impossível fazer desejar – **DH**, afirmações verdadeiramente impossíveis, já que estão articuladas ao real.

Posteriormente, Lacan (2005 [1974]) acrescenta que entre governar e educar e analisar existem diferenças consideráveis, já que governar e educar se faz desde sempre, ainda que isso não seja garantia de um bom desempenho. Já o analista é um recém-chegado, sem nenhuma tradição, o que torna essa posição mais difícil de sustentar, haja visto que ela tem apenas um século atrás de si para se referenciar, reforçando seu caráter impossível.

Discurso do Mestre



O **DM**, matriz dos outros discursos, é organizado a partir do significante mestre S_1 , ocupando o lugar de lei estrutural como dominante, sendo a partir daí gerador de sentido. Exclui a subjetividade ao colocar $\$$ sob a barra, no lugar da verdade, à medida que o agente S_1 só fala tendo como referência um saber constituído, S_2 . Assim, “a ordem médica”, seu maior representante, se mostra então ligada à ciência e ao campo jurídico, pois aquele que se afasta da norma é rapidamente convocado a voltar a ela. Justifica-se assim, o título do seminário, *O avesso da psicanálise*, pois, ao contrário, ou melhor, ao avesso da psicanálise, o discurso do mestre exclui a diferença, impedindo a manifestação da subjetividade, ressalta Clavreul (1980). Quinet (2006b, p.33) acrescenta que o que é escamoteado aqui “é que há sempre sujeitos ($\$$) sustentando esse governar, essa dominação que é imposta ou aplicada aos outros sujeitos que devem cumprir as ordens; eles devem saber fazer, saber obedecer e saber produzir”.

Ao reduzir os diferentes ditos do sujeito ao que é possível de ser inserido no discurso, transforma os significantes em signos, tomando-os como aquilo que representa algo para alguém, que saiba lê-lo. Entretanto, ao fazer isso, permite que se produza o *a* enquanto objeto do discurso, por exemplo, a doença, o diagnóstico, o prognóstico. Banzato e Pereira (2014, p.50-51) esclarecem:

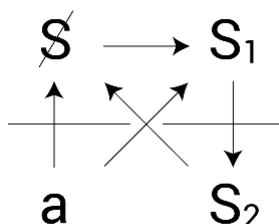
Diagnosticar, em sentido estrito, implica em se alocar elementos relevantes da realidade clínica em categorias que inscrevem esse material bruto e cambiante que emerge da clínica como caso particular de entidades nosográficas previamente discriminadas e legitimadas pela ciência e tradição médicas. Dito em outras palavras, trata-se de transformar o material clínico em instância de um conhecimento geral prévio, organizado, segundo um acordo classificatório.

Pouco tempo depois, Lacan (2009 [1971], p.9) reformulará a questão do avesso, afirmando que “o discurso do mestre não é o avesso da psicanálise, é o lugar em que se demonstra a torção própria, eu diria, do discurso da psicanálise”. E não por acaso fará referência à Banda de Moebius, “estrutura há muito tempo conhecida” para lembrar “a possibilidade de uma inscrição dupla, no direito e no avesso, sem que seja preciso transpor uma borda”.

Embora sem fazer qualquer menção à Banda de Moebius, Lacan (1992 [1969-1970], p.51) já apresentara essa ideia no *Seminário livro 17*, ao lembrar que “o avesso não explica nenhum direito”, pois “trata-se de uma relação de trama, de texto – de tecido, se quiserem”. Como em um tecido, que é formado pelos mesmos fios, porém em posições diferentes, lembra que o analista também pode ocupar o lugar de mestre – ou como ele mesmo advertiu, qualquer dos lugares – desde que o objetivo seja impulsionar a análise a prosseguir, mesmo que o resultado seja imprevisível e possa, em alguns casos, causar perplexidade. Essa ideia parece ecoar nas palavras da escritora Lispector (1979, p.5): “[...] a aproximação do que quer que seja se faz gradualmente e penosamente, atravessando, inclusive, o oposto daquilo que se vai aproximar [...]”.

Nasio (1993) oferece um excelente exemplo dessa rotação discursiva com o caso conhecido como “Os olhos de Laura”: ao levar uma paciente à porta, nota uma exoftalmia e pede que ela procure um médico, o qual diagnostica um tumor benigno, operado com êxito. Ao perceber a exoftalmia, Nasio ocupava o lugar de *a*, como agente, estando, portanto, no discurso do analista. Segundos depois, ao encaminhá-la ao médico, está no lugar de S1, “representado pela mestria geradora de sentido” (p.162).

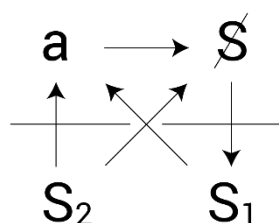
Discurso da Histérica



O **DH** é o discurso que conduz ao saber, à medida que, estando o \$ como dominante, que aparece em forma de sintoma a interrogar o S1 como mestre, ainda que para em seguida destituí-lo, acaba produzindo um saber que é diferente do conhecimento, já que considera o inconsciente, levando Lacan (1992 [1969-1970], p.92) a nomeá-las brilhantemente, a meu ver, de “bocas luminosas”, por terem conduzido Freud à psicanálise.

É também o discurso da experiência analítica, ao qual se chega “mediante condições artificiais”, já que a associação livre “é a lei, a regra do jogo” (LACAN (1992 [1969-1970], p.31). Chega-se dessa forma à histerização do discurso, quando se pede ao sujeito que abandone suas referências e produza significantes, constituindo a associação livre para que um novo saber possa se produzir. Um saber que ele não sabe que sabe, pois é inconsciente. O que nele permanece como não sabido é o objeto *a*, causa do desejo, este para sempre e para todos, irremediavelmente perdido.

Discurso do Analista



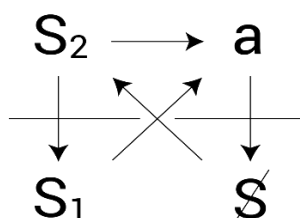
No **DA** é o *a* que aparece em posição dominante, o que em si já é um paradoxo. Pois, longe de ser objetivante, privilegia a subjetividade ao mostrar a função estrutural do sujeito em relação ao seu objeto. Mais tarde Lacan (2011 [1971-1972], p.89) acrescenta: “o psicanalista ‘banca’ o objeto *a* em pessoa. Essa posição, nem se pode dizer que o psicanalista se coloque nela: é levado a ela por seu analisando”, esclarecendo o que já afirmara, que “ele, o analista, se faz causa do desejo de seu analisante” (LACAN, 1992 [1969-1970], p.36), representando “o efeito de rechaço do discurso” (p.41).

Em uma entrevista concedida à televisão francesa, Lacan (2003 [1973]) afirma que o discurso analítico é o laço determinado pela prática de uma análise, explicando que, ao supor saber no analista, o sujeito transfere a ele um saber que não pensa, calcula ou julga, mas produz efeitos. Isso porque, esclarece Lacan (1992 [1969-1970], p.99), “é como idêntico ao objeto *a*, quer dizer, a isso que se apresenta ao sujeito como a causa do desejo, que o analista se oferece como ponto de mira para essa operação insensata, uma psicanálise, na medida em que ela envereda pelos rastros do desejo de saber” sobre o que lhe causa, ou seja, “é como falta a ser que ele se manifesta” (p.144).

