

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

**Ana Luisa Silva Ribeiro**

**UM ESTUDO SOBRE O LUGAR OCUPADO PELO PSICOFÁRMACO NO  
TRATAMENTO DO MAL-ESTAR PÓS-MODERNO**

**Belo Horizonte**  
**2015**

**Ana Luisa Silva Ribeiro**

**UM ESTUDO SOBRE O LUGAR OCUPADO PELO PSICOFÁRMACO NO  
TRATAMENTO DO MAL-ESTAR PÓS-MODERNO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Professora Doutora Cristina Moreira Marcos

Área de concentração: Processo de subjetivação

**Belo Horizonte  
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

R484e	<p>Ribeiro, Ana Luisa Silva</p> <p>Um estudo sobre o lugar ocupado pelo psicofármaco no tratamento do mal-estar pós-moderno / Ana Luisa Silva Ribeiro. Belo Horizonte, 2015. 95 f.</p> <p>Orientadora: Cristina Moreira Marcos Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.</p> <p>1. Psicofarmacologia. 2. Pós-modernismo - Aspectos sociais. 3. Psicanálise. 4. Subjetividade. I. Marcos, Cristina Moreira. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.</p>
-------	--

**Ana Luisa Silva Ribeiro**

**UM ESTUDO SOBRE O LUGAR OCUPADO PELO PSICOFÁRMACO NO  
TRATAMENTO DO MAL-ESTAR PÓS-MODERNO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

---

Cristina Moreira Marcos (Orientadora) – PUC Minas

---

Jacqueline de Oliveira Moreira – PUC Minas

---

Lúcia Grossi dos Santos – Universidade FUMEC

**Belo Horizonte, 1 de dezembro de 2015.**

*Dedico este trabalho à memória de meu pai, que me incentivou, desde minha mais tenra infância, a audácia pelo saber e que instigou, em mim, a fagulha do conhecimento. Seu maior legado transpôs a sua existência.*

## AGRADECIMENTOS

Depois dessa jornada, hoje fica o desejo enorme de agradecer às pessoas que estiveram ao meu lado, direta ou indiretamente, já que agradecer é reconhecer que esta conquista não seria possível sem o apoio dessas pessoas.

Agradeço à minha orientadora, Cristina Marcos, por acolher e possibilitar, desde a banca de seleção do mestrado, a realização desse trabalho. Sua aposta, assim como sua escuta apurada e dedicação foram fundamentais para a realização desta pesquisa.

Às professoras Jacqueline Moreira e Lúcia Grossi, pela disponibilidade em ler este trabalho e partilhar seus conhecimentos para o aprimoramento do processo de reflexão e escrita.

Aos professores do programa de pós-graduação da PUC-MG, por terem ampliado meus conhecimentos.

À Carla Derzi, sem cujo acolhimento ético, esta caminhada seria mais pesada e o mal-estar, intolerável. Entre ditos e meios ditos, o carinho e a atenção foram escutados.

À Renata Gatto, amiga querida, pelo apoio e incentivo. Nossas conversas nos cafés tornaram esse período mais leve e possível.

Às amigas da graduação, em especial Cristiane, Luciana e Viviane, por me encorajarem a sustentar este sonho quando achei que não seria possível realizá-lo. Vocês foram fundamentais!

À minha mãe, pela força dada, leitura interessada e pelas orações realizadas. Agradeço, com muita ternura, por confiar nas minhas possibilidades.

Ao meu marido, Leandro, por investir neste sonho e ter suportado comigo essa árdua caminhada. O companheirismo, a amizade, as risadas fazem um amor tão grande ser tão fácil de carregar.

Ao querido Gustavo, pela ajuda nas normatizações e constante apoio. Valeu irmão!

À Maria Luzia, por representar mais que uma tia. Obrigada pela amizade, sempre torcida, carinho e ajuda!

Enfim, obrigada aos meus familiares e amigos, que se mantiveram na torcida, com os quais pude dividir minhas ansiedades, expectativas e alegrias.

De tudo, continua a certeza de estar sempre começando! Felicidade neste momento é esforçar-me para demonstrar o que nomeio hoje gratidão.

Obrigada a todos!

*“É que nada é mais destrutivo para o sujeito do que ser reduzido a seu sistema físico-químico” (ROUDINESCO, 2000, p.145).*

## RESUMO

O ponto central desta pesquisa é situar o lugar do psicofármaco no tratamento do mal-estar do sujeito pós-moderno, valendo-se de uma leitura psicanalítica. A partir da aliança entre a psiquiatria e as neurociências, estabelece-se uma compreensão biologicista do sofrimento psíquico na pós-modernidade. Propõe-se que o mal-estar do sujeito contemporâneo é tratado por meio de objetos de consumo produzidos pela união entre a ciência e o discurso capitalista. Se do ponto de vista de Freud e de Lacan a concepção de sintoma está articulada ao sentido, as novas formas de sintoma se apresentam fora de um sentido subjetivo. A partir disso, pode-se indagar se o uso abusivo de medicamentos psicotrópicos pode ser entendido como uma nova resposta ao sem sentido do sintoma, ou seja, se o uso do psicofármaco poderia ser considerado como um novo sintoma da pós-modernidade. Trabalha-se com a hipótese de que, com esse produto esvaziado de sentido – o psicofármaco –, o sujeito pós-moderno procura suspender, pelo menos de modo provisório, a sua divisão subjetiva. A busca de objetos na cultura capitalista, objetos vindos de fora e atuando fora, coincide com as ideias centrais do *phármakon* – termo genérico grego –, significando ao mesmo tempo remédio e veneno.

Palavras-chave: Mal-estar. Psicofármaco. Pós-modernidade. Psicanálise.

## ABSTRACT

The central point of this research is to put into perspective the role of psychotropic drugs in the treatment of postmodern subject's discontents, through the lens of psychoanalysis. It is proposed that the subject's contemporary discontents are treated by consumer goods produced by the interaction between science and a capitalist discourse. Contrary to Freud and Lacan's point of view that the conception of a symptom is connected to the construction of the meaning, this new form of symptom presents without subjective sense. From this, one can ask if the abuse of psychotropic drugs can be understood as a new response to a lack of the sense of symptom. In other words the question is, is the use of psychotropic drugs a new symptom of post modernity? Working with the hypothesis that, the psychotropic drug – emptied of meaning - the postmodern subject seeks to suspend, at least temporally, its subjective division. The search for objects in the capitalist culture, originally externally and acting externally, coincides with the central ideas of the *phármakon* – Greek generic term – meaning at the same time remedy and poison.

Keywords: Discontents. Psychotropic drugs. Post-modernity. Psychoanalysis.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 - Os lugares no matema dos quatro discursos .....</b>	<b>71</b>
<b>Figura 2 - Matema dos quatro discursos .....</b>	<b>73</b>
<b>Figura 3 - Matema do Discurso do Mestre e Matema do Discurso Capitalista.....</b>	<b>77</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 MAL-ESTAR E PÓS-MODERNIDADE .....</b>	<b>15</b>
2.1 O mal-estar da modernidade em Freud .....	16
2.2 A torção operada por Bauman: o mal-estar da pós-modernidade .....	24
2.3 Sobre a atualidade do mal-estar .....	35
<b>3 SOBRE OS PSICOFÁRMACOS – OS “APLACA-DORES” DO MAL-ESTAR? ..</b>	<b>42</b>
3.1 Um histórico da psiquiatria – da era do manicômio à criação do psicofármaco.....	42
3.2 Breve percurso sobre a história dos psicofármacos .....	46
3.3 Uma psiquiatria que suprime a psicanálise – uma nova forma de assujeitamento? ..	52
<b>4 A PSICOPATOLOGIA DA PÓS MODERNIDADE: OS IMPACTOS DO PSICOFÁRMACO SOBRE O MAL ESTAR DO SUJEITO.....</b>	<b>65</b>
4.1 A destituição de um sentido: do sintoma freudiano ao novo sintoma pós-moderno ..	65
4.2 Dos discursos ordenadores do laço social ao discurso capitalista .....	70
4.2.1 <i>Os discursos</i> .....	70
4.2.2 <i>O discurso do mestre</i> .....	74
4.2.3 <i>O lugar do psicofármaco no discurso capitalista</i> .....	76
4.3 O psicofármaco enquanto <i>phármakon</i> : um remédio e um veneno.....	81
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>86</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>89</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Por que investigar o lugar ocupado pelo psicofármaco no tratamento do mal-estar pós-moderno? Tal questão é levantada a partir da observação, na prática clínica desta pesquisadora, de uma declarada preferência dos sujeitos por métodos químicos no tratamento de seus sofrimentos.

Os dias atuais trazem consigo uma promessa de uma felicidade sem tensões, da busca insaciável pelo prazer, compondo ideais que descrevem uma subjetividade muito distante da que se esboça no texto freudiano. “Na cultura da exaltação desmesurada do eu” (BIRMAN, 2005, p. 191), não existe lugar para os sujeitos que sofrem. Eles são eliminados, colocados à margem da cena social, já que representam a impossibilidade de participarem da sociedade do espetáculo.

Não se pode falar em mal-estar sem se referir a sujeito, já que o mal-estar, enquanto matéria-prima recorrente na produção de sofrimento, está inscrito no campo da subjetividade (BIRMAN, 2005). A partir disso, pode-se indagar sobre o que há de sofrimento nas novas formas de subjetivação, circunscrevendo o campo do mal-estar pós-moderno.

A angústia, o desamparo, o sofrimento, enfim, o mal-estar do sujeito tornam-se indesejáveis nessa era pós-moderna e devem ser eliminados. Um dos recursos utilizados para isso é a química, por meio de medicamentos psicotrópicos que poderiam vir a calar essa dor psíquica. Na prática clínica, porém, constata-se que a medicina não é suficiente, em muitos casos, para dar conta dessa dor psíquica, mas apenas para uma regulação do mal-estar:

Os psicofármacos, de um modo geral, não promovem, por si, formas para o trabalho de ressignificação e transformação dos motivos subjetivos de angústia. A psiquiatria biológica reconhece o fato de que os remédios não curam, apenas suprimem os sintomas em quase 70% dos casos (ZARIFIAN, *apud* FONSECA, 2001, p.103).

É possível perceber, com isso, que sobra algo do sujeito que não é redutível à química: essa dor psíquica, inominável aos parâmetros nosológicos e, portanto, não medicável, existe, insiste, persiste, não se cala.

No final dos anos 30, Freud já havia apontado, entre as causas principais do sofrimento que ameaça os homens, a fragilidade do corpo. Algumas décadas depois, constata-se o óbvio: os progressos tecnológicos não têm sido capazes de eliminar as doenças. Se algumas foram extintas, outras surgiram. Por mais que o corpo possa ser “inteiramente

fotografado, radiografado, calibrado, diagramado e capaz de ser condicionado” (LACAN, 1966/2001, s.p.), está fora de alcance a apreensão daquilo do que se trata.

O ponto central de interesse desta pesquisa é situar o lugar do psicofármaco no tratamento do mal-estar do sujeito pós-moderno, lembrando que, enquanto *phármakon*, todo remédio comporta o veneno como sua face obscura. Trabalha-se com a hipótese de que, com esse produto esvaziado de sentido - o medicamento psicotrópico -, o sujeito pós-moderno, escancarando sua dificuldade de entender a falta como constituinte do eu, busca suspender, pelo menos de modo provisório, a sua divisão subjetiva.

O objetivo deste trabalho é menos apresentar respostas do que traçar um programa de investigação, e por isso ele estará mais próximo das interrogações do que das certezas. Porque tematizar as dúvidas e elevá-las a um nível de discussão é uma etapa imprescindível do trabalho intelectual, já que também é um momento importante da compreensão reflexiva.

A pesquisa em psicanálise tem como eixo central a clínica, mais ou menos evidente em cada investigação. É a partir da clínica que surgem os conceitos fundamentais da psicanálise a partir dos quais é possível atuar. Esta dissertação surgiu a partir de uma indagação clínica, a saber, o lugar do psicofármaco no tratamento do mal-estar hoje.

Para Sisson e Winograd (2010): “tanto na pesquisa conceitual quanto na clínica, espera-se a emergência de novos conteúdos, que seriam, por sua vez, articulados a uma teoria” (SISSON. WINOGRAD, 2010, p. 77). Para as autoras, o objeto psicanalítico se atualiza entre o discurso de cada indivíduo e a escuta do analista na clínica, na relação transferencial, enquanto outras ciências aplicam uma metodologia para investigar, a princípio, um objeto delimitado. Ao se considerar a particularidade dos objetos de estudo introduzidos pela psicanálise, a saber, o inconsciente e o aparato psíquico, não seria possível torná-los apreensíveis por outras técnicas e métodos de investigação de outras áreas de saber.

A clínica é, ao mesmo tempo, lugar de emergência da teoria e seu laboratório: “(...) de um modo geral, não existe uma metodologia independente do objeto de estudo e da teoria que permite delinear esse objeto, o que significa dizer que há uma dependência intrínseca entre método e teoria” (MARCOS, 2010, p.102). Para Marcos (2010), o método de pesquisa em psicanálise se define a partir da inclusão do desejo do pesquisador na constituição do enigma que sua investigação coloca, e não a partir do uso de determinado instrumento de produção de conhecimento.

Segundo Freud, a psicanálise não é unicamente um método de tratamento, mas também um método de investigação: “(...) o fato de que, em sua execução, pesquisa e

tratamento coincidem; não obstante, após certo ponto, a técnica exigida por uma opõe-se à requerida pelo outro” (FREUD, 1912/1996, p. 60).

Reafirmando a direção apontada por Freud, que descreve a psicanálise como método e também um tratamento, há, na psicanálise, uma relação indissociável entre investigação e tratamento e, portanto, a pesquisa em psicanálise se configura e se sustenta na produção de um saber possível sobre as próprias sutilezas de tal relação. O estabelecimento dessa indissociabilidade não deve ser pensado como uma superposição, nem como uma pacífica harmonização entre eles, já que, para Freud, o que ocorre na experiência é uma dissimetria, um não encontro absoluto entre ambos. Se, por um lado, os efeitos de verdade passíveis de serem produzidos a partir da aplicação do método de pesquisa só podem ser recolhidos por cada um no particular de sua experiência, por outro, as condições e as premissas para que tais efeitos ocorram devem fazer parte da própria estrutura do método (FIGUEIREDO; VIEIRA, 2002).

Portanto, método, teoria e pesquisa são interdependentes e operam simultaneamente na clínica, constituindo a prática psicanalítica. Por isso a pesquisa em psicanálise está fortemente em contato com a clínica e com a singularidade de cada caso (SISSON; WINOGRAD, 2010).

Vale lembrar que a pesquisa se impõe à prática, apresentando-se como necessária e não meramente facultativa, ou seja, o ato de pesquisar em psicanálise é uma tarefa necessária na prática de seu ofício. É possível pensar que a pesquisa psicanalítica deve valer-se da própria psicanálise como método. Não se trata de repetir saberes estabelecidos, mas reinventar a psicanálise com o princípio de suspensão do saber e de um método coerente com o objeto em questão, já que a clínica não é lugar de aplicação de um saber, mas de produção.

Esta dissertação se estrutura em três capítulos. O primeiro deles objetiva traçar o percurso do mal-estar, partindo das ideias de Freud, caminhando pelos conceitos de pós-modernidade de Bauman e demais comentadores. No texto *O mal-estar na civilização*, Freud (1930/1969) afirma que a cultura se funda a partir da renúncia pulsional: a civilização, para evitar o sofrimento e oferecer segurança, coloca o prazer em segundo plano. É justamente esse conflito entre a pulsão e as imposições culturais um dos causadores do mal-estar do sujeito moderno apresentado por Freud.

Na condição de uma das principais tecnologias contemporâneas de cuidado, o consumo de psicofármacos aparece associado à instalação de uma eficaz química no organismo e emerge como um veículo de acesso ao enfrentamento do sofrimento e do mal-estar do sujeito. Nesse capítulo, também será discutido como o modo de vida pós-moderno é

saturado de especialização e estruturação, o que culmina com o surgimento de sentimentos de insegurança e ambivalência.

No segundo capítulo, a pesquisa contará com um breve histórico dos psicofármacos, sendo traçado um percurso desde o tempo dos manicômios até a criação dos medicamentos psicotrópicos. O foco, a partir daí, se desdobrará em investigar o processo de ruptura entre a psicanálise e a psiquiatria, fato que coincide com a organização das nosografias contemporâneas.

Por fim, o ponto de partida do terceiro capítulo implica considerar o conceito freudiano de sintoma, e abordá-lo, a partir dos impactos do psicofármaco sobre o mal-estar do sujeito, com os reflexos dos novos sintomas na pós-modernidade. Se, do ponto de vista de Freud e de Lacan, a concepção de sintoma está articulada à palavra e ao sentido subjetivo, as novas formas de sintoma, na pós-modernidade, mostram-se fora de um sentido e se fazem presentes de forma mais direta no corpo. Referem-se muito mais ao corpo enquanto organismo do que ao inconsciente e embora não apontem para um sentido oculto não deixam de ser evidentes e ruidosas. O psicofármaco, ao tentar silenciar tais ruídos, torna-se a resposta ideal a tais sintomas porque trabalha para o silêncio. A partir disso, pode-se indagar se o uso abusivo de medicamentos psicotrópicos pode ser entendido como uma nova resposta a ao sem sentido do sintoma, ou seja, se o uso do psicofármaco poderia ser considerado como um novo sintoma da pós-modernidade.

Propõe-se que o mal-estar do sujeito pós-moderno é tratado por meio de objetos de consumo produzidos pela aliança entre a ciência e o discurso capitalista. A busca de objetos na cultura capitalista, objetos vindos de fora e atuando fora, coincide com as ideias centrais do *phármakon* - termo genérico grego que inclui noções de ambiguidade, podendo equivaler tanto a remédios quanto a venenos.

## 2 MAL-ESTAR E PÓS-MODERNIDADE

A interpretação da cultura é uma das temáticas mais tradicionais de estudo da psicanálise. Consagrada e propagada por Freud, constitui um dos pontos fundamentais de circunscrição do campo de saber psicanalítico.

Para Herzog e Farah (2005), a perspectiva da civilização não é a mesma em toda a obra de Freud e nem a preocupação com o futuro da modernidade existe desde o começo. Mas “ela é incorporada à psicanálise por força de uma profunda crise social, política e epistemológica. Assim, o interesse teórico pelo futuro da modernidade nasce associado à crise da civilização moderna” (HERZOG; FARAH, 2005, p. 49).

Se *Totem e Tabu*, texto freudiano de 1913, dedica-se à análise do nascimento da civilização, em outros textos, como *Reflexões para os tempos de guerra e morte* (1915/1996), *O futuro de uma ilusão* (1927/1969) e o *Mal-estar na civilização* (1930/1969) Freud aborda sobre a crise e o futuro da civilização moderna.

O futuro da modernidade é oscilante no decorrer da obra freudiana, apresentando diferentes perspectivas em determinados textos. O texto *Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna* (1908) é o primeiro texto psicanalítico que discute o tema modernidade. É também a primeira das longas exposições freudianas sobre o antagonismo entre o desejo humano e as restrições impostas pela cultura, relacionando, como o título indica, a doença nervosa com o cotidiano do homem moderno, mais precisamente, estabelecendo a importância da repressão da vida sexual no adoecimento psíquico. Depara-se, nesse texto, com a temática que persistirá até as últimas produções freudianas: o papel da religião no arranjo e controle dos ideais civilizatórios. Ou seja, o convívio na cultura exige que o sujeito renuncie a uma parte de seu sentimento de onipotência, a suas inclinações agressivas e destrutivas, e a religião reafirma os valores culturais, consagrando aqueles que se submetem a essa controvertida moral (FREUD, 1908/1996).

O texto *Reflexões para tempos de guerra e morte* (1915), escrito no início da primeira guerra mundial, aborda o constrangimento que surge diante das atrocidades cometidas em nome de uma bandeira política, da transformação da moralidade e da ética dos povos frente ao inimigo, das limitações das leis de bom convívio no interior de um mesmo país ou quando essas leis envolvem uma aliança entre nações diferentes. O texto possibilita demarcar a natureza agressiva humana concebida pela psicanálise – semelhante em todos os homens e que visa à satisfação de certas necessidades primevas. Observa-se no texto, como decorrência de tal pressuposto, que a relação do sujeito com a cultura implica a renúncia à satisfação

pulsional, a mutação de impulsos egoístas em outros de caráter altruísta, e o social se concretiza nas exigências de amor e em demandas civilizatórias que operam por via da educação. Dessa forma, a civilização pode “adestrar” o sujeito, fazer com que se comporte dentro de seus padrões, o que não significa que tenha havido um enobrecimento das pulsões, mas uma adaptação à norma. (FREUD, 1915/1996).

É no texto *O futuro de uma ilusão* que Freud (1927/1969) registra a crítica mais aguda ao sistema religioso, ao declarar a sua função na civilização: a religião tem como tarefa oferecer uma satisfação substitutiva para as renúncias impostas ao humano ao pretender conciliá-lo com os valores da cultura.

Se a religião é uma das formas que o homem criou para dar maior proteção à sua fragilidade, sobra algo que revela seu temor diante da vida, sua condição de ser finito marcado por um corpo que acaba e pela verdade de uma morte que não tarda em alcançá-lo. A religião, como uma criação humana, tem como função aplacar o desamparo ao tentar amenizar a impotência do sujeito diante da natureza.

Porém, a religião não conseguiu tornar mais feliz a maioria dos homens – o que assinala as contradições de uma doutrina que pretende harmonizar o sujeito com as restrições da civilização. Nesse sentido, quando a representação religiosa nivela todas as subjetividades sob um modelo único ao prescrever o caminho para a felicidade, torna-se ela própria fonte de desprazer. A psicanálise se distancia dessas formações sociais ao não cessar de apontar para a finitude do humano, quando seu fundamento ético é construído em torno de um compromisso de conduzir o sujeito à verdade singular do seu desejo e define sua oposição a toda ficção de completude.

## **2.1 *O mal-estar da modernidade em Freud***

Freud, em 1930, define a palavra civilização como a soma integral das realizações e regulamentos que distingue a vida dos homens da dos animais, e que tem dois intuitos: o de proteger o homem contra a natureza e o de ajustar os seus relacionamentos mútuos.

No texto *O mal-estar na civilização*, Freud (1930/1969) aborda como a cultura se funda a partir da renúncia: a civilização, para evitar o sofrimento e oferecer segurança, coloca o prazer em segundo plano. Assim, para o bem da sociedade, o indivíduo é sacrificado: para que a civilização possa se desenvolver, o homem tem que pagar o preço da renúncia à satisfação pulsional, trocando uma parcela de suas possibilidades de felicidade por uma

parcela de segurança. É justamente esse conflito entre a pulsão e as imposições culturais um dos causadores do mal-estar do sujeito moderno, apresentado por Freud (1930/1969).

Em função do antagonismo entre as exigências da pulsão e da civilização, as possibilidades de felicidade tornam-se restritas. Ao elaborar as reflexões sobre o conceito de pulsão de morte, Freud declara que há um mal-estar inerente à própria constituição do sujeito, denunciando o conflito irremediável que atravessa as relações humanas, a luta íntima entre o conservadorismo que mantém os grupos sociais e a vontade de destruição contrária às unificações da vida civilizada.

Nesse sentido, o existir no mundo implica o sujeito em sua divisão e em sua singularidade, à medida que este é constantemente convocado a dar conta do mal-estar. Situando a questão no âmbito da constituição desejante face à impossibilidade de reencontro com o objeto perdido, Freud concebe que a própria organização da cultura se dá em torno da renúncia pulsional. Aponta o mal-estar como índice inelutável dessa impossibilidade, localizando a própria civilização como resultante de uma condição central, que é a renúncia (QUINTELLA, 2012).

Mesmo esclarecendo que o drama de *Totem e tabu* não é superado e que permanecem desejos assassinos no psiquismo humano, o mito freudiano funda um discurso que valoriza a instituição da norma social. O ciclo dos crimes é contido a partir do contrato dos irmãos, ancorado no tabu do assassinato e do incesto em *Totem e tabu*. A guerra é recalcada e funda-se a sociedade. O contrato de irmãos foi alcançado, mas a relativa harmonia da regulação social está longe de ser possível. Para Herzog e Farah: “*Totem e tabu* sugere uma visão normativa, visto que o desenvolvimento civilizatório ocasionaria progressivamente mais repressão pulsional e as guerras seriam ‘naturalmente’ evitadas” (HERZOG; FARAH, 2005, p. 53).

No texto da década de 30, observa-se em Freud pouca esperança no desenvolvimento do enlace promissor entre os homens e a civilização. Ao afirmar que a humanidade luta para atingir um equilíbrio entre as reivindicações individuais e culturais, torna-se clara a dúvida quanto à consumação de tal tentativa. E este texto termina com uma imagem inconclusiva, deixando em aberto o estado permanente de guerra entre Eros e pulsão de morte:

Os homens adquiriram sobre as forças da natureza um tal controle, que, com sua ajuda, não teriam dificuldades em se exterminarem uns aos outros, até o último homem. Sabem disso, e é daí que provém grande parte de sua atual inquietação, de sua infelicidade e de sua ansiedade. Agora só nos resta esperar que o outro dos dois 'Poderes Celestes', o eterno Eros, desdobre suas forças para se afirmar na luta com seu não menos imortal adversário. Mas quem pode prever com que sucesso e com que resultado? (FREUD, 1930/1969, p.170).

A psicanálise anuncia que, no íntimo das subjetividades, há uma força que conduz à destruição, um princípio que põe em causa a conservação e a homogeneização próprias à ordem da cultura. O preceito da pulsão de morte é marca derradeira da finitude humana (OLIVEIRA, 2002). Pode-se afirmar, então, que Freud recusa a visão do homem criada pela religião, defendendo a existência de uma potência de destruição inerente ao humano e desfazendo a existência de uma ilusão harmoniosa ao revelar a ameaça permanente de desorganização do tecido social.

Se a civilização impõe sacrifícios tão grandes, não apenas à sexualidade do homem, mas também à sua agressividade, pode-se compreender por que Freud afirma que é tão difícil ser feliz nessa civilização. A infelicidade, bem menos difícil de ser experimentada, conduz a humanidade a árduos sofrimentos originários do mundo externo, já que, como escreveu Freud (1930/1969), existem muitos caminhos que podem levar a felicidade aos homens, mas nenhum que o faça em segurança. Obter prazer, evitar desprazer, nenhuma dessas vias leva o homem a tudo que deseja.

Freud mostra que, desde muito cedo, os seres humanos entram em contato com o sofrimento que provém tanto do mundo externo quanto do mundo interno do organismo. As sensações de sofrimento e desprazer decorrentes de fontes externas e das quais se busca fugir, de modo a seguir o princípio do prazer, auxiliam no reconhecimento de um mundo exterior, de um não eu. Então Freud (1930/1969) pontua:

surge, então, uma tendência a isolar do ego tudo que pode tornar-se fonte de tal desprazer, a lançá-lo para fora e a criar um puro ego em busca de prazer, que sofre o confronto de um 'exterior' estranho e ameaçador. As fronteiras desse primitivo ego em busca de prazer não podem fugir a uma retificação através da experiência. Entretanto, algumas coisas difíceis de serem abandonadas, por proporcionarem prazer, são, não ego, mas objeto, e certos sofrimentos que se procura extirpar mostram-se inseparáveis do ego, por causa de sua origem interna (FREUD, 1930/1969, p. 85).

Com isso, percebe-se que as tentativas de esquivar-se de muitas sensações desprazerosas são realizadas em vão, uma vez que essas advêm de fontes internas. Com o tempo, torna-se possível diferenciar o que é interno, que pertence ao ego, daquilo que é externo, ou seja, que não faz parte do ego e incide do mundo externo. É essa diferenciação

que irá permitir a defesa contra as sensações desprazerosas sentidas e que constituem o primeiro passo na direção do reconhecimento do princípio de realidade, que passa a se apresentar como o princípio regulador da vida mental. A satisfação, exigida pelo princípio do prazer, é muitas vezes adiada ou desviada em função das condições impostas pelo mundo exterior.

A vida, como ela se apresenta, é árdua demais, causadora de muitos desgostos e decepções. O mundo externo, que inclui os relacionamentos interpessoais juntamente com as falhas irreparáveis da natureza, somado ao próprio corpo constituem as fontes de sofrimento apresentadas por Freud (1930/1969) em seu texto *Mal-estar na civilização*.

Contra tais sofrimentos, Freud aponta algumas soluções: contra o sofrimento que pode advir dos relacionamentos humanos, a defesa mais imediata seria o isolamento voluntário; contra o mundo externo, uma boa defesa seria o afastamento. Um dos meios mais interessantes apontados pelo psicanalista para evitar o sofrimento do indivíduo na sociedade seriam aqueles que procuram influenciar o próprio organismo. Porém há ainda outro caminho que Freud considera o melhor: tornar-se membro da comunidade humana e, juntamente com a ajuda da ciência, passar para o ataque à natureza e sujeitá-la à vontade humana. Por isso, Freud (1930/1969) esclarece que, para suportar a vida, não se deve dispensar as medidas paliativas, as construções auxiliares:

Existem talvez três medidas desse tipo: derivativos poderosos, que nos fazem extrair luz de nossa desgraça; satisfações substitutivas, que a diminuem; e substâncias tóxicas, que nos tornam insensíveis a ela. Algo desse tipo é indispensável. Voltaire tinha os derivativos em mente quando terminou *Candide* com o conselho para cultivarmos nosso próprio jardim, e a atividade científica constitui também um derivativo dessa espécie. As satisfações substitutivas, tal como as oferecidas pela arte, são ilusões, em contraste com a realidade; nem por isso, contudo, se revelam menos eficazes psiquicamente, graças ao papel que a fantasia assumiu na vida mental. As substâncias tóxicas influenciam nosso corpo e alteram sua química (FREUD, 1930/1969, p. 93).

Se todo sofrimento nada mais é do que sensação, como tal ele só existe na medida em que é possível senti-lo. Para o psicanalista, um dos métodos mais eficazes de influenciar o organismo é o químico, a intoxicação, uma vez que é a partir dela que o organismo se torna incapaz de receber impulsos desagradáveis, além de provocar sensações prazerosas:

O serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhes concederam um lugar permanente na economia de sua libido. Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois sabe-se que, com o auxílio desse 'amortecedor de preocupações', é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade (FREUD, 1930/1969, p. 44).

Dessa forma, *O mal-estar na civilização* ilustra uma diversidade de métodos de que o sujeito utiliza para desfrutar de uma felicidade fugidia, sendo uma delas o uso de substâncias tóxicas que provocam sensações prazerosas ao alterar a química do corpo.

Recorrer ao uso de substâncias entorpecentes constitui também um modo de evitar o contato direto com a realidade do mundo exterior. Esta não deixa de ser uma medida basicamente autodependente. O sujeito, com o recurso a uma substância intoxicante, afasta de si os infortúnios que provêm tanto do próprio organismo, como do mundo externo, tornando-se, assim, imune àquilo que pode causar-lhe sofrimento. É um recurso muito atraente, por mais que, como esclarece Freud (1930/1969), não haja nenhum método que proporcione proteção completa.

Verifica-se, então, que utilizar-se de recursos capazes de anestesiar os sentidos não constitui uma atitude própria e única do sujeito pós-moderno. Porém, entre as substâncias intoxicantes das quais falou Freud, em 1930, não constavam os medicamentos psicotrópicos. O primeiro psicotrópico foi sintetizado na década de 1950, vinte anos após Freud ter escrito *O mal-estar na civilização*. Não há dúvidas de que os psicofármacos atuam como os principais amortecedores de preocupação da época pós-moderna. Será, então que o psicofármaco ocupa, na era pós-moderna, esse lugar designado por Freud às substâncias tóxicas?

Ao tentar diminuir o espaço concedido ao sofrimento psíquico, observa-se, na cultura contemporânea, um aniquilamento da dimensão da subjetividade. A elaboração da dor como elemento necessário ao aparelho psíquico indica que não há como eliminá-la totalmente do psiquismo humano, delimitando dessa maneira uma diferença crucial entre a tarefa da psicanálise e certos imperativos da cultura pós-moderna.

Os dias atuais trazem consigo a promessa de uma felicidade sem tensões e da busca insaciável pelo prazer, compondo ideias que descrevem uma subjetividade distante da que se observa nos textos freudianos. A contemporaneidade apresenta a marca na qual tudo se oferece como possível ao ser humano, ao tentar dissolver as diferenças no princípio do consumo e tentar agregar a todos sob o signo supostamente inclusivo da globalização.

Segundo o psicanalista, o homem busca ser feliz e assim permanecer. Para tanto, procura obter intensos sentimentos de prazer e visa a uma ausência de sofrimento e de desprazer, propósito que esbarra nas fontes de sofrimento e de desprazer decorrentes do ato de viver.

Freud (1930/1969) reconhece que, se o progresso tem grande valor na obtenção da felicidade, também é verdade que esse mesmo progresso pode gerar desconforto, senão infelicidade, aos indivíduos pelo fato de a ciência não conseguir realizar os ideais de uma vida plena. Nenhuma prótese tecnológica, nenhum avanço na civilização que permite aos homens ampliar seus limites pode dissolver o mal-estar que advém da impossibilidade de finalizar o desejo humano. Na década de 30, época de encantamento diante das inovações tecnológicas, Freud desperta para o equívoco de supor que a ciência possa trazer a tão sonhada harmonia:

Os homens se orgulham de suas realizações e têm todo o direito de se orgulharem. Contudo, parecem ter observado que o poder recentemente adquirido sobre o espaço e o tempo, a subjugação das forças da natureza, consecução de um anseio que remonta a milhares de anos, não aumentou a quantidade de satisfação prazerosa que poderiam esperar da vida e não os tornou mais felizes. Reconhecendo esse fato, devemos contentar-nos em concluir que o poder sobre a natureza não constitui a única pré-condição da felicidade humana, assim como não é o único objetivo do esforço cultural (FREUD, 1930/1969, p. 107).

Então, se o corpo perece, se a natureza tem seu poder de destruição, se as relações interpessoais causam sofrimento e se a ciência não é garantia de alegria completa, como insistir na busca de uma felicidade absoluta? A partir dessa indagação, é possível pensar sobre o poder de sedução da ciência no que se refere à elaboração de próteses na tentativa de prolongar a existência humana e obter uma felicidade não fugidia.

A felicidade, para Freud (1930/1969), restrita à própria constituição, é um problema da economia da libido do indivíduo. Não existe uma regra universal que se aplique a todos: é preciso o homem descobrir por si mesmo de que modo ele pode ser salvo. Não é, contudo, o que se observa na pós-modernidade. Nessa obrigação do gozo<sup>1</sup>, a felicidade não é mais um direito ou uma possibilidade no horizonte da subjetividade: a felicidade tornou-se um dever.

---

<sup>1</sup> Lacan estabelece a distinção entre prazer e gozo: "residindo este na tentativa permanente de ultrapassar os limites do princípio do prazer. Esse movimento, ligado à busca da coisa perdida que falta no lugar do Outro, é causa de sofrimento; mas tal sofrimento nunca erradica por completo a busca do gozo (ROUDINESCO, 1998, p. 300). Para Lacan (1960/2008), o gozo, por apresentar aspectos de inacessibilidade, de obscuridade e de opacidade, não se apresenta como a satisfação de uma necessidade, mas como a satisfação de uma pulsão. É enquanto relacionado à pulsão de morte e a compulsão à repetição em Freud, que Lacan aborda a questão do gozo: este, por ser a satisfação de uma pulsão, provoca um excesso insuportável de prazer que se manifesta no corpo trazendo-lhe desprazer e sofrimento.

Se a felicidade é um direito, assumir a tristeza e responsabilizar-se por ela seria uma necessidade.

É, pois, a oposição entre os dois programas: de um lado, o de renúncia ao prazer, e de outro, o de busca da felicidade. Se o programa do princípio de prazer coloca a busca da felicidade como seu principal ponto de apoio, o programa civilizatório mostra-se, ao contrário, incapaz de produzi-lo de maneira satisfatória.

No contexto atual, a castração, cuja especificidade implica a falta do Outro, assume cada vez mais um caráter de insuportabilidade, dado que o sujeito encontra maiores dificuldades de lançar mão de uma ancoragem no ideal do eu capaz de operar a renúncia à crença narcísica.

Para Freud (1930/1969), é o processo de desenvolvimento do indivíduo, o programa do princípio do prazer, que consiste em encontrar a satisfação da felicidade, que é mantido como objetivo principal. A integração numa comunidade humana é uma condição inevitável, que tem de ser preenchida antes que o objetivo de felicidade possa ser alcançado. Segundo Freud:

No processo de desenvolvimento do indivíduo nos parece ser um produto da interação entre duas premências, a premência no sentido da felicidade, que geralmente chamamos de 'egoísta', e a premência no sentido da união com os outros da comunidade, que chamamos de 'altruísta'. (...) No processo de desenvolvimento individual, (...) a ênfase principal recai na premência egoísta (ou a premência no sentido de felicidade), ao passo que a outra premência, que pode ser descrita como 'cultural', geralmente se contenta com a função de impor restrições (FREUD, 1930/1969, p. 165).