A partir da interdição primária, o sujeito é convocado a encontrar substitutos que ocupem, um a um, transitoriamente o lugar de objeto *a*. Na análise, isso ocorrerá inicialmente com a ajuda do analista, fazendo semblante de objeto, até que ele também não seja mais necessário. E este é um duplo exercício. Apesar de afirmar que “a relação analítica deve ser fundada no amor à verdade”, Lacan (1992 [1969-1970], p.164) ressalta que “rostos, a verdade tem mais de um”, indicando então que “[...] a primeira linha de conduta a ser mantida pelos analistas seria desconfiar um pouco, não ficar de repente doido por uma verdade, pelo primeiro rostinho encontrado na esquina” (p.164). Mas convém lembrar que o saber no lugar da verdade funciona como uma espécie de sedução, ainda que ele, o analista, saiba, pelo menos é o que se espera, que é um saber apenas suposto. Não por acaso, Lacan adverte sobre a posição a ser ocupada pelo analista:

Ele deve se encontrar no polo oposto a toda vontade, pelo menos confessada, de dominar. 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 (p.65-66).

Discurso Universitário



O **DU**, por sua vez, privilegia a cadeia significante *S2* como dominante, qual seja, o discurso constituído como saber, “que se especifica por ser não saber-de-tudo [...], mas tudo-saber [...] e que se chama, na linguagem corrente, de burocracia” (LACAN, (1992 [1969-1970], p.29), e alicerça o discurso da ciência. Seu nome se deve ao que se supõe ocorrer nas universidades,

onde haveria um repasse de saber, quando os professores leem os que consideram mestres e convocam os alunos a fazerem o mesmo.

Clavreul (1980) esclarece que, ao recolher e transmitir o saber enquanto significantes S2, S3, S4, sem privilegiar nenhum deles, o DU faz obstáculo ao surgimento de significantes novos, pois estes só serão considerados se tomam lugar no discurso constituído e rechaçados se forem destruidores da ordem estabelecida. É por isso que S1 está sob a barra, sob S2, já que não é levado em consideração como tal. Aqui o produto é o \$ entre a insatisfação frente ao saber que lhe é repassado e a sua própria imobilidade para suplantá-lo.

Roudinesco (1994, p.349) resume: “o DU produz sujeitos aos quais se dirige como a créditos. Pretende dominar a verdade por meio da técnica e concebe o saber como uma distribuição pluridisciplinar: age, portanto, em nome do próprio saber e não no de um mestre capaz de produzir saber”.

Um exemplo de rotação discursiva, passando pelos quatro discursos, é dado por Quinet (2006a), que, embora o considere simples e caricatural, é, a meu ver, muito didático:

Quando um médico manda e o paciente obedece (até na prescrição de um medicamento), estamos no discurso do mestre; quando o médico ensina ou convence o paciente do que a psiquiatra tem a dizer sobre seu caso, ele se encontra no discurso da universidade; quando o médico cala e, ocupando o lugar de objeto, causa de desejo em transferência, faz o paciente segredar aquilo que ele mesmo nem sabia que sabia, vemos a emergência do discurso do analista. E quando o médico se vê impulsionado a se deter, estudar e a escrever para produzir um saber provocado pelo caso do paciente, estamos no discurso histérico (p.19).

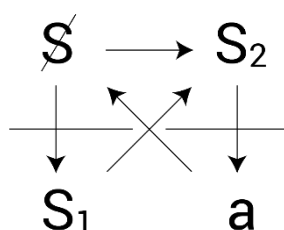
O DISCURSO CAPITALISTA⁵⁰

Embora em 1969, ao apresentar os discursos, Lacan (1992 [1969-1970]) tenha proposto quatro – e somente quatro – variações, obtidas através da rotação de um quarto de volta, numa estrita ordem dos quatro elementos (S1, S2, *a*, \$), em quatro lugares fixos (agente, outro, produto, verdade), em 1972, numa conferência realizada em Milão, ele transgrediu a regra matemática de permutação circular e suas próprias formulações, obtendo por torção, portanto, uma

⁵⁰ Parece não haver consenso quanto à nomeação do discurso capitalista. Lacan utiliza as duas versões: discurso capitalista (1992 [1969-1970], p.103; 1972) e discurso do capitalista (2009 [1971], p.47). Alguns autores se referem ao discurso capitalista (DIAS, 2017; BARILLOT, 2016; CATHELINEAU, 1997), outros ao discurso do capitalista (BASTOS, 2010; FINGERMAN, 2005; SOUZA, 2003; GOLDENBERG, 1997; CHEMAMA, 1997; TEIXEIRA, 1997), e outros ainda chegam a usar, no mesmo texto, as duas formas (LIMA, 2013).

comutação entre os elementos S1 e \$, um novo discurso que nomeia de discurso capitalista – DC.

Discurso Capitalista



Nele, busca representar o que acontece no capitalismo, retomando um anúncio feito ainda no *Seminário 17*, quando afirmou: “[...] não se esperou, para ver isso, que o discurso do mestre tivesse se desenvolvido plenamente para mostrar sua chave no discurso capitalista, em sua curiosa copulação com a ciência” (LACAN, 1992 [1969-1970], p.103). Recebido por seus discípulos com espanto e apreensão, conforme Goldenberg (1997, p.15), “que só fez crescer quando o alcance subversivo deste gesto sobre o próprio sistema foi percebido”.

No mesmo seminário, Lacan (1992 [1969-1970]) deu várias pistas sobre o discurso capitalista que ele só apresentaria formalmente dois anos depois, sempre articulando-o ao discurso do mestre, de cuja matriz partiu para criá-lo. Não por acaso, Lacan (2011 [1971-1972], p.29-30), afirma que “o que se opera entre o discurso do senhor antigo e o do senhor moderno, que se chama capitalista, é uma modificação no lugar do saber”, e esclarece:

O fato de que o tudo saber tenha passado para o lugar de senhor, eis o que, longe de esclarecer, torna um pouco mais opaco o que está em questão – isto é, a verdade. De onde sai isso, o fato de que haja nesse lugar um significante de senhor? Pois este é precisamente o S2 do senhor, mostrando o cerne do que está em jogo na nova tirania do saber. Isto é o que torna impossível que neste lugar apareça, no curso do movimento histórico – como tínhamos talvez esperanças – o que cabe à verdade.

O sinal da verdade está agora em outro lugar. Ele deve ser produzido pelos que substituem o antigo escravo, isto é, pelos que são eles próprios produtos, como se diz, consumíveis tanto quanto os outros. Sociedade de consumo, dizem por aí (LACAN 1992 [1969-1970], p.30).

Mesmo descrevendo essa mudança como “uma coisinha de nada que gira e o discurso de mestre de vocês mostra-se tudo o que há de mais transformável no discurso capitalista” (LACAN, 2009 [1971], p.47) ou ainda como “a viradinha de nada, em algum lugar, que faz dele o discurso do capitalista” (LACAN, 2011 [1971-1972], p.61), destaca que isso não é o mais importante, mas

sim o deslizamento metonímico presente no discurso capitalista, impossível de deter (LACAN 2009 [1971]). Mas, como bem pontua Ribeiro (2011), a ‘sutil’ troca entre os termos que ocupam os lugares de agente e verdade, \$ e S1, respectivamente, produz outras sérias consequências. Embora o agente seja o \$, ele não agencia nada, mas ocupa o lugar de ‘testa de ferro’ do mestre, que continua a comandar o discurso, escondido no lugar da verdade, já que “o capital não tem face” (RIBEIRO, 2011, p.2).

O discurso capitalista surge, então, como uma variação do discurso do mestre, promovendo “uma ruptura dos laços sociais em sua formalização matemática” (DIAS, 2017, p.59), apresentando, dessa forma, outras diferenças fundamentais: se no DM o \$ não tinha acesso direto ao objeto *a*, devido à castração, no DC o acesso é supostamente direto. Se no DM “há objetos que não podem ser adquiridos ou consumidos, que não entram nos circuitos ordinários de troca” (CHEMAMA, 1997, p.31), no DC “não há disjunção entre \$ e *a* [...] aspecto pelo qual toda separação entre o sujeito e o objeto é evitada” (p.33), anunciando a crença de um gozo sem interdito, obturando a falta fundamental, obtida pela operação de castração e atualizando uma fórmula de Marx: “A produção não cria somente um objeto para um sujeito, mas um sujeito para um objeto” (p.37).

Diferentemente dos quatro discursos, que organizam o gozo nos laços ou liames sociais (LACAN 1985 [1972-1973]), representados nos discursos pela seta que liga o agente ao outro, o DC não organiza nenhum deles. Trata-se, resume Barillot (2016), de um discurso que tem como princípio uma economia de gozo que produz cada vez mais objetos e semblantes para satisfazer nossa insaciável falta a gozar, demonstrando, como propõe Dias (2017), uma forma de gozo específico do capitalismo, um “discurso astucioso”, como descrevera Lacan (1972, inédito). Aquele que produz “consumidores consumidos”, como nomeia Goldenberg (1997), resultante da “globalização crescente dos mercados, que oferecem para gozo de todos os mesmos objetos – satisfação (universal) garantida ou seu dinheiro de volta” (p.13).

O circuito contínuo, sem pausa, presente no discurso capitalista, convoca o sujeito a uma espécie de automatismo, no qual sua posição de sujeito fica comprometida, ao colocar-se como objeto do Outro, contrariando a ideia defendida pelo liberalismo, cuja “doutrina da liberdade individual faz do Sujeito o mestre absoluto de suas escolhas” (CATHELINÉAU, 1997, p.93). Essa também é a posição de Chemama (1997, p.34), ao afirmar que “no discurso do capitalista, a relação $a \rightarrow \$$ mostra o sujeito diretamente comandado pelo objeto que, no entanto, ele produz”. Esse contato sem mediação entre o sujeito e o objeto, já que não há disjunção entre \$ e *a*, faz ainda com que, ressalta Teixeira (1997), muitos confundam o objeto de consumo,

alcançável, com o objeto de desejo, inalcançável, cuja condição é a falta como Lacan (1992 [1969-1970], p.72) já indicara ao perguntar: “Como se pode desejar alguma coisa? O que falta?” Como a água no tonel das Danaides⁵¹ (LACAN, 1992 [1969-1970], p.68; 2008 [1968-1969], p.16), esses objetos nomeados ora de “latusas” (LACAN, 1992 [1969-1970], p.153), ora de “gadgets” (LACAN, 2005 [1960], p.77; 2012 [1971-1972], p.77; 1985 [1972-1973], p.110; 1974, inédito) – entre os quais podemos incluir os medicamentos para a dor de existir, sempre lançados em formatos de drogas mais eficazes, em tratamentos de última geração – vêm supostamente preencher “o oco, a hiância [...], feitos para servir de tampão” (LACAN, 1992 [1969-1970], p.48). O efeito de tamponamento da divisão do sujeito através da lógica do excesso presente no discurso capitalista também é ressaltado por Fingerhann (2005) e por Quinet (2006b), o qual acrescenta outros efeitos do discurso capitalista, associados ao império do ter, como o aumento do individualismo e da competitividade.

Como pontua Braustein (2010), a ciência se ostenta como verdade, enquanto saber que se especializa sem cessar, expandindo-se de forma ilimitada e avassaladora, mas ignora suas determinações sociais e políticas – às quais podemos acrescentar, psíquicas. Afinal, tanto o discurso da ciência quanto o discurso capitalista não levam em conta o sujeito e sua singularidade, nem mesmo as diferenças culturais, mas os tomam como indivíduos, números, dados estatísticos, consumidores, a quem são oferecidos os mesmos objetos ou marcados pelos mesmos diagnósticos, como propõe os manuais classificatórios, tais como a CID ou o DSM. Por isso Lacan (1992 [1969-1970], p.70) ressalta que:

Há muitos outros requintes⁵² na maneira de substituir esse gozo cujo aparato, que é o do social e que desemboca no complexo de Édipo, faz com que, por ser o único que daria a felicidade – justamente por isso – esse gozo seja excluído. Esta é propriamente a significação do complexo de Édipo. E é por isso mesmo que na investigação analítica o que interessa é saber como aparece, em suplência à interdição do gozo fálico, algo cuja origem definimos a partir de uma coisa totalmente diversa do gozo fálico, que é situada, e por assim dizer, mapeada, pela função do mais de gozar.

⁵¹ Danaides: condenadas por Herodes a encher de água para todo o sempre um tonel sem fundo. (BRANDÃO, 1991).

⁵² Como exemplo de “outros requintes”, remeto-os à uma questão abordada cuidadosa e rigorosamente por Santana (2018), em sua tese sobre a questão da saúde suplementar, prática que se espalha no Brasil e em muitos países, e que, apesar de se apresentar sob uma máscara de cuidados, também está submetida aos ditames do capital, se transformando em mais um *gadget* contemporâneo e, ao mesmo tempo, desresponsabilizando o Estado de cumprir deveres constitucionais.

Convém lembrar que, quando Lacan (2008 [1968-1969]) retomou o conceito de mais valia, proposto por Marx, para esclarecer suas articulações entre a mais valia e a função do objeto *a*, ele ainda não o chamava de objeto-mais-de gozar. Nesse momento, afirma que Marx partiu da função de mercado, introduzindo a novidade da mais-valia, para se referir ao lugar do trabalho nesse mercado. O que Marx decifrou, Lacan salienta, foi que o sujeito do valor de troca é representado pelo seu valor de uso, que não remunera o valor do trabalho. É nessa brecha, pontua Lacan (p.21), “que se produz e cai a mais-valia”, fruto dos meios de articulação que constituem o discurso capitalista, representada, no discurso analítico, pela perda nomeada como mais-de-gozar, ressaltando, entretanto, que “assim como o trabalho não era novo na produção da mercadoria, a renúncia ao gozo [...], também não era nova” (p.17).

Lacan (1974, inédito) reconhece o mérito de Marx em identificar o sujeito do discurso capitalista, o proletário, ao qual se refere como o único sintoma social, graças a que “o discurso do capitalismo propagou-se por todas as regiões em que impera a forma de estado marxista” (LACAN, 2011 [1971-1972], p.88). Mas ele acrescenta que o que Marx denunciou foi o processo de espoliação de gozo contido nesse processo (LACAN, 1992 [1969-1970]).

Desse modo, a novidade lacaniana foi introduzir um discurso que articula a renúncia ao gozo, o discurso analítico. Essa função, ele salienta, é efeito do próprio discurso, passando então a se referir à “função do mais-de-gozar” (LACAN, 1992 [1969-1970] p.17), “em torno da qual gira a produção de um objeto essencial, cuja função trata-se agora de definir – o objeto *a*” (p.18). Um pouco antes, e mais uma vez recorrendo à metáfora do tecido, “na medida em que se trata do recorte da tesoura do discurso”, Lacan (2008 [1968-1969], p.44), já afirmara que a relação entre a mais-valia e o mais-de-gozar, não é de analogia, mas de homologia, já que ambas giram em torno da função do objeto *a*, de forma que:

O mais-de-gozar é uma função da renúncia ao gozo sob efeito do discurso. É isso que dá lugar ao objeto *a*. Desde o momento em que o mercado define como mercadoria um objeto qualquer do trabalho humano, esse trabalho carrega em si algo da mais-valia. Assim, o mais-de-gozar é aquilo que permite isolar a função do objeto *a* (LACAN, 2008 [1968-1969], p.19).

Para Dias (2016), assim como o objeto *a* mais-de-gozar representa uma renúncia de gozo movimentando o sujeito em sua cadeia de significantes, em busca do objeto perdido, a mais-valia representa uma renúncia da parte da remuneração relativa a um tempo de trabalho, movimentando o sistema capitalista. Desse modo, esclarece a homologia, pois se sem mais-valia não há acúmulo de capital, sem mais-de-gozar, não há deslizamento metonímico na cadeia significativa em busca de recuperação de gozo.