No processo civilizatório, a felicidade encontra-se em segundo plano. Inclusive, Freud propõe que a criação de uma comunidade humana seria mais bem sucedida se não tivesse que prestar atenção na felicidade do indivíduo.

A tentativa de imposição por meio da exibição desmedida do belo, pelo consumismo exacerbado e pela tendência de autoafirmação tão notória nas redes sociais são alguns fatores que apontam que o caminho trilhado pelo sujeito contemporâneo para a busca da felicidade é frágil e, na maioria das vezes, ineficaz. Constata-se o contrário, uma insatisfação predominante, em que diante de tantos recursos, a falta faz falta.

Em uma sociedade que cultiva o discurso de que tudo é permitido, que defende a individualidade e a liberdade, e não impõe limites ao gozo, a dimensão da falta permanece esquecida. E o homem contemporâneo parece fazer de tudo para mantê-la assim, para permanecer distante da frustração e de tudo que o remeta ao fato de ser castrado, de ser faltante. O hedonismo e o consumo generalizado como condição da vida social insinuam a

condição de apagamento da dimensão da falta o sujeito, que encontra um viés de concretização pela busca interminável de adesão aos objetos infindáveis do consumo (SOARES, 2001).

Deparar-se com o seu vazio constituinte aparece como algo não mais tolerável. Nessa configuração social, os medicamentos psicotrópicos, que hoje fazem grande sucesso, demonstram estar a favor desse movimento de consolo do sujeito do inconsciente. Para não se haver com o seu próprio desejo, vale tudo, inclusive insensibilizar-se com o uso de um psicofármaco. O modelo patriarcal de poder, bastante adequado às condições do século XIX, parece incapaz de apreender criticamente uma nova forma de poder, um poder que não mais recorre ao argumento de autoridade, mas justifica-se por meio de imperativos tecnocientíficos e do objetivo de um bem-estar generalizado (BOCZAR *et al*, 1994).

Neste sentido, quando Freud (1930/1969) afirma que cada pessoa precisa descobrir a própria maneira de ser salva, a psicanálise se insere no paradoxo modernista: não se tem garantia do progresso, nem da natureza, ou da razão: “sabe-se que a civilização moderna não tem salvação, mas é preciso esperar por algo. O que está em jogo é a nossa atitude para com essa angústia do fim” (HERZOG; FARAH, 2005, p. 60).

Canabarro e Alves (2009) afirmam que cada vez mais os sujeitos contemporâneos, por seus traços constitutivos, não pretendem sacrificar o gozo em prol de finalidades mais elevadas. Embora não seja possível existir civilização sem pulsão, há hoje um predomínio, na cultura, da pulsão sobre a civilização. O que está em evidência e que constitui o paradigma do gozo é que os sujeitos contemporâneos constituem-se, em número crescente, pelo imperativo do gozo, não mais se tornando desejantes, mas buscam apenas gozar.

Portanto, a psicanálise revela a impossibilidade da harmonia entre sujeito e civilização, seja em relação a uma plenitude perdida ou em relação à evolução do futuro. Diante da retomada dos textos freudianos, poder-se-ia supor que a psicanálise conduz a uma visão pessimista do sujeito no mundo. Porém, como afirma Oliveira (2002):

Mas logo percebemos que, ao admitir que não há possibilidade de realização plena para o sujeito, o saber analítico descreve o humano como aquele que não cessa de buscar ampliação do seu campo de representação; ou seja, sua estratégia é afirmar que o sujeito se coloca, irremediavelmente, diante de seu desamparo fundamental e que justamente por isso há que submeter-se a um permanente trabalho de simbolização. De outro modo, a psicanálise freudiana não concebe o sujeito como sendo centrado no eu, mas o caracteriza como um choque de instâncias psíquicas em conflito, sendo que tal configuração desarmônica o lança ao movimento de criar um equilíbrio dinâmico que se realiza através da aquisição de instrumentos de simbolização. É, pois, a finitude o que impulsiona a uma ligação artificiosa e singular no mundo, é o que nos permite criar projetos, buscar conhecimentos e o prazer, mesmo que episódico e fugidio (OLIVEIRA, 2002, p. 141).

A psicanálise pode oferecer ao sujeito do inconsciente um impulsionador no que se refere ao movimento do desejo ao denunciar projetos fundados em ideais fictícios de conciliação. Ou seja, a psicanálise acena para a disponibilidade de o sujeito viver conforme as marcações de sua singularidade ao admitir a crítica a todas as formações sociais que pretendem homogeneizar as subjetividades.

Se os juízos de valor do homem, como intervém Freud, acompanham diretamente os desejos de felicidade, constituindo uma tentativa de apoiar com argumentos as suas ilusões, inserem-se as questões: poderia ser o uso excessivo do psicofármaco encarado como uma nova patologia das comunidades pós-modernas? O psicofármaco seria uma nova ilusão, como forma de consolo para o sofrimento psíquico pós-moderno? Aos olhos de Freud, essa terapêutica médica do mal-estar constitui uma solução precária, provisória e instável.

A fim de entender o que caracteriza essa mudança de paradigma, é preciso considerar a ideia de sujeito moderno, notadamente representado pela teoria freudiana, e a ideia de sujeito contemporâneo, retratada por autores da época pós-moderna.

Apesar de ter ocorrido uma mudança nos paradigmas das épocas modernas e pós-modernas, o mal-estar continua a existir. Porém, será que ainda hoje o mal-estar existe pelas mesmas razões do período da modernidade? Quais são as estratégias do sujeito pós-moderno no seu enfrentamento? Diante disso, é necessário interrogar acerca do mal-estar e do lugar que ele ocupa na existência humana na época pós-moderna.

## **2.2 A torção operada por Bauman: o mal-estar da pós-modernidade**

Passados quase 100 anos da publicação do texto *O mal-estar na civilização*, percebe-se uma mudança: a liberdade individual é tomada como referência. E nessa inversão presente e pós-moderna, o ser humano tornou-se ávido por prazer – de sempre mais prazer – buscando, conseqüentemente, evitar o desprazer:

(...) você ganha alguma coisa e, em troca, perde alguma outra coisa: a antiga norma mantém-se hoje tão verdadeira quanto o era então. (...) Os mal-estares da modernidade provinham de uma espécie de segurança que tolerava uma liberdade pequena demais na busca da felicidade individual. Os mal-estares da pós-modernidade provêm de uma espécie de liberdade de procura do prazer que tolera uma segurança individual pequena demais (BAUMAN, 1998, p. 10).

Freud, inclinado sobre os impasses da era moderna e do desenvolvimento da civilização, tece articulações sobre a preconização da renúncia pulsional como veículo para sobrevivência da cultura, tendo como base a regulamentação coercitiva sobre as massas. Na

pós-modernidade, o parâmetro de organização cultural, segundo Bauman<sup>2</sup> (1998), está calcado na exortação do prazer e do consumo, nos quais é marcado o princípio não da coerção, no dizer de Freud, mas da desregulamentação, no dizer de Bauman, a qual tem como predicado máximo a liberdade individual. O imperativo de prazer está associado ao dever de consumo permanente e jamais conciliável. O mal-estar na pós-modernidade, para Bauman (1998), está localizado ao lado do que foi alterado e perdido em nome da liberdade irrestrita, a saber, o abalo das estruturas estáveis e da segurança pessoal. Certamente, uma mudança na disposição de segurança sem liberdade para liberdade sem segurança não assegura uma maior possibilidade de felicidade.

Bauman (2001) propõe conceitos de fluidez ou liquidez como metáforas para se referir ao presente, a pós-modernidade. A liquidez, a qual Bauman propõe, vem do fato de que os líquidos, diferentemente dos sólidos, não mantêm sua forma com facilidade, ou seja, os fluidos que se moldam conforme o recipiente nos quais estão contidos, diferentemente dos sólidos, não fixam o espaço nem prendem o tempo.

Dentro desta perspectiva, o autor opta pelo termo de modernidade fluida em contraposição a era da pré-modernidade, sendo esta caracterizada como modernidade sólida. Essa definição corresponde a um momento em que a sociabilidade humana experimenta uma transformação que pode ser sintetizada em alguns processos, como a metamorfose do cidadão, o indivíduo em busca de afirmação no espaço social, a passagem de estruturas de solidariedade coletiva para as de disputa e competição; o enfraquecimento dos sistemas de proteção estatal às intempéries da vida, gerando um permanente ambiente de incerteza; a atribuição da responsabilidade por eventuais fracassos ao plano individual; o fim da perspectiva do planejamento a longo prazo; o divórcio e a iminente apartação total entre poder e política.

O autor ressalta que não são tão nítidas as diferenças entre as condições pós e moderna, nem a pós-modernidade significa exatamente o fim, o descrédito ou a rejeição da modernidade. Ela não seria um estágio à parte: “a pós-modernidade é a modernidade que atinge a maioridade” (BAUMAN, 1999, p. 288).

Enquanto no mundo moderno se supunha a “perspectiva de se suprimir as desigualdades geradas, de garantir a todo indivíduo humano uma possibilidade igual de

---

<sup>2</sup> Devido ao fato de o conceito de pós-modernidade ser complexo e estudado por diversos autores e pesquisadores a partir de diferentes enfoques e denominações, foi necessário fazer um recorte para que o trabalho se tornasse mais compacto e coerente. Sem desconsiderar a relevância e a pertinência do estudo dos demais autores, para esse trabalho foi escolhido Bauman como autor de referência.

acesso a tudo de bom e desejável que a sociedade pudesse oferecer” (BAUMAN, 1998, p. 195), na pós-modernidade revela-se uma dimensão de desistência e descrédito no restabelecimento de um sistema social, antes dados como “corrigíveis” (BAUMAN, 1998, p. 195). Pode-se dizer que o que se apresentou como crise na modernidade entra no cotidiano do período pós-moderno como processo em curso, como algo que se rotiniza. O estatuto de permanente privatização frente aos objetos de consumo, em proliferação no mundo pós-moderno, posiciona o modelo do narcisismo como forma de o sujeito sobrepor-se à impossibilidade de acesso à satisfação final, que, prejudicada, emerge como sustentáculo máximo da dinâmica do capitalismo tardio. A pós-modernidade, então, é a modernidade reconciliada com sua própria impossibilidade – e decidida – por bem ou por mal, a viver com ela.

Para o autor, o que leva tantos a falar da pós-modernidade, ou segunda modernidade, ou ainda da sobremodernidade no que se refere a mudança radical no arranjo do convívio humano e nas condições sociais, é o fato de que o longo esforço para acelerar a velocidade do movimento chegou ao seu limite natural.

A modernidade, para Kumar (2006), é uma invenção da Idade Média cristã. Se o mundo antigo era pagão, o moderno era cristão. A partir de Cristo, todo o significado da história humana foi alterado, já que o cristianismo deu novo sentido à ideia de tempo e história. Destruiu a concepção naturalista de mundo antigo, segundo o qual o tempo era organizado a partir da mudança cíclica das estações, nos ciclos reprodutivos de nascimento, morte e outro nascimento, por exemplo. Nessa perspectiva, o tempo humano era regular e repetitivo.

Com a vinda de Cristo, algo novo mudara no mundo: o tempo, a partir desse momento, estava dividido de forma irrevogável entre o tempo antes e depois de Cristo. Dentro dessa concepção, a vida é orientada para o futuro, numa verdadeira promessa de concretização, sendo o passado uma introdução para o presente.

A Renascença contribui muito para o conceito da modernidade. Foi ela que, pela primeira vez, dividiu a história em três: a Antiga, a Medieval e a Moderna. A modernidade era considerada um tempo de despertar, de “renascença”, que anunciava um futuro luminoso. A filosofia cristã da história, embora não ignorada, foi relegada a um plano secundário, e a renascença contribuiu para a formulação de novos padrões críticos e racionais. Segundo Kumar (2006), no século XVIII, os tempos modernos ganhavam vida:

Não eram mais considerados simples cópias inferiores de tempos mais antigos, mais gloriosos; nem também o último estágio de uma existência humana empobrecida que, ainda bem, acabaria com a história humana sobre a terra. Ao contrário, modernidade significava rompimento completo com o passado, um novo começo baseado em princípios radicalmente novos. E significava também o ingresso em um tempo futuro expandido de forma infinita, um tempo para progressos sem precedentes na evolução da humanidade (KUMAR, 2006, p. 118).

Uma nova era surge. Não se busca no passado esclarecimento e instrução, já que o passado deixou de lançar sua luz para o futuro.

A Revolução Francesa, em 1789, foi a primeira revolução moderna e marcou o nascimento da modernidade. E se foi a Revolução Francesa que deu à modernidade “sua forma e consciência características – uma revolução baseada na razão – a Revolução Industrial forneceu-lhe a substância material” (KUMAR, 2006, p. 121). Ou seja, sem a ideia de progresso, tais revoluções não teriam ocorrido.

A modernidade está ligada também à ideia de industrialismo, do aço, do vapor, da velocidade. Industrialismo, para Kumar (2006), não se refere simplesmente à tecnologia em grande escala ou crescimento econômico. Inclui tais características, mas vai além delas. Identifica-se com a modernidade no sentido de ter desencadeado no mundo um sistema em estado permanente de crise e renovação.

História, progresso, verdade, razão, revolução, ciência e industrialismo são termos principais da modernidade, que se cristalizaram nas grandes teorias sociais dos séculos XVIII e XIX:

As Revoluções Francesa e Industrial são seus marcos históricos, reunindo em apenas dois acontecimentos suas tendências e aspirações. Não foi no vigor da Alta Idade Média, nem na explosão criativa da Renascença, tampouco na Revolução Científica do século XVII, mas sim na Idade da Razão, na segunda metade do século XVIII (...) que nasceu a ideia de modernidade (KUMAR, 2006, p.123).

Se a modernidade foi definida como o rompimento das tradições, com o passado, essa tornou-se em si uma tradição: a tradição do novo. A modernidade buscava a inovação sem fim, mudanças intermináveis de estilo, ciclos de modas, uma mudança pela mudança.

Houve um colapso gradual e o rápido declínio da antiga ilusão moderna: a crença de que há um fim do caminho percorrido, um estado de perfeição a ser alcançado amanhã, algum tipo de sociedade justa e boa, sem conflitos, com a satisfação de todas as necessidades; da ordem perfeita, em que tudo é colocado no lugar certo, do completo domínio do futuro, que põe fim a toda contingência, disputa e ambivalência e consequências imprevistas das iniciativas humanas.

A ideia de pós-modernidade é controversa e apresenta uma aceitação da pluralidade do mundo; pluralidade que não é uma estação de passagem na estrada rumo à perfeição ainda não atingida, mas, como mesmo pontua Bauman (1999), uma qualidade constitutiva de existência. A pós-modernidade, neste contexto, significa uma decidida emancipação face à ânsia caracteristicamente moderna de superar a ambivalência e promover a clareza da uniformidade: “com efeito, a pós-modernidade inverte os sinais dos valores centrais à modernidade, como a uniformidade e o universalismo” (BAUMAN, 1999, p. 109).

Como sempre ocorre com a condição humana, notoriamente ambivalente, os ganhos pós-modernos são simultaneamente suas perdas. Não há ruptura ou sequência inequívoca. Ela inclui a própria modernidade na própria diversidade, que é a sua marca característica. O mundo plural da pós-modernidade, em toda forma de vida, é, em princípio, permitido. O princípio da coexistência pode substituir o princípio da universalização:

É isso, em última análise, que representa a ideia de pós-modernidade: uma existência plenamente determinada e definida pelo fato de ser “pós”, posterior, e esmagada pela consciência dessa condição. A pós-modernidade não significa necessariamente o fim, o descrédito ou a rejeição da modernidade. (...) A pós-modernidade é (...) a modernidade olhando-se a distância e não de dentro, fazendo um inventário completo de ganhos e perdas, psicanalizando-se, descobrindo as intenções que jamais explicitara, descobrindo que elas são mutuamente incongruentes e se cancelam. A pós-modernidade é a modernidade chegando a um acordo com a própria impossibilidade, uma modernidade que automonitora, que conscientemente descarta o que outrora fazia inconscientemente (BAUMAN, 1999, p. 288).

Outra mudança ocorrida é a desregulamentação e a privatização das tarefas e deveres modernizantes, com a apresentação dos membros da sociedade como indivíduos em detrimento do coletivo. A era da individualidade substitui a da subjetividade.

Já no livro *Ética pós-moderna*, Bauman (1997) afirma que a perspectiva pós-moderna significa o rasgamento da máscara das ilusões; o reconhecimento de certas pretensões como falsas e de certos objetivos como inatingíveis, e nem por isso mesmo desejáveis. Aborda a pós-modernidade dentro de um caráter esperançoso, já que para ele a pós-modernidade é a modernidade sem ilusões:

(...) o reencantamento pós-moderno do mundo traz a oportunidade de encarar a capacidade moral humana sem rebuços, tal como o é realmente, sem disfarces e sem deformações (...). Não que o mundo se tornará em consequência necessariamente melhor ou mais habitável. Mas haverá ensejo de se chegar a termos com as proclividades ásperas e elásticas que ele evidentemente não conseguiu eliminar, e de começar daí (de preferência a declarar esse começo nulo e vazio) até venha a tornar a esperança de um mundo mais humano e realista, e isso em razão de sua modéstia (BAUMAN, 1997, p. 43).

Então o autor questiona-se: será a condição pós-moderna um avanço quanto às realizações morais da modernidade? A pós-modernidade golpeou as ambições modernas de legislação universal e solidamente fundada; mas será que também eliminou todas as oportunidades que a modernidade teve de melhoria moral? No campo da ética, deve-se considerar a pós-modernidade como passo avante ou como retirada? E então conclui:

Afirmo que ambas as respostas a essa última pergunta são verdadeiras, e ambas são falsas. Constitui característica geral da mutação social o fato de que, ao corrigir ou atenuar os erros de ontem, também introduz novos erros destinados a se tornarem alvo de esforços curativos amanhã (BAUMAN, 1997, p. 254).

Ou seja, parece que nenhuma vitória sobre a desumanidade tornou o mundo mais seguro para a humanidade. Triunfos morais não se acumulam e o movimento não é linear. A perspectiva pós-moderna oferece mais sabedoria, mas a situação pós-moderna torna mais difícil agir segundo essa sabedoria. É mais ou menos essa a razão pela qual o tempo pós-moderno é experimentado como viver no meio da crise. Há problemas na vida humana e social sem nenhuma condição boa, há ambivalências e angústias que nenhuma receita ditada pela razão pode suavizar (BAUMAN, 1997).

Na era pós-moderna, o indivíduo está ancorado no presente, numa vida guiada por estratégias e planos de vida baseados em curto prazo. O relacionamento interpessoal acontece muitas vezes de forma superficial, não se apresentando como algo a ser trabalhado e construído. Sucede como algo de que se espera satisfação imediata, instantânea, apresentando-se, também, como uma das formas de consumo imediato (BAUMAN, 2001).