O DISCURSO CAPITALISTA E A ANGÚSTIA

A relação entre os discursos e a angústia é destacada por vários autores. Lacan (1992 [1969-1970], p.55) articulou a verdade à angústia, ao afirmar que, assim como “a angústia não é sem objeto [...] nós não somos sem uma relação com a verdade”, retomando o que já afirmara no seminário dedicado ao estudo da angústia. Para Soler (2012, p.15), “a angústia se declina, segundo os discursos – já que os discursos são as diversas maneiras de tratar e, talvez, de produzir angústia”. Ao afirmar que “o afeto da angústia irrompe perante uma ruptura de significação, é uma experiência de ‘destituição subjetiva selvagem’, na qual quem a vivencia encontra-se repentinamente como objeto”, Fingermann (2012, p.11) ressalta que o sujeito, nessa condição, fica à mercê do Outro. Essa condição, sabemos, é análoga à presente no discurso capitalista. Pacheco Filho (2009, p.155) também se posiciona de forma semelhante, ao declarar que o capitalismo apresenta “uma aceleração da tendência totalitária à alienação, em escala sem precedentes nas demais formas históricas da sociedade”, intensificando, acrescenta Dias (2017), a angústia para além do necessário.

Não por acaso, palavras como colapso (CHEMAMA, 1997) ou curto-circuito (DIAS, 2017; SOLER, 2012; FINGERMAN, 2012; GONÇALVES, 2000) são utilizadas para se referir ao que ocorre com o sujeito afetado pelo discurso capitalista, cujas “consequências devastadoras” já eram destacadas por Lacan (1992 [1969-1970], p.101). Se considerarmos que um curto-circuito ocorre quando a resistência elétrica em um circuito é muito pequena e a corrente elétrica que o atravessa atinge uma intensidade muito elevada, causando grande liberação de energia e, conseqüentemente, superaquecimento dos condutores⁵³, constatamos que, mais uma vez, estamos diante de um excesso que nem o fio – nem o sujeito – conseguem suportar.

Para Darriba e d’Escragnolle (2017, p.554), o excesso presente no discurso capitalista ancora um sofrimento subjetivo, já que o escravo “não é mais aquele submetido pela autoridade de um senhor, mas um indivíduo que se autoexplora e que manifesta no consumo a forma mesma de reprodução de sua expropriação”. Essa posição nos remete ao culto à performance, à sociedade do cansaço e à necropolítica, nomeados, respectivamente, por Ehrenberg (2010 [1995]), Han (2017) e Mbembe (2018), confirmando, como dito na introdução deste artigo, que essa questão se estende para além da psicanálise, convocando pensadores de diversas áreas.

⁵³ Disponível em: <<https://mundoeducacao.uol.com.br/fisica/curto-circuito.htm#:~:text=%E2%80%9CUm%20curto%20circuito%20ocorre%20quando,consequentemente%2C%20um%20superaquecimento%20dos%20condutores>>. Acesso em: 30 maio 2020.

Se em 1972, em duas ocasiões, Lacan (2011 [1971-1972]); [1971-1972], inédito, aula de 06/01/1972) afirmou que o que distingue o discurso capitalista é a *Verwerfung*, a rejeição da castração, em 1973 ele indica que uma possível saída dessa convocação a um gozar sem limites poderia se dar pelo discurso analítico, se essa saída não se limitasse a alguns (LACAN, 2003 [1973]). Entretanto, ele sublinha que o psicanalista não é aquele que faz caridade, ao contrário, presta-se a fazer ‘descaridade’, pois ao ocupar o lugar de dejetos nesse discurso, “permite ao sujeito, ao sujeito do inconsciente, tomá-lo como causa de seu desejo” (p.518).

Dias (2017) considera que ao instigar a eliminação da castração, o discurso capitalista intensifica o individualismo, ao prometer, através de um gozo generalista, como se refere Lima (2013), que o sujeito será completo se mantiver o laço com os objetos de consumo, renunciando ao laço social. Mas essa propaganda enganosa não é suficiente para anular a divisão do sujeito, cuja falta é impossível de ser preenchida. Desse modo, Lima (2013, p.461) salienta, “a onda de objetivização imposta pela cultura, em vez de acabar com o mal-estar, intensifica-o”.

Essa parece ser a posição de Lacan (2008 [1968-1969]), quando, ainda sem fazer qualquer menção ao discurso do capitalista, parece descrevê-lo. Partindo da ideia de que no campo do Outro existe o mercado que totaliza méritos e valores, organizando escolhas e preferências, captando o mais-de-gozar, considera que isso implica – ou talvez devamos dizer captura – o sujeito, sufocando-o, apagando-o, fazendo-o desaparecer, ao supostamente tamponar sua falta, num círculo vicioso, mesmo tendo dito sobre o discurso do capitalista que ele “funciona rápido demais, isto se consome tão bem, que isto se consome...” (LACAN, 1972, inédito).

Frente a esse assujeitamento, Barillot (2016) propõe que ao analista caberia recolocar a castração em seu lugar, conduzindo o sujeito à verdade singular de seu gozo, de forma a operar uma saída durável do discurso capitalista. Quinet (2006b) acrescenta que a saída oferecida pela psicanálise é uma saída ética que pode barrar o imperativo de gozo proposto pelo discurso capitalista científico neoliberal. Contra o imperativo do ter, ele pontua, “a psicanálise propõe a ética do falta-a-ter, que se chama desejo, e a gestão, não do capital financeiro, mas do capital da libido, por definição, sempre no negativo. Contra o imperativo da competitividade neoliberal, a ética da diferença” (p.22).

Silva Jr. (2017, p.6), é ainda mais incisivo ao afirmar que

A teoria e prática psicanalítica são radicalmente incompatíveis com formas idealizadas, utópicas ou totalitárias de discurso. [...] Nesse sentido, a vocação política da psicanálise é incontestável, uma vez que sua incidência se dá, antes de qualquer coisa, sobre a alienação dos sujeitos. [...] É a meu ver, a única abordagem teórica e prática que busca

dar uma solução ao velho enigma de La Boétie, o da servidão voluntária. [...] Trata-se a meu ver, de uma contribuição da Psicanálise incontornável para o pensamento político.

Posição compartilhada por Kehl (2017, p.7), ao afirmar que “a psicanálise é um poderoso dispositivo de emancipação subjetiva. O sujeito que passa por um processo de análise, se bem-sucedido, abandona sua ‘servidão voluntária’ em nome de um compromisso com seu desejo”. No entanto, ela adverte:

Se a conclusão de uma análise passa pelo reconhecimento por parte do sujeito, de sua castração simbólica – condição de sua inserção no laço social – é possível que ao final de uma análise o sujeito se torne mais sensível ao que se passa com o outro – digo o pequeno outro, seu semelhante, seu rival, seu irmão (Baudelaire). E daí se torne mais generoso, mais capaz de solidariedade, de empatia (p,7).

Pacheco Filho (2009) recorre a Marcuse para diferenciar a impossibilidade presente no capitalismo da impossibilidade indicada por Lacan, de ordem estrutural. De acordo com ele,

A proposição marcuseana refere-se ao fato social e histórico (e não estrutural) de que a exigência abstrata de felicidade e prazer, pela via do consumo de mercadorias, empunhada como bandeira pela sociedade capitalista de consumo, não tem possibilidade de realização universal. Ela caracteriza algo *contingente*, que decorre de condições históricas. Já a inviabilidade de gozo referida por Lacan é *necessária*: é da ordem da estrutura (p.154).

Se Chemama (1997, p.38) adverte que “sem a mediação da linguagem, o confronto do sujeito com o objeto, sem trabalho prévio, poderia conduzir o sujeito a um choque do qual teria dificuldades para se recuperar”, cabe lembrar a posição de Soler (2012), ao ressaltar que a clínica psicanalítica pode encontrar manifestações de angústia devastadoras e que o dispositivo analítico, via transferência, é feito para suportar isso, constatando, acolhendo e operando com os afetos próprios às representações.

Entretanto, a solução proposta pela psicanálise vai na direção contrária do ritmo oferecido pelo discurso capitalista. Nem rápida, nem imediata, ela exige uma longa e paciente busca de razões, como sublinha Lacan (2008 [1974]). Isso não significa, entretanto, que ele seja pessimista, alarmista ou angustiado (LACAN, 2005 [1974]; 2008 [1974]) em relação ao enfrentamento do discurso capitalista. Ao considerar a psicanálise como reveladora do mal-estar na civilização em que vivemos, ressalta que ela não é uma filosofia, nem uma fé, nem mesmo uma ciência, mas uma prática que se ocupa do que não está funcionando, diferentemente da religião, que é

feita para que os homens “não percebam o que não funciona” (LACAN, 2005 [1974], p.72), e que pode constituir outro monstro devorador (LACAN, 2008 [1974]).

Ainda que considere os *gadgets* como um sintoma da atualidade, e que os sujeitos se deixem fagocitar por eles, Lacan (2005 [1974]) acha pouco provável que eles vençam; ao contrário, acha que uma hora pararemos com isso. Inspirado nesse posicionamento lacaniano, Bernard (2016) acredita que haverá sempre uma possibilidade para o sujeito questionar porque se deixa fagocitar pelos objetos. Desse modo, o sujeito teria a chance de “desfazer pela palavra o que foi feito pela palavra” (LACAN [1977-1978], inédito, aula de 15/11/77). Afinal, como lembra Fingermann (2005, p.44),

A psicanálise, através do discurso analítico inaugura uma nova forma de tratar o pior, incluindo-o na aposta desde o início do jogo, embora, ao acolher o sujeito e sua dor singular, ela também se disponha a acolher os outros discursos, ou seja, as diversas possibilidades desse sujeito tratar a impossibilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentados formalmente por Lacan no *Seminário 17* (1992 [1969-1970]) e na conferência em Milão (1972, inédito), os quatro discursos e o discurso capitalista, respectivamente, se fizeram presentes em muitos momentos de seu ensino, ampliando seu alcance e possibilidades de leitura. Permitiram também o diálogo da psicanálise com outros campos de conhecimento, sobre fenômenos sociais e políticos.

Em uma das conferências proferidas paralelamente ao *Seminário livro 19* (LACAN, 2012 [1971-1972]), Lacan ([1971-1972], inédito, aula de 06/01/72) aproximou o discurso capitalista da defesa característica da psicose, ao afirmar que esse discurso se distinguiria pela forclusão da castração, anunciando um encontro direto, sem mediação da linguagem com o objeto *a*, atualizando, na visão de Chemama (1997) uma das reivindicações dos estudantes de Maio de 68, ‘gozar sem entraves’. Entretanto, se um gozo sem interdito obtura a falta fundamental, obtida pela operação de castração e se a angústia surge, aprendemos com Lacan (2005 [1962-1963]), quando falta a falta, podemos interrogar: o que restaria àquele sujeito que, mesmo sem saber, de alguma forma resiste a isso, à semelhança dos estudantes de Maio de 68, que resistiam à “fusão do indivíduo na totalidade”? (MATOS, 1989, p.16).

Se o movimento de Maio de 68 foi considerado uma nova forma de rebelião, penso que podemos considerar a manifestação de angústia no chamado transtorno de pânico como uma

espécie de rebelião subjetiva frente ao imperativo de gozo ininterrupto, presente no discurso capitalista. Uma tentativa tortuosa de resgatar seu lugar de sujeito e não mais se deixar tomar por um objeto. Pois, como destaca Lacan (1992 [1960-1961], p.353), “a angústia é o modo radical sob o qual é mantida a relação com o desejo”, indicando então, que “o desejo é o remédio para a angústia” (p.357), desde que o analista esteja atento ao *quantum* de angústia que o paciente pode suportar e tenha, ele próprio, “ultrapassado o estágio da angústia” (LACAN, 2008 [1974]; 1974, inédito).

Por isso, vale lembrar da advertência feita por Chemama (1997), quando nos convoca a dirigir a atenção aos efeitos sintomáticos que se apresentam associados ao discurso capitalista. Ao nos perguntar se “estamos hoje preparados [...] para elaborar o que nossa época faz surgir da maneira mais crua, ele sublinha: “aí está sem dúvida uma das tarefas para a qual somos mais vivamente solicitados no presente” (p.39).

É o que busquei realizar aqui, no âmbito da investigação teórica, a partir da clínica psicanalítica. Através da articulação entre elas posso sustentar que a angústia que se apresenta no chamado transtorno de pânico indica um movimento do sujeito, uma tentativa de construir limites ao excesso contemporâneo, produzindo uma saída provisória frente ao discurso capitalista, que pode se transformar em durável, se dela surgir uma demanda de análise.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S. *O discurso do capitalista e o mal-estar na cultura*. Rede dos Estados Gerais da Psicanálise, EGP. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://egp.dreamhosters.com/EGP/163-o_discurso.shtml>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BARILLOT, P. Sair do discurso capitalista? *Stylus*. Rio de Janeiro, n. 33, p.153-161, nov. 2016. Disponível em: <https://issuu.com/epfclbrasil/docs/stylus_33_v4>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BASTOS, F. *O discurso do capitalista e a cultura do mal-estar*. Dissertação (Mestrado) Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

BANZATO, C.; PEREIRA, M. O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica. In: ZORZANELLI, R., BEZERRA Jr. E COSTA, J. (Orgs.) (2014). *A criação dos diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, p.35-54, 2014.

BERNARD, D. Lacan e a modernidade. *Stylus: Revista de Psicanálise*, n. 33, p.103-110. Rio de Janeiro: Associação Fóruns do Campo Lacaniano, 2016.

BIRMAN, J. O mal-estar na modernidade e a psicanálise: a psicanálise à prova do social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p.123-144, jun. 1998. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311998000100007>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BOURDIEU, P. *Contrafogos*. Táticas para enfrentar a invasão neoliberal. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1998.

BRANDÃO, J. Verbete Danaides. In: _____. *Dicionário mítico-etimológico da mitologia grega*. v. I. Petrópolis, RJ: Vozes, 1991.

BRAUSTEIN, N. O discurso capitalista: quinto discurso. O discurso dos mercados (PST): sexto discurso? *A peste: revista de psicanálise e filosofia*, v. 2, n. 1, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.5546/peste.v2i1.12079>>. Acesso em: 20 maio 2019.

CATHELINÉAU, P-C. Liberalismo e moral Sadiana. In: GOLDENBERG, R. (Org.). *Goza!:* capitalismo, globalização e psicanálise. Salvador: Ágalma, 1997, p.92-105.

CHECCHIA, M. *Sobre a política na obra e na clínica de Jacques Lacan*. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CHEMAMA, R. Verbete discurso. In: CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. (Ed.). *Dicionário de Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CHEMAMA, R. Um sujeito para um objeto. In: GOLDENBERG, R. (Org.). *Goza!:* capitalismo, globalização e psicanálise. Salvador: Ágalma, 1997, p.23-39.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1980.

DARMON, M. *Ensaio sobre a topologia lacaniana*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

DARRIBA, V.; D'ESCRAGNOLLE, M. A presença do capitalismo na teoria dos discursos de Lacan. *Ágora* (Rio de Janeiro) v. 20, n. 2, maio/ago. 2017, p.543-558. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-44142017002012>> Acesso em: 20 maio 2019.