Não há mais grandes líderes para aliviar os indivíduos de suas responsabilidades: no mundo dos indivíduos há apenas outros indivíduos. Junto com a individualização, cresce a liberdade sem precedentes de experimentar e também as consequências no seu enfrentamento. E numa visão positiva, Bauman (1999) explana que, se liberdade, igualdade e fraternidade fizeram o grito da modernidade, liberdade, diversidade e tolerância constituem a fórmula da pós-modernidade.

Porém, a celebração pós-moderna da diferença e da contingência não deslocou a ânsia moderna de uniformidade e certeza – é improvável que um dia o faça. Para Bauman (1998), a existência de um interesse pela pureza e conseqüentemente uma luta contra a sujeira são características emergentes e universais dos seres humanos. Ou seja, interesse pela limpeza, associado ao interesse pela higiene (por manter a sujeira longe), tem uma relação mais do que accidental com a fragilidade da ordem. Se ordem significa um meio regular e estável para os

atos, onde o mundo em que as probabilidades dos acontecimentos não estejam distribuídas ao acaso, mas arrumadas numa hierarquia estrita, a questão que se insere é: será que a tristeza, nessa pós-modernidade, pode se referir a um tipo de impureza que deva ser eliminada ou colocada no seu devido lugar? Aliás, existe um lugar para a tristeza ou para o mal-estar pós-moderno?

Ora, Freud, em 1930/1969, já afirmava que a sujeira de qualquer espécie parece incompatível com a civilização:

A ordem é uma espécie de compulsão a ser repetida, compulsão que, ao se estabelecer um regulamento de uma vez por todas, decide quando, onde e como uma coisa será efetuada, e isso de tal maneira que, em todas as circunstâncias semelhantes, a hesitação e a indecisão são poupadas. Os benefícios da ordem são incontestáveis. Ela capacita os homens a utilizarem o espaço e o tempo para seu melhor proveito, conservando ao mesmo tempo as forças psíquicas deles. (...) Evidentemente, a beleza, a limpeza e a ordem ocupam uma posição especial entre as exigências da civilização (FREUD, 1930/1969, p.113).

No livro *Modernidade e ambivalência*, Bauman (1999) argumenta que dentre a multiplicidade de tarefas impossíveis que a modernidade se conferiu e que fizeram dela o que é, sobressai a da ordem – que é contrária ao caos. Um mundo ordeiro é onde há possibilidade de calcular a probabilidade de um evento e como aumentar ou diminuir tal probabilidade.

O consumo solidifica-se, então, como artifício de fixação e aprisionamento de objetos, que surgem em proporção infinitamente ilimitada, cuja ordem está baseada na economia e na frustração. Esses objetos são fabricados para causar o desejo dos indivíduos, estabelecendo, assim, uma relação de colagem e identificação. O efeito de gozo vem incrementado na necessidade inadiável de consumo (SOARES, 2001).

A concepção freudiana de um sujeito do inconsciente, consciente de sua liberdade, mas atordoado pelo sexo, pela morte e pela proibição, foi substituída pela concepção mais psicológica de um indivíduo depressivo, que foge do seu inconsciente e está preocupado em retirar de si a essência desse conflito (ROUDINESCO, 2000).

Na obra *Modernidade líquida*, Bauman (2001), levanta a questão sobre o conceito de liberdade, quando questiona se ela seria uma bênção ou maldição, ou seja, uma bênção no sentido de que o indivíduo pode agir conforme os seus pensamentos e desejos, e uma maldição, já que recai sobre ele a responsabilidade por seus atos e ações.

A liberdade, para Freud (1930/1969), não constitui um dom da civilização. Ela foi maior antes da existência de qualquer civilização. O desenvolvimento da civilização impõe restrições a ela, e a justiça exige que ninguém fuja a essas restrições.

A pós-modernidade é, então, um lugar de oportunidade e também de perigo – e ambas as coisas pelas mesmas razões (BAUMAN, 1999). Em outras palavras, o indivíduo imerso na liberdade pode ir e vir, está aberto aos questionamentos e reflexões, pode fluir pela sociedade, tempo e espaço, pode reclamar ao sentir-se prejudicado, reivindicar direitos, porém é também responsabilizado pelas ações e reações decorrentes de seus atos.

A responsabilidade recai sobre o indivíduo que escolhe que caminho trilhar e o modelo a ser seguido ao invés de seguir normas preestabelecidas por governos ou líderes impostos. No capitalismo leve e fluido, as autoridades não mais ordenam, mas sim tentam seduzir e tornam-se agradáveis às pessoas que escolhem. Talvez seja assim pela tal propalada diversidade de opções e escolhas que cada indivíduo possui na modernidade líquida.

O mal-estar pós-moderno é observado na clínica psicanalítica à medida que se torna cada vez mais evidente a busca pelo imediatismo da satisfação pulsional e a tentativa de supressão da temporalidade. Se na modernidade observava-se prospecção para o futuro, na pós-modernidade há justamente uma tentativa de supressão deste e supervalorização do presente.

O amanhã é tão efêmero e irreal, que é utilizado inclusive para passar credibilidade e esperança para as pessoas, numa realização que talvez nunca se concretize. O homem foi sustentado por dois pilares, entre o passado e o futuro, construindo uma ponte entre a durabilidade e a transitoriedade, mas viver numa modernidade líquida implica assumir responsabilidades e viver o momento, o instantâneo em seu tempo e espaço únicos.

Assim como para Bauman, para Kumar a pós-modernidade tem um caráter paradoxal: “todos os períodos são iguais – igualmente cheios e igualmente vazios, igualmente interessantes e desinteressantes” (KUMAR, 2006, p. 183).

A pós-modernidade também desvaloriza o passado. Aliás, a rejeição pós-moderna do passado vai mais além; não há senso de passado, tampouco de futuro. O fim da tradição do novo preconizado pela modernidade significa também o fim de senso de futuro. O que persiste e dá material para contemplação é o presente eterno.

Com a desvalorização do tempo, ocorreu a valorização do espaço. O plano do presente eterno é espacial. (...) A pós-modernidade se movimenta pelo contemporâneo e pelo simultâneo, em tempo antes sincrônico do que diacrônico. Relações de proximidade e distância no espaço, e não no tempo, tornaram-se os critérios de importância (KUMAR, 2006, p. 183).

Kumar (2006) sugere a implosão espacial produzida pela rede de informação e comunicação global como exemplos da valorização do espaço. Dessa maneira, os indivíduos

são inseridos em novos arranjos de relações sociais e tendem a não pensar mais em sua identidade em termos históricos ou temporais. Observa-se, segundo o autor, que não há mais expectativa de um desenvolvimento contínuo por toda a vida. Em vez disso, considera a descontinuidade, “como uma identidade, ou identidades, constantemente construídas e reconstruídas em tempo neutro” (KUMAR, 2006, p. 184).

Se o grande desafio da modernidade era romper com um passado acumulador, com os ciclos interpretados da natureza da pré-modernidade, a época atual talvez seja a época do espaço, da simultaneidade, do perto e do longe, do lado a lado, do disperso, do presente eterno, sem origem ou destino, passado ou futuro. Um mundo onde tudo é temporário, mutável, sem estruturas profundas e onde a superficialidade ganha lugar de destaque.

A nova solidão de corpo e comunidade (BAUMAN, 2001) é o resultado de um amplo conjunto de mudanças importantes dentro da modernidade líquida. Uma mudança no conjunto é, contudo, de particular importância: a renúncia, adiamento ou abandono, pelo Estado, de todas as suas principais responsabilidades em seu papel como maior provedor de certeza, segurança e garantias, seguido de sua recusa em apoiar as aspirações de certeza, segurança e garantia de seus cidadãos. Os mal-estares, aflições e ansiedades típicos do mundo pós-moderno resultam do gênero da sociedade que oferece cada vez mais liberdade individual ao preço de cada vez menos segurança. Os mal-estares pós-modernos nascem da liberdade, em vez da opressão (BAUMAN, 1998).

Em *Além do Princípio do Prazer* (1926/1996), Freud aponta que é incorreto falar na dominância do princípio do prazer sobre o curso dos processos mentais, já que, se tal dominância existisse, a maioria dos processos mentais teria de ser acompanhada pelo prazer ou conduzir a ele, ao passo que a experiência geral contradiz uma conclusão desse tipo. O máximo que se pode dizer, portanto, é que existe uma tendência no sentido do prazer, embora essa tendência seja contrariada por certas outras forças e circunstâncias, de maneira que o resultado final talvez nem sempre se mostre em harmonia com o sentido do prazer.

Na ideia da permissividade desenfreada, o princípio que rege o sujeito na atualidade, o sujeito pós-moderno é o do mais além, o do gozo. E nesta era, em que se vive um momento da possibilidade da medicalização da vida, as pílulas, nas suas diversidades – para dormir, para emagrecer, para ter atenção, para evitar a ansiedade, para atingir um bem-estar – em suma, para desfrutar a felicidade, aparecem como antídoto contra o mal-estar da modernidade. Laurent (2008) afirma que:

O que em psicanálise chamamos de “desejo” é uma função que, precisamente, se opõe à felicidade como homeostasia. Esse gozo tirânico, esse empuxo ao gozo do nosso mundo é outra coisa que querer gozar como o vizinho. Esse índice é uma caricatura que esmaga o desejo, o gozo e o prazer; é um índice monstruoso (LAURENT, 2008, p. 39).

Para Birman (2012), o mal-estar pós-moderno evidencia-se como dor, inscrevendo-se nos registros do corpo. Por isso essa cultura da droga (termo utilizado por causar dependência física e psíquica) seria uma resposta ao mal-estar, no qual o sujeito busca pelo hedonismo e pela sensorialidade prazerosa produzir um gozo diante da dor. O autor diferencia dor de sofrimento:

(...) a dor é uma experiência em que a subjetividade se fecha sobre si mesma, não existindo qualquer lugar para o outro no horizonte do seu mal-estar. (...) A interlocução com o outro fica assim coartada na dor, que se restringe ao murmúrio e ao lamento. (...) Em contrapartida o sofrimento é uma experiência eminentemente alteritária. O outro está sempre presente para o sujeito sofrente, a quem se dirige com o seu apelo. Daí a dimensão da alteridade, que inscreve a interlocução no centro da experiência do sofrimento (BIRMAN, 2012, p. 141).

Portanto, o mal-estar contemporâneo, para Birman, se caracteriza principalmente como dor, com a possibilidade de ser medicada, e não como sofrimento, no qual se refere ao desamparo do sujeito. A responsabilidade do sujeito é então dividida com os remédios que podem modificar a intensidade de suas sensações e conter o desconforto da angústia ou de qualquer tipo de mal-estar.

Segundo Dunker (2015), até o século XIX o sofrimento tinha uma conotação moral definida pela experiência religiosa, estando o amor e o sofrimento associados. O modelo de sacrifício de Cristo na cruz é um modelo de ato de amor vigente nesta época. A partir do século XX, principalmente depois da segunda Guerra Mundial, há uma desconexão entre o amor e o sofrimento, sendo este último entendido como uma espécie de incontestância indesejável.

A morte, neste contexto, passa a ser cada vez mais intolerável, e a possibilidade de viver sem sofrimento, um objetivo dos indivíduos. Consequentemente, a forma de lidar com perdas, desencontros e infelicidades também mudou. O sofrimento, signo de fracasso, deve ser enfrentado, já que, na cultura dos “grandes vencedores”, estes não sofrem. O artifício proposto como possibilidade de uma vida de contínuo conforto, proteção e felicidade, propagado por tais “vencedores” da ausência de sofrimento se tornou um problema político. Neste aspecto, há um reconhecimento de que o sofrimento é um fator político, não por estar

ligado a partidos, mas por ser definido sobre qual é legítimo, qual deve ser silenciado e qual merece atenção do Estado. Essa “nova” forma de (não) viver a tensão visualizada hoje, essa busca incessante por um estado primitivo de completude e a fuga de seu desamparo são comuns no homem pós-moderno, ao fazer com que uma das saídas encontradas seja o uso de medicamentos psicotrópicos.

Por isso Birman (2005) constata que o limiar suportável de sofrimento abaixou nas individualidades, que passaram a demandar químicas diante de toda e qualquer transformação negativa do humor. Com isso, a medicalização psicofarmacológica das variações do humor, do sofrimento psíquico aumentou de maneira assustadora. Em consequência, a utilização dos psicofármacos transcendeu à prática psiquiátrica, migrando para o campo da clínica médica. Foi nesta classe, inclusive, que a escala de prescrição dos psicofármacos se realizou de maneira farta e massificada. Diante de qualquer tristeza, mal-estar ou desconforto psíquico, os clínicos passaram a prescrever os psicofármacos mágicos, os antidepressivos e ansiolíticos. A escuta da existência e da história dos sujeitos foi, progressivamente, cedendo lugar ao silêncio.

Nesse sentido, os psicofármacos acabaram por assumir na sociedade pós-moderna um papel de destaque. Atuam aplacando qualquer indício de conflito, qualquer sinal capaz de evidenciar o que é mais próprio do humano. Em um contexto que apregoa a ausência de qualquer falta, os psicotrópicos apareceram como os curingas do jogo social.

Laurent (2008) afirma que a psicanálise, por ser um discurso de crise e não de conformismo, de conforto ou tranquilidade, pode ser útil às pessoas decepcionadas com tais fabricantes e vendedores de felicidade. Segundo o autor, a época atual é a maior crise, desde 1929, pois há constatação da mentira proposta pela civilização moderna de que tudo estava em ordem, que havia governantes sábios que cuidavam de todos e que os mercados permitiriam uma aposentadoria feliz. Após o iluminismo, o pensamento crítico abriu a possibilidade para uma felicidade terrena, contrariamente à religião, que prometia, de forma distante e abstrata, apenas uma salvação eterna.

Porém, a medicina contemporânea, diferente da medicina do século XIX, ao propor a possibilidade da felicidade ao alcance de todos, trata de populações e não dos indivíduos. Hoje, baseada em evidências e fundamentada em categorias para produzir categorias homogêneas, a medicina desconsidera a particularidade dos casos ao propor a medicalização de toda a existência. Com isso observa-se que o corpo está casado com os medicamentos, nos aspectos mais triviais da vida.

O indivíduo, hoje, é comumente visto pela psiquiatria como alguém que não sabe sobre o seu sofrimento, mas quer aplacá-lo. O saber, depositado no entendimento biológico, aponta para a expectativa de que o sofrimento pode ser explicado em função de um distúrbio genético e/ou fisiológico.

O discurso pós-moderno pretende extirpar toda e qualquer possibilidade de sofrimento passível de ser experimentado pelo sujeito. Já não há, como lembram Birman (2005) e Dunker (2015), lugar para as subjetividades sofredoras. Os destinos do desejo assumem uma direção exibicionista e autocentrada. Com isso, há uma autoexaltação sem medidas da individualidade em um mundo que valoriza o engrandecimento da própria imagem. O imediato é o valor que permeia a cultura e constitui a qualidade essencial a qualquer bem a ser consumido. Deste modo, a medicalização da vida se mostra um engodo ao propor eliminar o sofrimento, dado que oferta uma mercadoria travestida de objeto de satisfação do desejo.

A partir do desenvolvimento da ciência moderna e do avanço da democracia nas sociedades ocidentais que ocasionaram a supressão da categoria do impossível e a perda de uma relação espontânea com o mundo, os indivíduos tornaram-se dependentes da tecnologia gerada pelos avanços tecnocientíficos. Na configuração social atual, o objeto de consumo é apresentado como crença de uma possível plena satisfação (CANABARRO; ALVES, 2009).

Se o mal-estar é evidenciado como dor passível de ser medicada, se a época atual é gerida pelo presente eterno, sem pretensão nenhuma de o indivíduo buscar um conhecimento da sua história no passado, ou desenvolver certa expectativa no futuro, não é de se admirar que o mal-estar não deva ser sentido ou vivido.

Na era da pós-modernidade, responsabilizar-se pelo próprio mal-estar, torna-se um verdadeiro desafio.

### **2.3 *Sobre a atualidade do mal-estar***

Um dos formatos pós-modernos por meio do qual se chega à promessa de felicidade é o formato compacto das pílulas. Como afirma Rubião (2008), no terreno da psicofarmacologia, as pílulas tornaram-se um produto de ampla difusão em total afinidade com a realidade pós-moderna, cujo ritmo intenso abole o tempo da prevenção e precipita o ato de remediar.

Aproveitando-se das transformações sociais geradas pelo discurso da ciência, os sujeitos pós-modernos, ao utilizarem-se dos recursos tecnocientíficos, entre eles os psicotrópicos, tentam se esquivar da condição de seres humanos falantes e faltantes. Os

medicamentos psicofarmacológicos, produtos dos avanços da ciência, são hoje utilizados por muitos indivíduos que não querem ou não conseguem deparar-se com o seu desejo. Em meio a um discurso tecnocientífico, que apaga a dimensão da enunciação, o que se verifica nas sociedades pós-modernas são indivíduos que se entregam, em uma frequência cada vez maior, a uma busca por um anestesiamiento - anestesiamiento de seus desejos, anestesiamiento de si como sujeitos.

As transformações socioculturais sempre tiveram um importante impacto sobre a forma como os sujeitos se constituem subjetivamente. Cada momento histórico da civilização é marcado por um modo particular de os indivíduos viverem a vida, bem como pelas sintomatologias que apresentam.

No mundo pós-moderno, marcado pela individualidade, pela autonomia e pela busca da liberdade, cada vez mais os indivíduos buscam entregar-se ao gozo, numa tentativa alucinada de fugir de sua condição como humano. Nesse percurso, encontram como fiel aliado o discurso da ciência, notavelmente traduzido pelas disciplinas neurofisiológicas e pela psiquiatria biológica, que traz o pressuposto de que não há limites ao conhecimento do homem e de que todo sofrimento pode ser evitado pelo uso de um psicofármaco.

Em meio ao mal-estar da sociedade pós-moderna, presencia-se uma calma impetuosa, que na verdade está longe do conceito de tranquilidade. Calma essa que pode ser considerada como uma anestesia, um adormecimento do pensamento frente ao sofrimento. E ao evitar sofrer e angustiar-se, o homem também evita a possibilidade de conhecer o que há de mais singular em si: o sujeito que nele habita.

A competência especializada, para Bauman (1999), repousa em algumas suposições relacionadas: o desconforto pessoal – leia-se mal-estar – é uma condição remediável, portanto não pode nem deve ser tolerado. É dever do indivíduo procurar escapar da condição de infeliz, já que a persistência do desconforto equivale a uma negligência do dever.

Uma vez que o relacionamento do indivíduo com a natureza e a sociedade é efetivamente mediado pelas competências especializadas com a tecnologia que as serve, os que comandam são aqueles que possuem essa competência e administram suas técnicas que dirigem as atividades vitais. No próprio mundo da vida, saturado de especialização, estruturado, formulado, monitorado e reproduzido, surgem em grande parte a ambivalência e a insegurança. Além de que, quanto mais concentrado, especializado e autônomo se torna determinado campo de especialização, maior a chance de que novas habilidades sejam inventadas. As competências especializadas, no entanto, colocaram em destaque áreas do mundo da vida antes não percebidas. Elementos da rotina anteriormente neutros ou com os

quais se lidava facilmente, tornaram-se intoleráveis pelo próprio fato de não terem mais que ser tolerados. Ao invés de alcançar a prometida redução do número de problemas que perturbam o controle da vida, a crescente sofisticação das técnicas especializadas redundou na multiplicação dos problemas. Em outras palavras, a competência especializada torna-se sua própria causa (BAUMAN, 1999).

O acesso da competência especializada aos mundos vivenciados pelos clientes é mediado pelo mercado. Os serviços especializados, oferecidos diretamente ou embutidos em bens de consumo, figuram no mundo pós-moderno como mercadorias, ao mesmo tempo em que servem às necessidades do consumidor e também trazem lucros para os agentes que comerciam. O mercado de consumo contemporâneo não ajusta o nível da oferta à demanda existente, mas visa à criação de nova demanda para atender ao potencial de oferta (BAUMAN, 1999). E no psicofármaco, mais do que uma mercadoria, vem incluída a promessa de satisfação e de felicidade.

Cada caso de infelicidade tem sua causa específica, de tal forma que pode ser apontada, isolada e ser objeto de uma ação direta, de modo a neutralizá-la ou removê-la. A infelicidade é, portanto, explicável a ponto de remediá-la: descrever o desconforto é apontar o método para removê-lo ou aliviá-lo. O dever do indivíduo é procurar tal explicação. Para cada caso de sofrimento há ou deve haver um remédio adequado. Entre os remédios à disposição, um é o mais adequado. É novamente dever do indivíduo procurar, encontrar, selecionar e aplicar esse remédio. A persistência do sofrimento é uma evidência da ausência de conhecimento e habilidades práticas necessários para eliminá-lo.

O grande consumo de medicamentos psicotrópicos verificado hoje demonstra estar atrelado à crença, inicialmente veiculada pelo discurso da ciência, de que a indisponibilidade estrutural possa ser apagada, livrando-se, assim, de qualquer infortúnio que ela possa vir a causar aos seres humanos. Com base nessa crença, que já compõe o discurso social dos dias atuais, observa-se o sofrimento tornar-se cada vez mais intolerável para os indivíduos pós-modernos.

A farmacologia, quando entendida como a única solução para os problemas do sujeito humano, traz a ideia de que todo mal-estar, os conflitos, o Complexo de Édipo, o recalque e suas conseqüências, podem ser reduzidos a um distúrbio químico.

A ciência, ao ocupar um lugar central na sociedade contemporânea, tende a contribuir com a falsa crença de que é possível haver satisfação completa e que é possível evitar o sofrimento e controlar o que o acarreta.

Não é sem razão que a neurobiologia e a psicofarmacologia ganham um espaço cada vez mais abrangente na sociedade atual. Atenuando aquilo que mais poderia caracterizá-lo enquanto ser único e singular – o sujeito de seu inconsciente –, o homem pós-moderno vê-se em meio a um discurso que procura homogeneizá-lo e tratar de seus sintomas de forma universal, sem que suas possíveis significações sejam buscadas.

Ao entender que tudo aquilo que é capaz de gerar um mínimo de desconforto e mal-estar pode ser explicado por meio dos níveis de determinados neurotransmissores e que é passível de ser medicado, a psicofarmacologia coloca os medicamentos em uma posição central e preocupante na sociedade pós-moderna.

Como se constata hoje, os modelos de cultura que na modernidade encontravam sustentação no ideal do eu, perdem lugar de maneira radical, instaurando mais intensamente o sentimento de desamparo. Hoje o sujeito é lançado, conseqüentemente, a uma instabilidade extrema – muitas vezes insuportável –, posto que os modelos ideais a serem seguidos pela crença narcísica não são sustentados, já que é uma tarefa sempre irrealizada em sua totalidade. Quintella argumenta que:

Essa prevalência da imagem de si subjugada ao imediatismo da satisfação pulsional, à busca pela “plenitude narcísica” ou ao “mito de onipotência” parece substituir qualquer possibilidade de projeção num futuro que suporte o “tempo de espera”. (...) Se a cultura é o lugar a partir do qual o sujeito se constitui na relação com o Outro, faz-se imprescindível a análise sobre as formas peculiares de enfrentamento do mal-estar na cultura contemporânea (QUINTELLA, 2012, p. 99).

A medicação atua em aspectos gerais dos sintomas, deixando em aberto seus aspectos mais sutis e particulares. A tentativa farmacológica de eliminação das formas de mal-estar, além de produzir o apagamento dos recursos organizados para dar sentido à vida, não permite o acesso às origens dos sintomas, nem ao compromisso do sujeito implicado, que é ou deveria ser responsável por esses sintomas.

A normatização das drogas lícitas na cultura possibilita ao sujeito fazer vários usos da química, usos estes que podem ser saudáveis ou não, usos que produzem efeitos no bem-estar ou no mal-estar dos sujeitos. De um modo geral, o cuidado que o sujeito dispensa a si quando faz uso do psicotrópico visa melhorar ou tornar suportável seu cotidiano. Seja como for, o uso prescritivo (a partir de várias especialidades médicas, não se restringindo apenas aos psiquiatras) dos psicotrópicos, o qual pareceria não oferecer riscos para o paciente que os utiliza, vem instalando, na vida contemporânea, certa vulnerabilidade em relação à diminuição da tolerância da dor e a uma falta de implicação do sujeito para com seu mal-estar.

Um mundo em que nada estrague a harmonia, nada fora do lugar, um mundo sem “sujeira”; um mundo sem estranhos (BAUMAN, 1998, p. 21). Um mundo onde a ordem, a beleza e a limpeza estejam em completa harmonia, sem espaço para ambivalências, tristezas, mal-estares ou sujeiras de qualquer forma.

O problema, certamente, não reside na medicação – que costuma ser eficaz, em proporção significativa, na redução dos transtornos do humor e na moderação das precipitações afetivas –, mas na posição em que ela é permitida ser colocada – como operador fundamental – acima e oposta à condição de sujeito do paciente. A psicofarmacologia, desse modo, acabou por encerrar o sujeito em uma nova alienação ao pretender curá-lo da própria essência da condição humana (ROUDINESCO, 2000).

Por isso, BAUMAN (2001, p. 75) afirma que “a infelicidade dos consumidores deriva do excesso e não da falta de escolha”. O consumidor entra em conflito pela variedade das escolhas que estão disponíveis ao seu redor. A angústia da tomada de decisão correta frente às diversas alternativas, a responsabilidade do indivíduo livre pela sua decisão e o risco assumido fazem o processo do consumo cíclico e interminável. O autor propõe que as condições de vida em questão levam os homens a buscarem exemplos, e não líderes. O código em que a “política de vida” está inserida, deriva da pragmática de comprar, ou seja, o ter é muito mais que o ser. O indivíduo procura a autoafirmação quando passa a ter bens e produtos e quando busca sobressair entre as demais pessoas da sociedade.

O *status* de todas as normas, inclusive a norma da saúde, foi severamente abalado e se tornou frágil, numa sociedade de infinitas e indefinidas possibilidades. O que ontem era considerado normal, e portanto satisfatório, pode hoje ser considerado preocupante, ou mesmo patológico, requerendo um remédio. Ao invés de uma doença ser percebida como evento excepcional com um começo e um fim, esta passa a ser vista como permanente, como uma ameaça sempre presente: clama por vigilância incessante e precisa ser combatida e repelida excessivamente.

Essa tentativa na pós-modernidade do discurso médico algumas vezes bem sucedida, somada à permissão do sujeito de fazer desaparecer ou até mesmo aplacar qualquer manifestação de mal-estar, pode fazer de uma situação muitas vezes de tristeza normal uma situação sintomática, tornando-a facilmente um objeto de medicação.

É importante ressaltar que o sucesso dos psicofármacos não foi fruto apenas da ciência. Antes disso, é consequência da nova atitude cultural pós-moderna, já que os sujeitos passam a esperar que seus sofrimentos sejam vistos e vividos como um problema médico. O

sujeito, ao retirar-se de seu sofrimento, deixa de se responsabilizar pelo próprio adoecimento, apresentando-se, dessa forma, em uma posição de assujeitamento.

Emancipado das proibições pela igualdade de direitos e pelo nivelamento de condições, o mal-estar é herdeiro de uma dependência viciada do mundo. Condenado ao esgotamento pela falta de perspectiva revolucionária, ele pode buscar na droga, ou na religiosidade ou no culto de um corpo perfeito o ideal de uma felicidade impossível (ROUDINESCO, 2000).

Teixeira (2001) afirma que o avanço veloz e eficiente da ciência possibilita o contato com a complexidade, com o inexplicável, com o imprevisível, com a diferença; porém é esse mesmo avanço que propicia o narcisismo nos seres ao tentarem buscar a noção de pseudocompletude para os anseios, posta como respostas e não como questões às demandas da impossibilidade de satisfação total. O autor afirma ainda que a questão posta pela ciência na atualidade não se refere aos enigmas do ser, posteriormente substituídos nesse cotidiano materialista pelo ter; o que ela lança é a questão do poder: o que pode o homem? Até onde pode expandir o mundo, expandindo a si próprio?

Penso que uma das vias que pode possibilitar o contorno das desenfreadas patologias narcísicas – como a perversão e a melancolia – é a revisão dos conceitos de normalidade, de patologia e de sofrimento que habitam nosso imaginário e que nos exigem muito, demais; pois não permitem que experiencemos a dor, criando uma expectativa ideal do viver, como perfeitamente calculável e perfeito, no qual o adoecer é vislumbrado como não fazendo parte da vida. Tal forma de conduzirmos nossos existires é muito paradoxal, pois evitamos, brutalmente, tudo que diga respeito à finitude: só que nós morremos cada vez mais tarde, mas morremos! Nossa experiência enquanto seres de linguagem inclui sofrimento, a doença: é só assim que nos fazemos homens! (TEIXEIRA, 2001, p. 167).

Um psicofármaco, na intimidade da clínica psicanalítica, é um significante que sugere a supressão do sofrimento, promessas de bem-estar via efeitos da química no organismo. O medicamento, como possibilidade de uma resposta apaziguadora, incide nas respostas imediatas, diretas, universais, não distinguindo uma angústia da outra, uma insônia da outra, uma depressão da outra. Oferece única dimensão de singularidade, a dose exata, nivelando e homogeneizando os neurotransmissores, e, conseqüentemente, os sujeitos. O autocentramento subjetivo contemporâneo faz do eu ideal a referência do sujeito na atualidade (QUINTELLA, 2012).

Face ao poder do medicamento, é preciso uma psicanálise que relance os poderes da transferência, sendo esta capaz de tornar presente, mobilizar e ler o inconsciente (MILLER, 2006) para além das fronteiras da classificação.

Sabe-se que a ciência, ao se sustentar no imperativo que supõe a produção contínua de saber, exclui o sujeito e oferece massivamente os objetos – reais – para prover satisfação, aplacar o mal-estar e instaurar o reinado do prazer e da felicidade.

A partir do tratamento psicanalítico, pode-se apostar na possibilidade de alcançar o lugar– a verdadeira causa do desejo – que revela a função que o medicamento encarna. Nesse sentido, o sujeito engaja-se numa relação de busca e não de encontro com o objeto. Por isso faz-se importante refletir sobre a importância do sintoma na pós-modernidade ao contextualizá-lo no espaço e tempo que lhe são próprios.

Ora, não se deve esquecer que o processo de tornar-se sujeito implica, necessariamente, o encontro do corpo biológico/genético/organismo com um universo estritamente simbólico. É somente a partir de sua relação com os outros e com o Outro que o sujeito humano irá se formar. É nesse intercâmbio, nesse universo regido pela fala, por leis simbólicas de trocas, proibições, prescrições que esse ser, seu cérebro, consciência, inconsciência se constituem e que seu corpo ganha forma/significado/significante, e pode, assim, se fazer surgir.

É importante saber que tanto a ciência quanto a razão de um tempo não representam, em hipótese alguma, a consciência absoluta e o fim da história. Há muito que se conhecer, desconstruir, reconstruir, distanciar, aproximar, diferenciar, respeitar.

### 3 SOBRE OS PSICOFÁRMACOS – OS “APLACA-DORES” DO MAL-ESTAR?

O desenvolvimento da psicofarmacologia é um dos fatos mais marcantes da pós-modernidade. Elizabeth Roudinesco (2000) afirma que, a partir de 1950, as substâncias químicas – ou psicotrópicos – modificaram a paisagem da loucura ao esvaziar os manicômios e substituírem as camisas de força e os tratamentos de choque pela redoma medicamentosa.

Pode-se alegar que, em um primeiro momento, a psicofarmacologia deu ao homem uma recuperação de liberdade. Os antipsicóticos possibilitaram a fala aos loucos ao propiciarem a reintegração destes na cidade e, graças a tais medicações, muitos tratamentos bárbaros, como choques, contenções e punições físicas, foram abandonados. Em relação aos ansiolíticos e aos antidepressivos, estes trouxeram aos neuróticos e aos deprimidos uma tranquilidade maior.

Para Roudinesco (2000), a medicina de hoje responde ao paradigma da depressão, cuidando de quase todos os sofrimentos psíquicos, como se tratasse de estados simultaneamente ansiosos e depressivos. O poder de tais remédios pode ser considerado um sintoma de uma modernidade que tende a abolir no homem o desejo de assumir a sua responsabilidade e o silêncio, muitas vezes, passa a ser preferível à linguagem, fonte de angústia e vergonha.

#### 3.1 *Um histórico da psiquiatria – da era do manicômio à criação do psicofármaco*

Segundo Matos *et al* (2005), na Grécia antiga, desde o século 5 a.C., Hipócrates buscou estabelecer um sistema de classificação para as doenças mentais. Palavras como histeria, mania e melancolia eram usadas para caracterizar algumas dessas doenças. Ao longo dos séculos seguintes, diversos termos foram sendo incorporados ao jargão médico, como por exemplo: loucura circular, catatonia, hebefrenia, paranoia, etc. Entretanto, o primeiro sistema de classificação abrangente e de cunho verdadeiramente científico surgiu com os estudos de Emil Kraepelin, que reuniu diversos distúrbios mentais sob a denominação de demência precoce – posteriormente chamada de esquizofrenia por Bleuler –, ao lado de outros transtornos psicóticos, separando-os do quadro clínico da psicose maníaco-depressiva.

Santos (2012) afirma que, a partir da chamada Revolução Científica no século XVII, a razão era buscada ao extremo, e as instituições que eram consideradas irracionais foram criticadas. Começava-se a acreditar fielmente no progresso da ciência e da tecnologia, no desenvolvimento de profissões e da economia de mercado. Os Estados centralizados que

surgiam neste período necessitavam de ordem e disciplina, por isso a anormalidade e/ou a irracionalidade deveriam ser evitadas.

Nos séculos XVIII e XIX, encontra-se uma grande quantidade de fundações de escolas, prisões, asilos e manicômios para lidar com pessoas consideradas problemáticas para o Estado por serem rotuladas de irracionais. Prostitutas, idosos, mendigos, criminosos, todos os indivíduos que eram estigmatizados como inúteis ao Estado estavam sujeitos a serem colocados fora do convívio social. Cabia a estas instituições manter o controle social sobre as expressões e manifestações sociais tidas como desviantes, por meio da segregação e da exclusão. Este processo é conhecido como institucionalização da loucura, ou seja, a criação de um lugar específico para onde seja levado o louco a fim de que ele seja curado, ou que pelo menos não corrompa a sociedade. Observa-se, então, que, neste contexto da institucionalização da loucura e com o seu confinamento, a loucura não é escutada.

Andreansen e Black (2009) afirmam que a psiquiatria surgiu como um ramo da medicina no século XVIII, quando alguns médicos generalistas decidiram se dedicar com exclusividade ao cuidado dos doentes mentais. Eles foram influenciados pelos princípios humanistas e humanitários do Iluminismo.

Philippe Pinel, em geral, é considerado o fundador da psiquiatria moderna. Logo depois de ser nomeado diretor do Bicêtre, instituiu um gesto de intenso valor simbólico ao abolir as correntes que prendiam os pacientes às paredes e ao criar um novo tipo de tratamento, conhecido como tratamento moral. O que marca, portanto, a diferença de tratamento adotado e difundido pelo médico francês Pinel é exatamente a libertação do louco de suas correntes – literalmente – e a utilização de tratamentos morais para combater a loucura. O tratamento moral fundava-se, pois, na crença de que seria possível introduzir mudanças significativas no comportamento dos doentes por meio de atitudes humanas, mas firmes, da equipe técnica para com aqueles. Pinel reformulou a clínica, mostrando que subsiste no alienado um resto de razão que permite a relação terapêutica.

Para Roudinesco (2000) a revolução pineliana consistiu em ver o louco não mais como um insensato, cujo discurso seria desprovido de sentido, mas como um alienado, um sujeito estranho a si mesmo; não como um animal enjaulado privado de qualquer razão, mas um homem reconhecido como tal.

As teorias de Pinel fazem parte, portanto, da psiquiatria conhecida como Alienista. Este tipo de psiquiatria era dividida em duas grandes áreas: uma chamada de organicista e outra de moral. A vertente moral, defendida por Pinel, acreditava que a loucura era uma psicopatologia das paixões e era provocada por um ambiente social patogênico. É exatamente

por essa concepção que se admitem as fundações de asilos psiquiátricos. O asilo era entendido como um lugar que poderia salvar o louco das deformações da sociedade. A teoria alienista moral desenvolvida por Pinel admitia que o louco poderia ser curado com o contato com a sociedade, mas sob o controle do psiquiatra. Este profissional, o psiquiatra, por meio da conversa e disciplina à qual o paciente deveria se submeter, poderia reordenar os pensamentos do doente, que era visto como uma criança furiosa. As correntes e castigos não eram bem-vistos e deviam ser banidos.

A outra corrente alienista, conhecida como organicista, teve como grande nome no Brasil o também médico francês B. A. Morel, e baseava-se na crença de que a loucura era provocada por uma lesão no cérebro. Esta corrente teórica é mais utilizada no fim do século XIX e início do XX, após o desenvolvimento da medicina biológica (SANTOS, 2012).