DIAS, B. De que maneira o discurso do analista possibilita fazer furo no discurso capitalista? *Stylus*. Rio de Janeiro, n. 34, p.59-73, jun. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.31683/stylus.v0i34.25>>. Acesso em: 20 maio 2019.

DIAS, B. *O discurso do analista pode implicar alguma forma de resistência ao discurso capitalista? Sobre a dimensão política da psicanálise freudo-lacaniana*. Tese (Doutorado) Programa de Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

EHRENBERG, A. *O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa*. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2010.

ELIA, L. O “Averso da Psicanálise” e a formação do psicanalista. In: RINALDI, D., JORGE, M. A. C. (Orgs.). *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002, p.33-41.

ENDO, P. *A psicanálise e o neoliberalismo*: entrevista com Caterina Koltai, Christian Dunker, Maria Rita Kehl, Nelson da Silva Jr. Paulo Endo e Rodrigo Camargo. 2017. Disponível em: <<https://psicanalisedemocracia.com.br/2017/06/a-psicanalise-e-o-neoliberalismo-entrevista-com-caterina-koltai-christian-dunker-maria-rita-kehl-nelson-da-silva-jr-paulo-endo-e-rodrigo-camargo/>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

FINGERMANN, D. Apresentação. In: SOLER, C. *Declinações da angústia*. São Paulo: Escuta, 2012.

FINGERMANN, D.; DIAS, M. *Por causa do pior*. São Paulo: Iluminuras, 2005.

FOUCAULT, M. *O que é um autor?* Lisboa: Veja, 1992 [1969].

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 1999 [1970].

FREUD, S. A moral sexual “cultural” e o nervosismo moderno. In: _____. *Obras completas*, v. 8, p.359-389. São Paulo: Companhia das Letras, 2015 [1908].

FREUD, S. Além do princípio do prazer. In: _____. *Obras completas*. v. 14, p. 161-239. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1920].

FREUD, S. Prólogo à juventude abandonada de August Aichhorn. In: _____. *Obras completas*, v. 16, p.347-350. São Paulo: Companhia das Letras, 2011 [1925].

GOLDENBERG, R. Consumidores consumidos. In: _____. (Org.). *Goza!:* capitalismo, globalização e psicanálise. Salvador: Ágalma, 1997.

GONÇALVES, L. *O discurso do capitalista*: uma montagem em curto-circuito. São Paulo: Via Lettera, 2000.

HAN, B-C. *Sociedade do cansaço*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

JORGE, M. Apresentação. In: CLAVREUL, J. *A ordem médica*: poder e impotência do discurso médico. São Paulo, 1980.

JORGE, M. Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria dos quatro discursos. In: RINALDI, D.; JORGE, M. A. C. (Orgs.). *Saber, verdade e gozo*: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002, p.17-32.

KEHL, M. *A psicanálise e o neoliberalismo*: entrevista com Caterina Koltai, Christian Dunker, Maria Rita Kehl, Nelson da Silva Jr. Paulo Endo e Rodrigo Camargo. 2017. Disponível em: <<https://psicanalisedemocracia.com.br/2017/06/a-psicanalise-e-o-neoliberalismo-entrevista-com-caterina-koltai-christian-dunker-maria-rita-kehl-nelson-da-silva-jr-paulo-endo-e-rodrigo-camargo/>>. Acesso em: 23 jan.2018.

KOJÈVE, A. Tradução comentada da secção A do cap. IV da Fenomenologia do Espírito de Hegel. Versão Brasileira do Professor Ubirajara Rebouças, feita a partir da edição francesa da *Introduction à la lecture de Hegel*. Paris: Gallimard. [19--].

LACAN, J. *O Seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995 [1956-1957].

LACAN, J. Discurso aos católicos. In: _____. *O triunfo da religião: precedido de Discurso aos católicos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005 [1960].

LACAN, J. *O Seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005 [1962-1963].

LACAN, J. *O Seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008 [1968-1969].

LACAN, J. *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992 [1969-1970].

LACAN, J. *O Seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009 [1971].

LACAN, J. *O Seminário, livro 19: ...ou pior*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012 [1971-1972].

LACAN, J. *Estou falando com as paredes*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011 [1971-1972].

LACAN, J. *O saber do psicanalista*. [1971-1972]. Inédito.

LACAN, J. *O discurso capitalista* [1972]. Inédito.

LACAN, J. *O Seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985 [1972-1973].

LACAN, J. Televisão. In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003 [1973], p.508-543.

LACAN, J. Entrevista a Emílio Granzotto para a revista Panorama, em Roma. *Magazine Littéraire*, Paris, n. 428, fev. 2008 [1974].

LACAN, J. *O triunfo da religião: precedido de Discurso aos católicos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005 [1974].

LACAN, J. *A terceira*. [1974]. Inédito.

LACAN, J. *Momento de concluir*. [1977-1978]. Inédito.

LIMA, N. As incidências do discurso capitalista sobre os modos de gozo contemporâneos. *Rev. Mal-Estar Subj*, Fortaleza, v. 13, n. 3-4, p.461-498, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482013000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr. 2019.

LISPECTOR, C. *A paixão segundo G.H.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1979.

MBEMBE, A. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte*. São Paulo: n-1 edições: 2018.

- MARQUES, M. O limite da metáfora: uma mostração precisa. *Anuário da VII Jornada de Psicanálise do Espaço Moebius Psicanálise, Direção e limites da clínica*. Salvador: Espaço Moebius Psicanálise, 1998.
- MATOS, O. *Paris 1968: as barricadas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- MILNER, J-C. *A obra clara*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.
- NASIO, J-D. *Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.
- PACHECO FILHO, R. A praga do capitalismo e a peste da psicanálise. *A peste*. São Paulo, v.1. n. 1, p.143-163, jan./jun. 2009. Disponível em <<https://doi.org/10.5546/peste.v1i1.2704>>. Acesso em 11abr. 2019
- QUINET, A. *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a.
- QUINET, A. *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006b.
- RIBEIRO, M. A. *O mal-estar e o discurso do capitalista*. 2011. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org.br/uploads/files/v_congresso/mr_11_-_maria_anita_carneiro_ribeiro.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.
- RINALDI, D. Apresentação. In: RINALDI, D.; JORGE, M. A. C. (Orgs.). *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.
- ROUDINESCO, E. *Em defesa da psicanálise: ensaios e entrevistas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- ROUDINESCO, E. *Jacques Lacan: esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.
- SANTANA, A. F. *A noção de saúde suplementar no Brasil: uma leitura apoiada na teorização lacaniana dos discursos*. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, 2018.
- SILVA J. R. *A psicanálise e o neoliberalismo: entrevista com Caterina Koltai, Christian Dunker, Maria Rita Kehl, Nelson da Silva Jr. Paulo Endo e Rodrigo Camargo*. 2017. Disponível em: <<https://psicanalisedemocracia.com.br/2017/06/a-psicanalise-e-o-neoliberalismo-entrevista-com-caterina-koltai-christian-dunker-maria-rita-kehl-nelson-da-silva-jr-paulo-endo-e-rodrigo-camargo/>>. Acesso em: 6 jun. 2017.
- SOLER, C. *Declinações da angústia*. São Paulo: Escuta, 2012.
- SOUZA, A. *Os discursos na psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.
- TEIXEIRA, M. O espectador inocente. In: GOLDENBERG, R. (Org.). *Goza!:* capitalismo, globalização e psicanálise. Salvador: Ágalma, 1997, p.71-91.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em muitos momentos e de diversas formas, Freud e Lacan nos convocam a refletir e apre(e)nder a teoria psicanalítica articulando-a à prática, ou configurando a práxis como prefere Lacan (1985 [1964]). No seminário dedicado ao estudo da angústia, fio condutor desta Tese, Lacan (2005 [1962-1963]) também recorre ao termo experiência, já utilizado por Freud (2010 [1913]), para reafirmar a importância dessa articulação: “algo que deve caminhar, através dessa agregação da teoria analítica, no sentido de nos aproximar do que constitui sua fonte, a saber, a experiência” (LACAN, 2005 [1962-1963]), p.26).