Derivado do alienismo, o modelo nosográfico organiza o psiquismo humano a partir de grandes estruturas significativas (psicoses, neuroses, perversões, fobias, histeria, etc.) que definem o princípio de uma norma e de uma patologia, delimitando as fronteiras entre a razão e a desrazão.

Separada das outras formas de desrazão (desvio, vadiagem), a loucura, para Pinel, tornou-se uma doença. A partir daí, o louco pôde ser tratado com a ajuda de uma nosografia adequada e o tratamento apropriado. Criou-se para ele o manicômio e mais tarde o hospital psiquiátrico, a fim de afastá-lo do hospital geral – símbolo de encarceramento.

Assim foi criada uma nova especialidade da medicina, formada por aqueles médicos que optavam por especializar-se no cuidado aos doentes mentais. Eles se tornaram conhecidos como “psiquiatras”, cujo significado literal é “médicos que curam a mente”. A psiquiatria tem como conceito o ramo da medicina que se dedica ao diagnóstico e tratamento de doenças mentais, sendo algumas dessas doenças muito sérias, como a esquizofrenia, a doença de Alzheimer e os vários transtornos do humor e outras doenças menos sérias, mas ainda assim muito significativas (ANDREANSEN; BLACK, 2009).

Andreansen e Black (2009) diferem a psiquiatria da psicologia em virtude de sua orientação médica, sendo seu foco primário a doença ou a anormalidade, em oposição ao funcionamento psicológico normal, que seria o foco primário da psicologia:

Os objetivos primários da psiquiatria como disciplina da medicina são definir e reconhecer as doenças, identificar meios para tratá-las e fundamentalmente desenvolver métodos para descobrir suas causas e implementar medidas preventivas (ANDREANSEN; BLACK, 2009, s.p.).

A psiquiatria clássica, no fim do século XIX, ao atingir certa sofisticação, desinteressou-se do sujeito e o abandonou a tratamentos químicos, nos quais a fala não tinha praticamente nenhum lugar. Assim, ao preferir a classificação das doenças à escuta do sofrimento, ela mergulhou numa espécie de nihilismo terapêutico. Diante do impulso da psicofarmacologia, a psiquiatria abandonou o modelo nosográfico em prol de uma classificação dos comportamentos. Em consequência disso, reduziu a psicoterapia a uma técnica de supressão dos sintomas.

Segundo Elizabeth Roudinesco (2000), o conceito de psiquiatria dinâmica, diferente da psiquiatria clássica, se apresenta como um conjunto das correntes e escolas que associam uma descrição das doenças da alma (loucura), dos nervos (neurose) e do humor (melancolia) a um tratamento psíquico de natureza dinâmica, isto é, que faça surgir uma relação transferencial entre o médico e o doente. Originária da medicina, tal psiquiatria dinâmica privilegia a psicogênese (causalidade psíquica) em relação à organogênese (causalidade orgânica).

Herdeira de Charcot, a psiquiatria dinâmica, sem renunciar ao modelo nosográfico, reinventou um modelo psicoterapêutico, dando a palavra ao homem doente, como fez Bleuler. Depois, ela encontrou sua forma consumada nas escolas modernas de psicologia, por Freud e Janet, por exemplo (ROUDINESCO, 2000).

Entre o organismo e as patologias, a psiquiatria foi a primeira ciência a tomar como objeto de estudos e cuidados o mental – sob o escudo de doença mental. Incluiu o sujeito, mas ao preço de reforçar sua posição de objeto (GUERRA, 2010).

Percebe-se que, ao longo do desenvolvimento da psiquiatria moderna, há várias teorias formuladas que se sobrepõem e muitas vezes se contrapõem. Teorias são formuladas de acordo com as mudanças culturais, com descobertas científicas, necessidades da sociedade na época ou desenvolvimento de novas tecnologias. O que é considerado normal e sociável em determinada época pode ser considerado perigoso no convívio social em outra.

É interessante constatar que, apesar de tentar responder às causas orgânicas, a medicina reconhece que não tem um saber completo, havendo, na psiquiatria, mais territórios inexplorados, nas áreas de fisiopatologia e etiologia, do que no resto da medicina. Para Andreansen e Black (2009):

(...) idealmente, todas as doenças na medicina seriam definidas em termos da etiologia. No entanto, não conhecemos ou não compreendemos a etiologia específica da maioria das doenças. De modo geral, o conhecimento pleno da etiologia se limita às doenças infecciosas, nas quais a etiologia é a exposição a algum agente infeccioso em um grau suficiente para que os mecanismos imunes do corpo sejam suplantados. E, mesmo nesse caso, nosso conhecimento sobre tais mecanismos é incompleto (ANDREANSEN; BLACK, 2009, p. 18).

A psiquiatria é um campo muito amplo. Como disciplina científica, vai dos fatos altamente detalhados da biologia aos conceitos abstratos da mente. Como disciplina clínica, vai dos distúrbios de alta complexidade a temores cotidianos. Pode ser bastante científica e técnica, como nas atuais pesquisas inovadoras que são desenvolvidas na genética molecular, mas também pode ser muito humana, quando os clínicos conseguem ir além da biologia e escutar a história do paciente (ANDREANSEN; BLACK, 2009).

É importante afirmar que os diagnósticos em psiquiatria servem a uma variedade de propósitos importantes, como introduzir ordem e estruturar a complexidade no que se refere aos transtornos; facilitar a comunicação entre os clínicos (um diagnóstico resume, de forma concisa, informações para todos os clínicos que vierem a examinar os registros do paciente); a partir dos diagnósticos, é possível ajudar na prevenção no desfecho do transtorno, já que muitos diagnósticos psiquiátricos estão associados a um curso e a um desfecho característicos; e a tomar decisões sobre o tratamento mais apropriado.

É indiscutível, portanto, que houve avanços positivos tanto na psiquiatria quanto na psicofarmacologia. A partir desses avanços, é possível preservar a possibilidade de fala do sujeito, ou fazê-lo calar, dando-lhe a morte simbólica, por meio de uma dessubjetivação que inviabiliza a dimensão social criativa e ética dos sujeitos. Por isso faz-se importante a lógica do caso a caso na abordagem particular de cada sujeito, em contraponto ao universal, do “para todos” de uma lógica de mercado, da globalização, já que não há um tratamento único aplicável a todos.

### **3.2 Breve percurso sobre a história dos psicofármacos**

Segundo Bogochvol (2001), a introdução da clorpromazina por Delay e Denicker, em 1952, foi o momento de fundação da moderna psicofarmacologia e o marco inicial de uma revolução que afetou tanto a clínica psiquiátrica e as neurociências quanto o conjunto das demais ciências e a visão que o homem tem de si mesmo. Por isso é importante retomar um pouco do seu percurso histórico, que transformou e ainda transforma o cenário multifacetado de saberes – que são importantes para se conhecer o pensamento do sujeito pós-moderno.

Elizabeth Roudinesco (2000) classifica os psicotrópicos em três grupos: os psicolépticos, os psicoanalépticos e os psicodislépticos. No primeiro grupo, encontram-se os medicamentos hipnóticos, que buscam tratar os distúrbios do sono, bem como os ansiolíticos, os tranquilizantes, que eliminam os sinais de angústia, ansiedade, fobia e diversas outras neuroses, e os neurolépticos (ou antipsicóticos), que são os medicamentos específicos para a psicose e todas as formas de delírios crônicos ou agudos. No segundo grupo, reúnem-se os estimulantes e os antidepressivos e, no terceiro grupo, os medicamentos alucinógenos, os estupefacientes e os reguladores do humor.

Desde muito tempo, sabe-se que as substâncias químicas introduzidas no corpo podem modificar os estados psíquicos. Álcool, ópio, haxixe, cocaína, alucinógenos, dentre outras substâncias, foram usados largamente na história, pelas mais diversas civilizações, associados às práticas de cura, de união com os deuses e com o sagrado. Em 1860, o químico alemão Albert Nieman extraiu da folha de coca seu alcaloide, a cocaína, comercializada 20 anos depois, e suas propriedades estimulantes e efeitos terapêuticos sobre a dependência morfínica foram comprovados. Uma substância específica era capaz de tratar vários quadros psiquiátricos.

A descoberta, nos anos de 1930, das propriedades alucinógenas da mescalina, alcaloide extraído de um cacto, e depois, alguns anos mais tarde, de um produto de síntese, o LSD, abriu caminho para um estudo comparativo com as alucinações patológicas, estabelecendo-se o modelo das psicoses experimentais. Produtos quimicamente bem definidos eram capazes de provocar anomalias precisas e limitadas da vida mental.

Estabelecia-se, assim, a relação entre a utilização de certas substâncias e a produção ou cura de certos estados mentais e a semelhança entre os quadros mentais naturais e aqueles causados por estas substâncias.

Bogochvol (2001) se atenta para o quão interessante é notar como um mesmo produto podia ser classificado, em função da época e do lugar, ora como remédio, ora como uma droga ou tóxico. Há um século, por exemplo, a heroína poderia ser comercializada como um remédio contra a tosse e a coca era vendida livremente como psicoestimulante. O LSD (dietilamida do ácido lisérgico) já foi sugerido como auxiliar de psicoterapia, e a maconha, proibida na maior parte dos países, é liberada para uso médico em alguns estados dos EUA e para uso recreativo nos Países Baixos.

Vale dizer que, antes da descoberta dos medicamentos psicotrópicos propriamente ditos, os psiquiatras não estavam totalmente sem recursos: faziam uso dos opiáceos (como o láudano) para tratar determinadas formas de melancolia, do cloral para acalmar e adormecer,

dos barbitúricos como hipnóticos e contra epilepsia e também do eletrochoque (eficaz no tratamento de vários quadros psiquiátricos).

Em 1952, Delay e Deniker relataram o sucesso obtido no tratamento de um paciente psicótico com a clopromazina, substância utilizada inicialmente por Laborit para obter uma hibernação artificial durante a anestesia e que apresentava propriedades e características singulares, como cessação/atenuação de alucinações e delírios, lentificação psicomotora e indiferença afetiva, sem dano causado às funções cognitivas. Surgiam a classe dos antipsicóticos e a psicofarmacologia moderna.

No mesmo ano, Zeller e Selikoff narraram suas observações acerca da iproniazida, substância utilizada no tratamento da tuberculose e que produzia melhora do humor e sensação de bem-estar, independente de sua ação bacteriológica. Implantava-se a classe dos antidepressivos do grupo IMAO.

No final da década de 1950, Kuhn, pesquisando efeitos antipsicóticos da imipramina, substância estruturalmente similar à clorpromazina, encontrava seus efeitos antidepressivos, constituindo o grupo dos antidepressivos tricíclicos.

Em 1960, com o clordiazepóxido, deu início a era dos benzodiazepínicos, que substituíam com grandes variedades os barbitúricos no tratamento farmacológico dos estados de ansiedade; e na década de 1970, ocorreu a difusão do uso de sais de lítio e de medicações inicialmente utilizadas na epilepsia (carbamazepina, ácido valproico) como estabilizadores de humor.

Nos anos de 1980, foram lançados ou relançados os neurolépticos denominados atípicos e uma nova classe de antidepressivos, os ISRS (inibidores seletivos de recaptção de serotonina). Nos anos 1990, proliferaram os ISRS, e foram lançados os IRSN (inibidores de recaptção de noradrenalina).

A moderna psicofarmacologia é formada, portanto, de medicações antipsicóticas, antidepressivas, ansiolíticas, estabilizadoras do humor e antiepilépticas, distribuídas em vários agrupamentos químicos com seus protótipos.

Segundo Bogochvol (2001), a maior parte das descobertas fundamentais da psicofarmacologia decorreu de observação clínica ou se deu por acaso, como um achado, precedendo em muitos anos os modelos teóricos destinados a explicar seus efeitos. Apenas no final da década de 1960, passaram a existir o modelo de neurotransmissão cerebral e o modelo de ação farmacológica, sugerindo que os psicofármacos agiam nos neurotransmissores, nos neuroreceptores ou em ambos.

A partir da formulação do modelo da neurotransmissão, a psiquiatria passava a partilhar, com o conjunto da medicina, os mesmos esquemas referenciais e acedia a um estatuto científico. Os distúrbios psíquicos seriam explicados a partir das alterações da neurotransmissão em determinadas regiões do cérebro: aumento ou diminuição dos neurotransmissores, maior ou menor disponibilidade dos receptores, interferência em suas relações recíprocas. O fenômeno psicopatológico é concebido, assim, como produto de um distúrbio neurofisiológico tratável farmacologicamente. O sintoma expressaria, no plano psíquico, aquilo que é primariamente um transtorno da neurotransmissão cerebral, manifestando em um registro aquilo que é alteração do outro (BOGOCHVOL, 2001).

Atualmente, estes medicamentos que são ofertados e prescritos em geral por clínicos gerais e demais especialistas, abordam da mesma maneira diversos tipos de afecções. Assim, psicoses, neuroses, fobias, melancolias, depressões e diversos tipos de mal-estares são tratados pela psicofarmacologia como um conjunto de estados ansiosos, decorrentes de lutos, tristezas, ansiedades, etc.

Uma vivência normal atingida por algum tipo de infortúnio, como perda de uma pessoa querida, desemprego ou acidente, por exemplo, pode ser medicada por um mesmo remédio de uma pessoa que apresenta distúrbios idênticos em virtude de sua estrutura psíquica melancólica ou depressiva.

Para Roudinesco (2000), a psicofarmacologia acabou perdendo força de seu prestígio no que se refere a sua impressionante eficácia: “na verdade, ela encerrou o sujeito numa nova alienação ao pretender curá-lo da sua própria essência da condição humana” (ROUDINESCO, 2000, p. 22). Ou seja, por meio de seu deslumbramento tão notório, percebido pela visão organicista, a psicofarmacologia alimentou um novo irracionalismo ao prometer o fim do sofrimento psíquico pela ingestão de pílulas. Essas, por sua vez, quando ingeridas de forma precipitada, não fazem mais do que suspender os sintomas ou transformar a personalidade do sujeito, que, decepcionado, volta-se para tratamentos corporais, na espera de uma transformação quase mágica.

É interessante notar que o medicamento psicotrópico surgiu em um momento muito oportuno, tornando-se símbolo da ciência triunfante. Sabe-se, porém, que o medicamento em si não se opõe ao tratamento pela fala, mas, numa época em que a psicanálise é colocada em concorrência com a psicofarmacologia, como afirma Roudinesco (2000), isso acontece, pois

“os próprios pacientes submetidos à barbárie da biopolítica<sup>3</sup>, passaram a exigir que seus sintomas psíquicos tenham uma causalidade orgânica” (ROUDINESCO, 2000, p. 29).

Na prática clínica, observa-se com frequência pacientes atribuírem ao corpo biológico a causa de suas mazelas. Isso se confirma, por exemplo, no fato de os próprios pacientes tomarem a iniciativa de buscar receitas médicas, muitas vezes com a sugestão do nome da medicação a ser ingerida, para se verem livres dos seus sofrimentos.

Nas últimas décadas, houve um crescimento visível das toxicomanias, pois, seja pelo narcotráfico, pela farmacodependência ou pelos psicofármacos, o que está em evidência é a transformação do sujeito inseguro, entristecido em cidadão da sociedade do espetáculo<sup>4</sup>. O que interessa na pós-modernidade é a estetização da existência e a inflação do eu, que promovem uma ética oposta à do sofrimento. Para Birman (2005):

(...) existe um processo de produção social das toxicomanias pelas vias da medicalização psiquiátrica e do mercado de drogas pesadas, que encontra suas condições de possibilidade na ética da sociedade do espetáculo e do narcisismo. É por isso que, na seriação das grandes perturbações do espírito da pós-modernidade, as toxicomanias se inscrevem lado a lado com as depressões e a síndrome de pânico. Com efeito, se as alquimias científicas autorizadas pelas neurociências são o antídoto para as depressões e a síndrome do pânico, as toxicomanias são o desaguadouro necessário dessa forma de intervenção terapêutica e de seus desdobramentos inequívocos da cena social (BIRMAN, 2005, p. 192).

---

<sup>3</sup> De uma forma geral, o conceito de biopoder, cunhado originalmente por Michel Foucault, traz à tona um campo composto por tentativas mais ou menos racionalizadas de intervir sobre as características vitais da existência humana, como nascer, crescer, adoecer, morrer e as características vitais das coletividades ou populações compostas de tais seres viventes. O termo ‘biopolítica’ pode ser usado “para abarcar todas as estratégias específicas e contestações sobre as problematizações da vitalidade humana coletiva, morbidade e mortalidade, sobre as formas de conhecimento, regimes de autoridade e práticas de intervenção que são desejáveis, legítimas e eficazes” (RABINOW; ROSE, 2006, p.24). Foucault propôs um modelo simples e um diagrama bipolar do poder sobre a vida: um polo do biopoder focaliza em uma anatomopolítica do corpo humano, buscando ampliar suas forças e integrá-lo em sistemas eficientes. O segundo polo consiste em controles reguladores, uma biopolítica da população, focando nas espécies do corpo, o corpo carregado com os mecanismos da vida: nascimento, morbidade, mortalidade, longevidade etc. (RABINOW; ROSE, 2006).

<sup>4</sup> Segundo Birman (1998), no final dos anos 60, G. Débord denominou de “sociedade do espetáculo” as modalidades originais de sociabilidade que então se forjavam, enquanto Lasch, no final da década de 70, as interpretou segundo a lógica da “cultura do narcisismo”. Pela noção de sociedade do espetáculo, Débord afirmara que a demanda de enquadramento do espetacular definia o estilo de ser das individualidades e da relação entre essas na pós-modernidade. A ideia de espetáculo refere-se, neste contexto, às ideias de exibição, de teatralidade, exterioridade, sendo que toda esta construção é mediada pelo universo da imagem, na qual esta ocupa um lugar privilegiado na pós-modernidade. Pelos imperativos da estetização da existência e de inflação do eu, percebe-se que as ideias de Débord e de Lasch se conjugam, já que a exigência de escamotear os sofrimentos humanos evidencia o narcisismo que o indivíduo deve cultivar na sociedade do espetáculo. Neste contexto, nota-se que a alteridade e a intersubjetividade são modalidades de existência que tendem ao silêncio e ao esvaziamento (BIRMAN, 1998).

É interessante notar que o termo toxicomania não é restrito ao uso de drogas ilícitas, mas ao consumo de substâncias químicas. É possível perceber a existência de relações secretas entre as ditas drogas pesadas e as drogas medicamentosas, ou seja, entre a indústria do narcotráfico e a indústria farmacêutica. Ambas as indústrias se complementam de maneira harmoniosa, pois nelas há a tentativa de evitação de qualquer sofrimento.