A angústia, sabemos, é um afeto abordado por diversos campos do conhecimento, desde que o mundo é mundo... ou, dito de outro modo, o sujeito é atravessado pela linguagem. Numa psicanálise, como na vida, este afeto que não engana pode manifestar-se de várias formas. Nesta Tese, escolhi discutir teoricamente, assentada na experiência clínica, a presença da angústia em sujeitos que chegam à psicanálise atrelados ao diagnóstico médico “transtorno de pânico”.

Por isso, sou grata aos analisantes que me convocaram a elaborar sobre o tema, ao chegarem em sofrimento, vivenciando a angústia nomeada pela medicina de transtorno de pânico, em geral após uma *via crucis* entre médicos e exames, em busca de uma resposta para aquele mal-estar que insiste... após sua irrupção de forma avassaladora em um momento inesperado, durante uma tarefa banal, no trânsito a caminho de casa ou do trabalho, num passeio de domingo ou no meio de uma madrugada...

Relatos que me fizeram também confirmar, mais uma vez, a atualidade e pertinência do pensamento freudiano quando, desde 1895/1894, constatou, descreveu e nomeou o ataque de angústia, alertando para o “delicado diagnóstico”, frente a distúrbios cardíacos “não facilmente diferenciáveis de afecções cardíacas orgânicas” (FREUD, 1976 [1895/1894], p.112). De fato, não houve um só relato de analisante em minha clínica que, nessas circunstâncias, não registrasse, na primeira ida à uma emergência – ou seguintes, em emergências diferentes – a realização de um eletrocardiograma para afastar a possibilidade de um infarto.

Lacan (2005 [1962-1963]), no seminário dedicado ao estudo da angústia, oferece, lentamente, pistas a nos guiar na escuta desse afeto, mostrando que a angústia é como um farol iluminando o caminho a seguir ou indicando quando frear, já que precisamos estar atentos ao *quantum* de angústia que o paciente pode suportar nesta aventura que constitui uma análise. E, para isso, Lacan adverte, a condição é que tenhamos, enquanto analistas, atravessado a própria angústia.

Ao seguir a trilha indicada por cada analisante em suas histórias singulares, pude escutá-los defrontando-se com um excesso, uma sobrecarga que os fizeram entrar numa espécie de curto-circuito, obrigando-os a rever suas vidas. Como um farol, seus discursos e vivências foram também iluminando o caminho da teoria, me levando a novas articulações e a construir uma hipótese, de que aquela angústia poderia indicar um corte, um basta ao excesso contemporâneo, aqui representado pelo discurso capitalista.

Ao invés de uma patologia, como propõe a medicina, penso que o sujeito dá provas de saúde mental, ainda que de forma tortuosa e sofrida, ao produzir uma saída provisória que pode dar início a um processo analítico, e talvez se transformar, mediante o trabalho sob transferência, numa saída durável do discurso capitalista. Tal hipótese me levou a outros caminhos e leituras, na tentativa de verificar se essa hipótese se sustentaria teoricamente. Por isso, também sou grata aos psicanalistas que, além de Freud e Lacan, me provocaram a fazer novas articulações a partir da angústia, como Pacheco Filho (2009) e Fingermann (2012), assim como a formular minha hipótese, como Barillot (2016).

Como assinalam vários autores, esses sofrimentos ocupam, muitas vezes, uma zona de fronteira entre medicina e psicanálise, desde a nomeação até o tratamento. Embora nada impeça que ambas possam trocar experiências produtivas, o diálogo entre elas é cada vez mais raro. O histórico dos principais manuais classificatórios médicos – CID e DSM – mostra a psiquiatria afastando-se cada vez mais da psicanálise, especialmente desde o DSM III. Embora a intensão declarada fosse torná-lo uma classificação atórica, ampliando seu alcance e unificando critérios para viabilizar pesquisas em diferentes países, na prática eles se restringiram a descrever e classificar fenômenos para que os psiquiatras – muitos, mas não todos – pudessem prescrever medicações. Medicações que calam o sofrimento, exilando quaisquer articulações entre o sujeito e sua história.

Outro aspecto a ser considerado é o excesso de diagnósticos, de tal modo que sofrimentos cotidianos são transformados em transtornos a serem medicados. No entanto, alguns médicos e instituições se mostram preocupados com essa inflação diagnóstica e propõem revisão nesses procedimentos. Desse modo, não se pode desconsiderar algumas indicações de mudanças frente ao excesso de diagnósticos psiquiátricos e à dissociação entre os sofrimentos dos sujeitos e seus contextos históricos, culturais e/ou subjetivos.

Em outra direção estamos, os psicanalistas – inclusive aqueles que contam com a parceria de psiquiatras para ajudar analisantes a atravessar um sofrimento exacerbado – que temos como ofício escutar o que o sujeito tem a dizer sobre aquele afeto, sobre a vida, sobre escolhas, sobre

sua história. Embora também recorram a um diagnóstico – estrutural e não fenomenológico – que indica a direção do tratamento, não se restringem a ele. O que importa é a posição que o sujeito ocupa frente ao desejo e à falta. Também diferentemente da medicina, a psicanálise não tem pressa. Aguarda o tempo necessário a cada sujeito para que ele consiga promover as mudanças que lhe forem singularmente possíveis.

Nessa função, tive o privilégio de escutar analisantes e testemunhar o debater-se de cada um em busca dos motivos que os levaram àquela pane, àquela forma de angústia, enquanto construía – não sem enfrentar muito sofrimento – uma nova posição subjetiva frente a suas histórias. Posição que implicou muitas mudanças, algumas sutis, outras nem tanto, tais como de profissão, de emprego, de rotina, de perspectivas, de objetivos, levando cada um deles a abrir mão de expectativas inalcançáveis, a ficar mais satisfeitos com suas vidas, tornando-as mais leves, ou, como pude ouvir de um deles, “coloquei rodinhas na minha mala”, redirecionando suas vidas, afirmando seu lugar de sujeito, frente ao desejo do Outro.

Não posso deixar de fazer referência a uma das vivências mais comuns, durante a chamada crise de pânico, a ‘falta de ar’, cuja ressonância nos remete à ‘falta de *a*’, enquanto objeto, definido por Lacan, justamente no seminário sobre a angústia. Curiosamente, alguns desses relatos vieram acompanhados de esclarecimentos médicos de que a falta de ar era, na verdade, um fenômeno de hiperventilação, ou seja, em vez de falta, um excesso. Mais um...

Novamente, a teoria psicanalítica se reafirma, pois o que Lacan (2005 [1962-1963]) defende sobre o conceito de angústia, diferentemente de Freud, é que a angústia surge diante da falta da falta, ou seja, diante da possibilidade de recobrimento da falta estrutural, necessária e operativa para que o desejo e a posição de sujeito possam sustentar-se. Afinal, não podemos esquecer que o objeto *a* é um resto da operação de castração que divide o sujeito, e segue, a partir daí, em forma de falta a preencher.

Concluí esta Tese em meio a uma pandemia, com a necessidade de realizar e promover isolamento social na tentativa de diminuir a disseminação do novo Coronavírus (COVID-19), que agora parece estar iniciando uma nova onda, no Brasil e em outros países. Como muitos, fui impactada com a gravidade e o alcance da pandemia e vivenciei as muitas, rápidas e necessárias mudanças em minha própria rotina, que incluíram iniciar atendimentos on-line, possibilidade recusada anteriormente, quando os pacientes se mudavam de cidade, estado ou mesmo de país e, ao mesmo tempo, a extrema dificuldade em me concentrar em leituras e produção do texto.