Segundo Jesús Santiago (2001), para a psicanálise, diferente do que a ciência faz crer, não há droga na natureza. Isso quer dizer que não há noção de droga que não seja relativa ao contexto do discurso do qual ela anuncia. No campo analítico, as diferentes drogas, passíveis do empreendimento da linguagem, apresentam modalidades de efeito de sentido. Para o autor:

as descobertas científicas das qualidades tóxicas não se realizam em provocar a convicção de que a droga constitui, em si mesma, uma realidade pré-discursiva. Assim, desde sempre, antes mesmo de ser descoberta, ela existiria potencialmente na natureza e precederia a própria incidência da linguagem. A supremacia dessa posição da ciência no mundo omite, entretanto, que nem todo tóxico é uma droga e que esta última não pode, pois, ser reduzida a uma substância tóxica (SANTIAGO, 2001, p. 19).

O medicamento tem o objetivo de atender, seja qual for a duração da receita, a uma situação de crise, a um estado sintomático. Quer se trate de angústia, agitação, melancolia ou simples ansiedade, na vertente da psiquiatria clássica, é preciso inicialmente tratar o traço visível da doença, suprimi-lo e, por fim, evitar a investigação de sua causa de maneira a orientar o paciente para uma posição cada vez menos conflituosa e, portanto, cada vez mais depressiva: “em lugar das paixões, a calma, em lugar do desejo, a ausência de desejo, em lugar do sujeito, o nada, e em lugar da história, o fim da história” (ROUDINESCO, 2000, p. 41). Em consequência disso, Roudinesco (2000) assegura que, dentre os psicotrópicos, os antidepressivos são os mais prescritos, sem afirmar, contudo, que os estados depressivos vêm aumentando.

Quinet (2006) questiona se, ao invés de desenvolver um medicamento para tratar novos males, novos males são criados para se adequar a um medicamento. Ao se criar a oferta (de medicamentos), se produz a demanda. No artigo *A epidemia da doença mental*, Angell (2011) levanta a questão sobre os motivos pelos quais ocorreu o crescimento avassalador de pessoas com transtornos mentais e de pacientes tratados com antidepressivos e outros medicamentos psicotrópicos. A autora questiona, inclusive, se os antidepressivos funcionam de fato, já que o que se constata é a ascensão do número de doentes mentais, ao invés do declínio.

A respeito das substâncias químicas, Roudinesco (2000) aponta que, “embora não curem nenhuma doença mental ou nervosa, elas revolucionaram as representações do psiquismo, fabricando um homem, polido e sem humor, esgotado pela evitação de suas paixões, envergonhado por não ser conforme ao ideal que lhe é proposto” (ROUDINESCO, 2000, p. 21).

Estas concepções nortearam em grande parte a organização das nosografias contemporâneas (o *CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* e o *DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais*).

Observa-se, nessas nosografias, uma “teoria completa” da clínica, que articula coerentemente causa biológica, mecanismo fisiopatológico, manifestação sintomática e tratamento. A sequência causal postulada parte de um evento biológico (alteração genética, alteração da neurotransmissão) e chega a um estado psíquico (o sintoma), dotado, aparentemente, de propriedades diferentes do evento biológico. A diferença, no entanto, não é tratada. Passa-se por cima da própria formulação, nega-se o ponto de partida e a questão que deveria ser resolvida (BOGOCHVOL, 2001).

Dentro dessa vertente, a psiquiatria desconsidera o sentido dos sintomas na história do sujeito, fazendo dele um objeto a ser estudado, e de sua palavra, um índice a ser anotado e medicado. A doença mental torna-se conceito, e seu texto discursivo, um indicador numérico, uma cifra de sanidade ou insanidade (GUERRA, 2010). Porém, é preciso pensar até que ponto o próprio sujeito se permite ou até mesmo contribui para se colocar nesse lugar de objeto, e a psiquiatria apenas reitera isso.

### **3.3 Uma psiquiatria que suprime a psicanálise – uma nova forma de assujeitamento?**

Segundo Dunker e Kryllos Neto (2011), o *DSM* foi constituído a partir de uma perspectiva ateórica e operacional, com objetivo de constituir-se num sistema classificatório sobre os dados diretamente observáveis, sem recorrer a sistemas teóricos. A necessidade de recolher informação estatística foi o impulso inicial para o desenvolvimento de uma classificação dos transtornos mentais nos Estados Unidos, sendo que a primeira tentativa foi o censo de 1840 que levava em conta a única oposição: idiotice ou insanidade. Após quarenta anos, o censo distinguiu sete categorias, dentre elas a mania, a paralisia e o alcoolismo. A partir destas, a *Associação Psiquiátrica Americana (APA)* e a *Comissão Nacional de Higiene Mental* desenvolveram um novo guia para os hospitais mentais.

A primeira versão do *DSM* foi elaborada pela *APA* em 1952. Nessa ocasião, o *Manual* levava em conta as conquistas da psicanálise e da psiquiatria dinâmica, ressaltando a oposição entre neurose e psicose. Defendia a ideia de que os distúrbios psíquicos e mentais decorriam essencialmente da história inconsciente do sujeito, de seu lugar na família e de sua relação com o meio social. Mesclava uma abordagem tríplice: o aspecto cultural (ou social), o existencial e o patológico, correlacionado com uma norma. Por essa perspectiva, a noção de causalidade orgânica não era desprezada, e a psicofarmacologia, então em plena extensão, era utilizada em associação com o tratamento pela fala ou com outras terapias dinâmicas (ROUDINESCO, 2000).

Depois de 1952, o *Manual* foi revisado pela *APA* em outras ocasiões, sempre no sentido de um abandono da síntese efetuada pela psiquiatria dinâmica. Houve cinco revisões: em 1968 (*DSM II*), em 1980 (*DSM III*), em 1987 (*DSM III-R*), em 1994 (*DSM IV*) e em 2013 (*DSM V*). O resultado dessa operação progressiva foi, de certa forma, um desastre no que se refere ao lugar ocupado pelo sofrimento, sendo este reduzido ao equivalente à pane de um motor. Daí a eliminação de toda terminologia elaborada pela psiquiatria e pela psicanálise. Os conceitos (psicose, neurose, perversão) foram substituídos pela noção de distúrbio, e as entidades clínicas foram abandonadas em favor de uma caracterização sintomática desses distúrbios. Assim, a histeria foi reduzida a um transtorno dissociativo ou conversivo, passível de ser tratado como um distúrbio depressivo, e a esquizofrenia foi assimilada a uma perturbação do curso do pensamento (ROUDINESCO, 2000).

O *DSM-I* consistia basicamente em uma lista de diagnósticos categorizados, com um glossário que trazia a descrição clínica de cada categoria diagnóstica. Apesar de rudimentar, o *Manual* serviu para motivar uma série de revisões sobre questões relacionadas às doenças mentais (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014)

O *DSM-II*, publicado em 1968, era bastante similar ao *DSM-I*, trazendo discretas alterações na terminologia. Essa versão, assim como a anterior, refletia a predominância da psicodinâmica psiquiátrica, embora as perspectivas biológicas e conceitos do sistema de classificação estivessem incluídos. Os sintomas não eram especificados com detalhes em distúrbios específicos. Muitos eram vistos como reflexos de grandes conflitos subjacentes ou reações inadequadas aos problemas da vida enraizados em três grupos: oposição entre neurose e psicose; oposição entre ansiedade ou depressão e alucinações ou delírios; oposição entre quadros largamente em contato com a realidade e quadros que denotavam significativa perda da realidade. Tais oposições eram contrabalançadas pela assimilação de teses biológicas e sociológicas, na tentativa de conhecer o limite entre a normalidade e a anormalidade. Essa

estratégia não foi bem recebida. Havia, apesar de um compromisso diagnóstico entre psicanálise e psiquiatria, certa crítica por este mesmo motivo: o reconhecimento de uma síntese do compromisso entre a psiquiatria mais normativa e a psicanálise mais retrógrada.

Em 1974, foi tomada a decisão de criar uma nova revisão do *DSM*, com objetivo de melhorar a uniformidade e a validade do diagnóstico psiquiátrico, padronizar as práticas de diagnóstico dentro dos Estados Unidos e outros países, além de estabelecer critérios para facilitar o processo de regulamentação farmacêutica. Os pontos de vista psicodinâmicos e fisiológicos deram lugar a um modelo regulamentar, em que cada desordem mental é concebida como uma síndrome clinicamente significativa, comportamental ou psicológica. Assim surgiu o *DSM III*, considerado o ponto de virada entre psicanálise e psiquiatria, com a introdução de novas categorias de desordens (DUNKER; KRYLLOS NETO, 2011).

Em 1980, a *APA* publicou a terceira edição do seu *Manual*, introduzindo importantes modificações metodológicas e estruturais que, em parte, se mantiveram até a recente edição. Sua publicação representou um importante avanço em termos do diagnóstico de transtornos mentais, além de facilitar a realização de pesquisas empíricas. O *DSM -III* apresentou um enfoque mais descritivo, com critérios explícitos de diagnóstico organizados em um sistema multiaxial, com o objetivo de oferecer ferramentas para clínicos e pesquisadores, além de facilitar a coleta de dados estatísticos. Modificou a concepção de pesquisa e da prática psiquiátrica, ao tornar disponível um sistema de diagnóstico preciso do ponto de vista descritivo-terminológico e passível de servir de apoio para a pesquisa empírico-experimental.

Porém, foi a partir desse *Manual* que se nota o expurgo do enfoque psicanalítico, admitindo, pela última vez, o emprego da neurose como categoria clínica. Para os reformadores do *DSM III*, essa noção tornara-se vaga e não científica. A partir do *DSM III*, ocorreu uma hierarquização dos diagnósticos, objetivando-se a identificação de apenas uma patologia para englobar os demais sintomas que constituem o estado de um paciente, dispensando qualquer referência ontológica. A única exigência era, dessa forma, a concordância no plano descritivo (DUNKER; KRYLLOS NETO, 2011).

Em 1987, a hierarquização de eixos diagnósticos entrou em desuso por meio da divulgação do *DSM III-R*, sendo substituída pelo conceito de comorbidade. Assim, um mesmo paciente poderia ter vários diagnósticos em eixos distintos (KRILLOS NETO *et al*, 2011). A proliferação de pesquisas, revisões bibliográficas e testes de campo permitiram que, em 1994, a *APA* lançasse o *DSM-IV*, listando 297 desordens. Observa-se, nessa quarta versão do *DSM*, que a histeria é desmembrada em síndromes: dissociação, disformismo corporal, ansiedade, depressão, fibromialgia.

Para Dunker e Kryllos Neto (2011), a partir das mudanças ocorridas entre o *DSM III* e o *DSM IV*, rompeu-se a tradição em vigor desde Pinel, em que as formas de sofrimento, alienação ou patologia mental eram acompanhadas da fundamentação ou da crítica filosófica. Rompeu-se a aliança entre psicanálise e psiquiatria, em uma nova forma de fundamentar e fazer psicopatologia: “(...) em vez de progredir pela ambiguação de línguas concorrentes, recorreu-se à unidade desambiguadora da norma” (DUNKER; KRYLLOS NETO, 2011, p. 617). A partir disso, observa-se maior tendência a substituir a escuta clínica da história do sujeito pela pesquisa de anomalias comportamentais transformadas em sinais de patologia.

Uma entrevista orientada pela descrição do sintoma é valorizada, na hipótese de que os distúrbios psiquiátricos se manifestam por meio de um conjunto característico de sinais e de sintomas, com um curso previsível, com uma resposta a um tratamento específico. A meta da entrevista orientada pelo sintoma, ao motivar o paciente a descrever seus problemas em detalhes, tem o objetivo de classificar as queixas e suas disfunções, de acordo com as categorias definidas pela classificação *DSM* (DUNKER, KRYLLOS NETO, 2011).

A evolução do *Manual* representava um aumento significativo de dados, com a inclusão de diversos novos diagnósticos descritos com critérios mais claros e precisos. Uma revisão dessa edição foi publicada em 2000 como *DSM-IV-TR* e foi formalmente utilizada até o início de 2013. Uma das críticas apontadas nessa edição é em relação ao critério classificatório. Um grande número de pacientes que recebe um diagnóstico contido no *DSM-IV-TR* também preenche critérios para múltiplos outros diagnósticos, podendo muitos transtornos mentais de ansiedade, por exemplo, ocorrer concomitantemente com um transtorno do humor. Em contrapartida, outros transtornos mentais podem ficar de fora do sistema diagnóstico. Segundo Sérgio Laia:

Esse alto índice de diagnósticos não especificados evidencia o que eu chamaria de desaparecimento da clínica, perpetrado por aqueles que usam e defendem classificações como o DSM: a designação “sem outra especificação” (SOE) é uma categoria excessivamente vaga, em função da ampla utilização para a “categorização” de alguns “transtornos mentais” e sua labilidade para a orientação de tratamentos. Há, portanto, uma ampla difusão de um “diagnóstico” que é, ele mesmo, uma espécie de confissão da impotência de diagnosticar com base nos parâmetros definidos pelo DSM como “evidências” ou como “dados estatísticos” (LAIA, 2011, p. 6).

Assim, a partir desse excesso de categorias do tipo “sem outra especificação”, há uma comprovação de que os sintomas carregam consigo um irreduzível à classificação, e, como bem escreve Laia, esse irreduzível “tem a ver com as especificidades, as sutilezas e “finezas”

pelas quais o que Freud chamou de “pulsão” faz uso dos corpos para efetivar uma satisfação que LACAN (1972-1973/1976) designa como gozo” (LAIA, 2011, p.6).

O *DSM-V*, oficialmente publicado em 18 de maio de 2013, é a mais nova edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana*. A publicação é o resultado de um processo de doze anos de estudos, revisões e pesquisas de campo realizados por centenas de profissionais, divididos em diferentes grupos de trabalho. O objetivo final foi o de garantir que a nova classificação, com a inclusão, reformulação e exclusão de diagnósticos, fornecesse uma fonte segura e cientificamente embasada para aplicação em pesquisa e na prática clínica (ARAÚJO; LOTUFO NETO; 2014).

A psiquiatria deixou de ser uma disciplina voltada para o tratamento da loucura e passou a tratar dos pequenos mal-estares cotidianos e da dor de existir, com o consequente aumento da medicalização das dificuldades psíquicas e emocionais.

Embora os formuladores da versão *DSM* reconheçam os impasses da classificação dos transtornos mentais, não há uma mudança na presente versão, quanto à multiplicação dos diagnósticos. A versão atualizada ampliou o número de doenças, tendo como consequências o aumento do número de diagnósticos, o uso de medicamentos e o avanço do mercado da indústria farmacológica. As soluções que vêm sendo apresentadas nas formulações *DSM* são muito diferentes daquelas que são propostas ao longo de um processo psicanalítico. Afinal, como lembra Laia (2011):

Tanto Freud (1911/2010, 1915/2010 e 1917/1976) quanto Lacan (1964/1973) mostravam que, sem a transferência, sem a “entrega” que um analista faz de seu corpo como um “objeto” onde vai se localizar o que afeta o analisante como uma excitação que tem as características de uma quantidade incomensurável, não há como tal analisante cingir o que está efetivamente em jogo na sua economia libidinal, nos seus sintomas, na sua vida (LAIA, 2011, p. 13).

Para os formuladores do sistema *DSM*, que tentam medir o que é incomensurável, essa categorização exaustiva pode ser considerada uma forma de avanço da ciência; mas, para a psicanálise, essa tentativa não é um sinal nem um pouco científico, nos dizeres de Laia: “marca um real sem o qual o exercício da clínica torna-se mera ortopedia” (LAIA, 2011, p. 13).

Nesse sentido, é interessante saber que o termo psicopatologia, termo carregado de ambiguidades, é uma terminologia associada às raízes psiquiátricas. A psicopatologia, de uma forma genérica, pode ser considerada como um conjunto de conhecimentos acerca do

adoecimento mental do ser humano. Kraepelin foi o grande sistematizador da psicopatologia descritiva, ao consolidar de forma definitiva a vocação nosológica desta. Do ponto de vista kraepeliano, trata-se de discernir, sob bases clínicas, as diversas formas de adoecimento mental, as quais teriam o mesmo estatuto das doenças físicas tratadas pela medicina. Kraepelin desconsidera os processos psicodinâmicos, descrevendo apenas as causas endógenas e exógenas das doenças.

Porém, pode-se afirmar também que a psicopatologia define-se como experiência clínica e discurso de *pathos*, constituída como tal no fim do século XIX, principalmente na França e na Alemanha, estabelecendo-se como disciplina híbrida ao partilhar sistemas semiológicos e diagnósticos entre a psicologia, psiquiatria e psicanálise. Segundo Dunker e Kryllos Neto (2011), é possível entender, em função dessa natureza híbrida, por que a psicopatologia historicamente recorreu à filosofia em torno de duas exigências epistemológicas fundamentais: transformar *pathos*, como diferença particular e transitória, em experiência de pretensão universal, e transformar *pathos* como experiência de sofrimento, das paixões e dos sintomas, em discurso e prática clínica singular. No primeiro caso, observa-se a influência da formação alemã (Kraepelin) e, no segundo caso, observa-se a influência de Pinel para a psiquiatria clássica francesa (Morel). O exame histórico das relações entre psiquiatria e psicanálise tende a mostrar que a psicanálise é muito mais comprometida com a psiquiatria do que hoje ela gostaria de admitir e que a psiquiatria é muito mais dependente da psicanálise do que ela está disposta a reconhecer.

É preciso lembrar, como pontua Quinet (2006), que o *DSM*, assim como outros manuais nosográficos, são manuais de diagnóstico, e não de psiquiatria. Os manuais, sendo ateóricos, voltam-se para a descrição que é partilhada pela maioria dos psiquiatras. Assim, toda e qualquer hipótese que leve em consideração a etiologia é excluída, como também aconteceu com o conceito de doença, uma vez que esta não deixa de estar vinculada a um processo que irá acontecer um dia.

Fundar uma prática de diagnóstico baseada no consenso estatístico de termos relativos a transtornos, que, por conseguinte, devem ser eliminados com medicamentos, é abandonar a clínica feita propriamente de sinais e sintomas que remetem a uma estrutura clínica, que é a estrutura do próprio sujeito (QUINET, 2006, p. 12).

O *DSM* atual procura, dessa forma, constituir-se num sistema classificatório fidedigno dos padecimentos psíquicos e não possui a pretensão de ser uma psicopatologia. Sua racionalidade está organizada em torno de busca de categorias confiáveis, provisórias e

operacionais que permitem a superação de mal-entendidos terminológicos no terreno da psicopatologia. O critério está calcado na descrição formal do plano empírico dos fatos clínicos (DUNKER; KRYLLOS NETO, 2011).