Nesse período, não pude também deixar de observar semelhanças entre argumentos aqui trabalhados e alguns conteúdos que circularam – e ainda circulam – em diferentes mídias. Se nesta Tese defendi que a manifestação de angústia presente no chamado transtorno de pânico pode ser considerada uma tentativa de o sujeito barrar – provisoriamente – o discurso capitalista, alguns autores defendem que a pandemia da COVID-19 poderia ser considerada o fracasso ou mesmo o fim do sistema capitalista. Será?

A tirania e as consequências devastadoras do discurso capitalista já eram destacadas por Lacan (2011 [1971-1972]; 1992 [1969-1970]; 2008 [1968-1969]), mesmo antes de propô-lo, formalmente, em 1972. Ao produzir objetos e semblantes numa série interminável, anunciando – numa propaganda enganosa – a possibilidade de acesso ao objeto do desejo, em um gozo sem interdito, o discurso capitalista – uma versão atualizada do Deus Pã, Deus do Todo? – captura o sujeito, produzindo um tamponamento de uma falta estrutural, necessária e operativa, resultante da operação de castração, que deve se manter, para que o sujeito possa sustentar sua posição desejante.

Sem dúvida, penso que vemos e ainda veremos muitas mudanças, já apontadas por vários estudiosos (SANTOS, 2020; SOUZA, 2020; ZIZEK, 2020; AGAMBEN, 2020). Mudanças no trabalho, na educação, no consumo, no entretenimento, na convivência familiar, na circulação de conhecimentos, dentre outras, são algumas das muitas mudanças apontadas e discutidas.

Alguns alertam para o aumento do ódio, ganância e ignorância, precarização das relações trabalhistas e/ou aumento do desemprego, aumento da violência doméstica e separações, aumento do medo, ansiedade ou angústia e depressões, ampliação das diferenças sociais. Nessa direção, encontra-se Houellebecq (2020), para quem o mundo vai ficar não só igual, como um pouco pior após essa pandemia. Mafesoli (2020), por sua vez, considera que a COVID-19 aponta para uma verdadeira crise civilizatória, sintomática do fim da modernidade e emergência da pós-modernidade, na qual o racionalismo, o universalismo e o primado da economia caducarão ou, no mínimo, não terão mais o aspecto dominante que tinham até então. Para ele, no novo mundo, valores de troca ou de partilha prevalecerão, fazendo ressurgir um ideal comunitário, numa direção distinta do individualismo e competitividade estimulados pelo capitalismo e suas novas faces.

Apesar de alertar para a escandalosa concentração de riqueza e boicote de medidas que possam fazer frente à iminente catástrofe ecológica, Santos (2020) considera que a ideia de que não há opções para o modo de vida imposto pelo hipercapitalismo, cai por terra. Desse modo, ele considera que alternativas, expulsas do sistema político em muitos países, virão de outra forma

em pandemias, desastres ambientais ou crises financeiras. Essas situações, para ele, servirão de estímulo a soluções criativas em democracias participativas voltadas para solidariedade e cooperação e não para a competitividade e empreendedorismo a qualquer custo, atendendo os seres invisíveis, a quem nomeia de deus, vírus ou mercado.

Pessoalmente não sou tão otimista. Embora reconheça e comemore o aumento de movimentos solidários, também testemunho medidas políticas – ou ausência delas – nas quais a vida de sujeitos é absolutamente desconsiderada, como se fossem meros objetos descartáveis. Não posso negar que fui advertida por Freud (1976 [1927], p.23) quando afirmou:

Há incontestáveis pessoas civilizadas que se recusam a cometer assassinatos ou a praticar incestos, mas que não se negam a satisfazer sua avareza, seus impulsos agressivos ou seus desejos sexuais e que não hesitam em prejudicar outras pessoas por meio da mentira, da fraude e da calúnia, desde que possam permanecer impunes; isso, indubitavelmente, foi sempre assim através de muitas épocas da civilização.

Em relação ao futuro, Lacan parece ambivalente. Embora afirme (2009 [1971]) que o deslizamento metonímico presente no discurso capitalista seja impossível de deter, ele também cogita que tal discurso funciona tão rápido que ele mesmo pode vir a se consumir (1972, inédito). Além disso, embora reconheça (2005 [1974]) os *gadgets* como sintoma da atualidade, pensa que eles não serão vitoriosos, pois em algum momento os sujeitos darão um basta. Para enfrentar o rápido e imediato discurso capitalista, Lacan oferece a psicanálise, que ao exigir uma longa e paciente busca das razões, pode favorecer ou mesmo permitir ao sujeito a construção de uma nova posição frente ao Outro, sem se deixar devorar por ele.

De minha parte, mesmo considerando que muitas pessoas possam se modificar e conseqüentemente, mudar sua posição frente ao mundo, a si mesmo e ao capitalismo, penso que tais mudanças ainda serão pontuais. Seja através de uma saída durável oferecida pela psicanálise, seja através de uma saída provisória, através do curto-circuito da angústia no “transtorno de pânico”, seja ainda de outra forma, inventada ou reinventada, por cada sujeito.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. *Reflexões sobre a peste: ensaios em tempo de pandemia*. São Paulo: Boitempo, 2020.

BARILLOT, P. Sair do discurso capitalista? *Stylus*. Rio de Janeiro, n. 33, p.153-161, nov. 2016. Disponível em: <https://issuu.com/epfclbrasil/docs/stylus_33_v4>. Acesso em: 10 abr. 2019.

FINGERMANN, D. Apresentação. In: SOLER, C. *Declinações da angústia*. São Paulo, 2012.

FREUD, S. Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia. In: _____. *Obras completas*, v. III, p. 107-135. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1895/1894].

FREUD, S. O início do tratamento. In: _____. *Obras completas*, v. 10, p.163-192. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1913].

FREUD, S. O futuro de uma ilusão. In: _____. *Obras completas*, v. XXI, p. 15-71. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1927].

HOUELLEBECQ, M. El mundo después de pandemia ‘será exactamente igual’, em 4 de maio, 2020. Disponível em: <<https://www.rfi.fr/es/francia/20200504-michel-houellebecq-el-mundo-despu%C3%A9s-de-pandemia-ser%C3%A1-exactamente-igual?ref=fb>>. Acesso em: 22 nov. 2020.

LACAN, J. *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005 [1962-1963].

LACAN, J. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985 [1964].

LACAN, J. *O seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008 [1968-1969].

LACAN, J. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992 [1969-1970].

LACAN, J. *O seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009 [1971].

LACAN, J. *Estou falando com as paredes*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011 [1971-1972].

LACAN, J. *O discurso capitalista* [1972]. Inédito.

LACAN, J. *O triunfo da religião: precedido de Discurso aos católicos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005 [1974].

MAFFESOLI, M. Pensar o (im)pensável: Instituto Ciência e Fé e PUCPRESS debatem a pandemia. Disponível em: <https://identidade.pucpr.br/webapp/instituto_ciencia_e_fe/publicacao_interna.html?publicacao=55>. Acesso em 29 nov.2020.

PACHECO FILHO, R. A praga do capitalismo e a peste da psicanálise. *A peste: revista de psicanálise e sociedade e filosofia*. São Paulo, v.1. n. 1, p.143-163, jan./jun. 2009. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/a peste/article/view/2704>> Acesso em: 11 abr. 2019.

SANTOS, B. *A cruel pedagogia do vírus*. Coimbra: Almedina, 2020.

SOUZA, D. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19. *Trab. educ. saúde*. Rio de Janeiro. v.19, jan. 2021. Epub Oct 19, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00311>> Acesso em: 22 nov. 2020.

ZIZEK, S. *Pandemia: COVID-19 e a reinvenção do comunismo*. São Paulo: Boitempo, 2020.