Ao longo de sua trajetória, o *DSM* foi alvo de muitas polêmicas. O capítulo dos Transtornos Depressivos ganhou novos diagnósticos no *DSM-V*, levantando discussões sobre a ‘patologização’ de reações normais e a superestimativa do número de casos de depressão. Na edição anterior do *DSM*, pacientes que estavam em luto eram excluídos do diagnóstico, mesmo que apresentassem os sintomas, a não ser que o comportamento persistisse por mais de dois meses. Agora, após duas semanas, mesmo em luto, o paciente poderá receber diagnóstico de depressão.

Por outro lado, na tentativa de evitar qualquer polêmica, as diferentes versões do *DSM* acabaram por abolir a própria ideia de doença. A expressão “distúrbio mental” serviu para contornar o problema delicado da inferiorização do paciente, que, se fosse tratado como doente, correria o risco de exigir indenizações. Dentro dessa perspectiva, por exemplo, o adjetivo alcoólatra foi substituído por “dependente de álcool”.

Vale reafirmar que a consulta aos *Manuais* e o seu uso adequado têm a sua importância para os profissionais que atuam na área da saúde mental. Segundo Matos *et al* (2005), a sua utilização tem resultado, nos últimos anos, em avanços científicos significativos no campo da prática clínica e do estudo epidemiológico dos transtornos mentais. O *Manual* possibilitou também uma ampla comunicação, por meio de uma linguagem comum, entre médicos psiquiatras e psicólogos em todo o mundo. Entretanto, o uso do *Manual* é limitado, não substitui o estudo dos tratados clássicos de psicologia, psicopatologia e psiquiatria, e nem a experiência clínica e o treinamento que a precede. Modelos híbridos que buscam conciliar os modelos categorial e dimensional, envolvendo psiquiatras e psicólogos, têm sido desenvolvidos atualmente, com perspectivas promissoras para o desenvolvimento dessa especialidade.

Segundo Andreansein e Black (2009), o sistema *DSM*, por mais que melhorasse a fidedignidade dos diagnósticos, o esclarecimento do processo diagnóstico e facilitasse a anamnese e o processo do diagnóstico diferencial, tem suas desvantagens. A maior precisão às vezes dá aos clínicos e aos pesquisadores uma falsa sensação de certeza quanto ao que estão fazendo, já que a seleção de sinais e sintomas muitas vezes é até certo ponto arbitrária. Outra desvantagem é que o sistema *DSM* pode sacrificar a validade em nome da fidedignidade:

A fidedignidade refere-se à capacidade dos indivíduos de concordarem quanto ao que vêem, enquanto validade refere-se a sua capacidade de prever prognósticos e resultados, resposta ao tratamento e, em última análise, etiologia (ANDREANSEN; BLACK, 2009, p. 25).

Por isso, o sistema *DSM* pode estimular os médicos a tratar diagnósticos como pouco mais do que uma *checklist* e esquecer o paciente como sujeito.

Observa-se surpreendentemente com isso que os excessos das classificações dos diagnósticos e consenquente uso da farmacologia têm sido denunciados justamente por aqueles que a haviam enaltecido. O diretor da revisão do *DSM – IV*, o psiquiatra Allen Frances (2014), alerta que o aumento de diagnósticos de transtornos mentais está engolindo a normalidade. Em uma entrevista realizada no ano de 2014, Frances se orgulha de ter incluído apenas dois, dos sugeridos noventa e quatro novos transtornos mentais no *DSM IV*. Mas reconhece que o *DSM IV* foi frágil demais para frear o impulso agressivo e sagaz das empresas farmacêuticas no sentido de introduzir novas entidades patológicas.

O diretor acredita que não souberam antecipar o poder dos laboratórios de fazer médicos, pais e pacientes esperarem que o transtorno psiquiátrico seja algo muito comum e de fácil solução. O resultado foi uma inflação diagnóstica que causa muito dano, já que foi criado um sistema diagnóstico que transforma problemas cotidianos e normais da vida em transtornos mentais. Frances (2014) defende a ideia de que tais medicações sejam administradas de forma racional e em coordenação com outras formas de tratamento.

Para Frances (2014), os laboratórios estão enganando o público, fazendo-o acreditar que os problemas são resolvidos com comprimidos. Ele afirma que os fármacos são necessários e muito úteis em transtornos mentais severos e persistentes, que provocam grande incapacidade. Mas não ajudam nos problemas cotidianos, sendo que o excesso de medicação pode causar mais danos do que benefícios. E completa que não existe tratamento mágico contra o mal-estar.

Segundo o psiquiatra, após a inclusão da síndrome de Asperger no *DSM IV*, o diagnóstico de autismo triplicou, e o mesmo aconteceu com a hiperatividade. As estimativas realizadas apontavam que aumentariam cerca de 15%, mas uma mudança brusca aconteceu em 1997, após os laboratórios lançarem no mercado fármacos novos: o diagnóstico se multiplicou por 40.

Frances (2014) conclui que, apesar da capacidade de maleabilidade do seres humanos de fazer com que tenham a capacidade de confrontar a adversidade e se sobrepor a ela, se os indivíduos abraçarem a cultura que acolhe os comprimidos diante de qualquer problema, estes

correm o risco de reduzir suas capacidades de confrontar e resolver problemas por si mesmos, diminuindo a dignidade de quem sofre.

A psiquiatria, ao se afastar da psicopatologia e ao reconhecer nela um território ambíguo do sofrimento, do mal-estar, aproxima-se perigosamente de uma prática mecânica de medicalização de massas. Dessa forma, a sua aspiração à universalização decai em uma tentativa de totalidade operacional, bem como na incapacidade para intervir na singularidade.

O *DSM* ao se fundamentar na racionalidade médica, em sua consistência e relativo êxito, repousa justamente nesse fato, na objetividade dos dados produzidos (DUNKER, KRYLLOS NETO, 2010). O incremento em escala progressiva de diagnósticos psiquiátricos e medicamentos cuja pretensão seria regular as “desordens” expressas pelos sintomas, apenas comprova o insucesso de tentar calar o sujeito e desconsiderar o sentido dos sintomas apresentados por ele. O atual modelo de classificação, mais longe do inconsciente, mais perto dos corpos (LAIA, 2013), contribui, inevitavelmente, para o empobrecimento interno da própria lógica psiquiátrica. Empobrecimento que consiste em privilegiar a descrição dos sintomas e das síndromes em detrimento da categoria de doença, como afirmam Kryllos *et al* (2011). Um *Manual*, por mais que pretenda mensurar as dimensões gradativas de um comportamento repetitivo e sintomático, tende a fracassar em sua própria pretensão quantitativa, como afirma Laia (2013). Afinal, ele pode até se interessar e procurar medir o que se repete, mas, ao fazê-lo restringindo o corpo humano a um organismo, ao não ser sensível aos modos como as palavras tocam esse corpo e o marcam, o *DSM V* despreza-o, abordando-o apenas por uma substância química, por exemplo.

O desmembramento dos cinco grandes modelos que, de início haviam permitido à psiquiatria dinâmica associar uma teoria do sujeito a uma nosologia, teve o efeito, portanto, de separar a psicanálise da psiquiatria, de remeter esta última ao campo de uma medicina biofisiológica que tende a excluir muitas vezes a subjetividade.

Segundo Laurent (2012), a crise na zona *DSM* será duradoura e profunda. Atualmente a confiança não parece mais poder ser restaurada sem códigos e classificações engessadas. O sistema classificatório, que muitas vezes nem sabe o que está medindo, é perspicaz. Vai ao alvo do sentimento humano pós-moderno inseguro ao tentar assegurá-lo das respostas e soluções simples às suas demandas.

O diagnóstico em psicanálise acontece sob transferência, sob um endereçamento da fala, que ultrapassa os fenômenos paradigmáticos e classificatórios dos engessados manuais, que estabelecem padrões de sofrimento psíquico.

A psicanálise preocupou-se pouco com a consistência do sistema de classificação dos grupos psicopatológicos. Ao longo da obra de Freud, observa-se uma atitude avessa ao ideal de classificação exaustiva e de regularidade semiológica constante. Contudo, a psicanálise conta com um conjunto de conceitos e hipóteses de natureza metapsicológica que fazem a função dessa classificação no interior da psicopatologia. A saber, as teorias sobre o inconsciente, a pulsão, a defesa permitiram que, a partir dos casos clínicos, a psicanálise adquirisse um valor de generalização poucas vezes alcançado. Casos clínicos não funcionam, como na psiquiatria, por acumulação e pelo recurso central às operações de distinção, indução, e inclusão em famílias, ordens, gêneros ou classes. Um caso é principalmente a articulação de uma história ou de um conjunto de histórias que se ordenam de modos distintos e móveis (história dos sintomas, do tratamento, o que é lembrado, esquecido). É possível compreender, então, por que a divisão entre psiquiatria e psicanálise poderia comportar a formulação de um sistema diagnóstico como o *DSM*. O lugar reservado para a uniformidade e exaustividade classificatórias havia sido deixado vago por Freud, já que ele reconheceu a importância de outros métodos na realização dessa tarefa, como os referidos acima (DUNKER; KRYLLOS NETO, 2011).

Os sujeitos de um tipo clínico não servem como referenciais paradigmáticos para os outros do mesmo tipo. Laia (2011), ao lembrar-se de Lacan, argumenta que, no âmbito de um mesmo tipo clínico, de uma mesma categorização, os sintomas de um sujeito são diferentes dos que outro sujeito apresenta porque, ao contrário da abordagem defendida pelo *DSM*, existe algo na constituição do sujeito e na economia libidinal de seus sintomas que escapa à categorização diagnóstica, ao padrão preestabelecido pelas normas e classificações.

É importante ressaltar que não se trata de uma disputa ideológica entre psicanálise e psiquiatria. Ao contrário, a psicanálise conservou a função diagnóstica da psiquiatria sem deixar de se referir à psiquiatria clássica e mantendo a relevância e a singularidade da fala de cada sujeito, tanto no nível do enunciado quanto no nível da enunciação, ambicionando, porém, ir além dos fenômenos.

Apesar dessa cisão hoje realizada, é interessante lembrar que até mesmo Freud, muito apegado à ciência de sua época, teve esperanças de fazer da psicologia uma ciência natural, já que a expectativa dele, depositada nas substâncias químicas, filia-se à sua adesão ao modelo científico epistemológico da época, segundo o qual só há um tipo de ciências, o das ciências da natureza.

Foi por isso que, num manuscrito inacabado intitulado *Projeto para uma psicologia científica* redigido em 1895, ele formulou certo número de correlações entre as estruturas

cerebrais e o aparelho psíquico, tentando representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados por partículas materiais, ou “neurônios.” Ele as categorizou em três sistemas distintos: percepção (neurônios  $\phi$ ), memória (neurônios  $\psi$ ) e consciência (neurônios  $\omega$ ). Quanto à energia transmitida (quantidade), ela era regida, segundo Freud, por dois princípios – um de inércia e um de constância – e provinha quer do mundo externo, veiculada pelos órgãos dos sentidos, quer do mundo interno (isto é, o corpo). A ambição de Freud, nessa época, era reduzir a esse modelo neurofisiológico a totalidade do funcionamento psíquico normal ou patológico: o desejo, os estados alucinatorios, o mecanismo de sonho, etc.

O texto *Projeto para uma psicologia científica* trata-se, portanto, de colocar a teoria psicológica de tal maneira que ela possa ser lida numa linguagem neurológica, como escreveu Mannoni (1994), numa linguagem neurológica hipotética de uma neurologia que ainda estava por ser constituída. As ideias deste texto representam de início as expectativas de Freud: um modelo que funcionasse à maneira de uma máquina, que viria a ser um modelo fictício, sem relação com a neurologia. Por isso, Mannoni conclui que se pode dizer que a metapsicologia surgiria no lugar que a neurologia ocupava. Para Roudinesco (1998), Freud:

reconheceu que, para ele, na passagem da medicina para a psicologia, tratava-se de realizar seu desejo inicial de se dedicar aos conhecimentos filosóficos, não sendo a atividade terapêutica mais do que uma consequência anexa e imprevista dessa mudança de orientação. A psicologia clássica e a psicologia da consciência não podiam ser objeto de uma iniciativa intelectual cuja realização requeria um quadro teórico e uma forma de cientificidade que, pautando-se no encaminhamento filosófico, levassem a pensar a articulação dos processos psíquicos com os fundamentos biológicos (ROUDINESCO, 1998, p. 511).

Ainda segundo a autora, Freud sabia que seu objetivo de teorizar a articulação do psiquismo com o substrato biológico estaria à disposição das futuras descobertas da biologia e que um dia poderiam colocar em questão o que ele havia construído. Entretanto, ele não desanimou diante dessa possibilidade: “ele parece haver considerado que a reflexão metapsicológica, com suas inevitáveis especulações, constituía a única defesa epistemológica em condições de erguer uma barreira contra as derivas psicologizantes ou organicistas que, já em sua época, constituíram o principal perigo para essa nova ciência” (ROUDINESCO, 1998, P. 513).

Freud, em vários textos da sua obra, como neste texto, *Projeto para uma psicologia científica* (1895/1996), assim como também em *Luto e Melancolia* (1917/1996), em *O interesse científico da psicanálise* (1913/1996), *Sobre a psicoterapia* (1904 [1905]/1996), *O mal-estar na civilização* (1930/1969), dentre outros, não ignorou o lugar da ciência e a

importância que poderia ser concedida aos fatores biológicos e químicos. Tinha intimidade com a pesquisa e com a literatura biológica, bem como com a psiquiatria. Suas referências a estas disciplinas são constantes, utilizando-as com grande frequência. Depositou esperança nas construções psicanalíticas e acreditava que, talvez, o progresso da biologia pudesse contribuir na tentativa de minorar o sofrimento humano.

No texto *Esboço de psicanálise*, Freud (1939/1996) explicita tal expectativa depositada nas substâncias químicas:

O futuro pode ensinar-nos a exercer influência direta, através de substâncias químicas específicas, nas quantidades de energia e na sua distribuição no aparelho mental. Pode ser que existam outras possibilidades ainda não imaginadas de terapia. De momento, porém, nada temos de melhor à nossa disposição do que a técnica da psicanálise, e, por essa razão, apesar de suas limitações, ela não deve ser menosprezada (FREUD, 1939/1996, p. 196).

Freud, mesmo acreditando tanto no avanço da ciência quanto no poder das substâncias químicas e suas ações na limitação do sofrimento humano, não pensava que a psicanálise pudesse atribuir a ideia, hoje dominante, de uma redução da organização psíquica a comportamentos. A subjetividade não é mensurável nem quantificável: ela é a prova, ao mesmo tempo visível e invisível, consciente e inconsciente, pela qual se afirma a essência da experiência humana, já que, no que concerne ao psiquismo, os sintomas não remetem a uma única doença, e esta não é exatamente uma doença (no sentido somático). Por isso, a cura não é outra coisa senão uma transformação existencial do sujeito (ROUDINESCO, 2000).

Diante do discurso da ciência, do imediatismo e da ambivalência que vigoram no tempo pós-moderno, o sujeito pode ser visto como se assujeitasse ou então se alienasse, num verdadeiro retrocesso, como no período da institucionalização da loucura. Ou seja, será que o sofrimento do sujeito pós-moderno, assim como aconteceu com a loucura nos séculos XVIII e XIX, não está sendo escutado e está sendo encarcerado via medicamento? Será que há novamente uma submissão do saber do sujeito ao Outro, permitindo que ele saiba mais sobre seus sintomas do que ele próprio? Será, então, que a alienação percebida dos séculos XVIII e XIX se presentifica novamente com outras roupagens na pós-modernidade? Todo o conhecimento, como no período anterior, passa a ser visto como externo ao sujeito, externo à sua história, aos seus projetos, às suas demandas e ambições?

Freud, embora reconhecesse e até mesmo depositasse esperança no tratamento baseado na química, nunca desprezou a significativa importância do tratamento pela fala. O

psicanalista, inserido na época da modernidade, no século XIX, circunscreveu o mal-estar, considerando-o da ordem estrutural do sujeito.

A medicina baseada em evidências, como é o caso da psiquiatria tradicional, está associada ao tratamento em condições de mundo ideal, ou seja, na supressão do sofrimento, do mal-estar, dos sintomas. Ao propor que o diagnóstico incida não exclusivamente sobre o sintoma, mas sim sobre a implicação do sujeito no sintoma, a psicanálise pode criar condições para que a própria intervenção clínica vá mais além da supressão do sintoma. Toda relevância é dada à singularidade de cada sujeito, que deixa de ter ênfase no assinalamento descritivo dos sintomas, nessa “hipermensuração”, no dizer de Laia (2013), para ser um encontro:

Assim, eu diria que as dimensões do DSM-5 ainda pretendem conferir um sentido ao real enquanto que, na experiência analítica redimensionada por Lacan, trata-se, como elucida Miller, de despojar o real do sentido. Enquanto os formuladores do DSM-5 e seus seguidores buscam incessantemente ordenar o real mensurando-o e classificando-o, a psicanálise de orientação lacaniana consoante com a dimensão “sem lei” do real, nos convida a enfrentar não exatamente *o transtorno mental* que, em inglês, é literalmente “mental *disorder*”, mas o que, segundo Miller, se apresenta como desordem no real (...) (LAIA, 2013, p. 4).

Seja na crítica da cultura ou no diálogo com as neurociências, a psicanálise tem uma contribuição específica a dar, na medida em que permite uma abordagem racional do subjetivo, do singular, do sofrimento humano. Isso é permitido quando se desloca do plano operacional do sistema *DSM* para o plano da prática da clínica terapêutica. É possível encontrar a pertinência das boas descrições psiquiátricas e psicanalíticas que são elaboradas com objetivo nas estratégias de intervenção e transformação.

Então resta questionar: será que há uma nova forma de clausura pós-moderna, em que modelos psiquiátricos de clausura anteriores, como os manicômios e os hospícios cederam lugar à clausura via psicofármaco? A idealização da superação de todos os conflitos, na qual o ato de consumir ampara e salva o sujeito dos sofrimentos, abole a noção de sentido, da significação embutida em torno de todo mal-estar.

## 4 A PSICOPATOLOGIA DA PÓS MODERNIDADE: OS IMPACTOS DO PSICOFÁRMACO SOBRE O MAL ESTAR DO SUJEITO

### 4.1 *A destituição de um sentido: do sintoma freudiano ao novo sintoma pós-moderno*

Para os leigos e para a medicina, os sintomas constituem a essência de uma doença, e a cura consiste justamente na remoção destes. O sintoma, para a psicanálise, não funciona como na medicina, já que não é um dado objetivável, mas um elemento que subjetiva. No texto *Os caminhos da formação dos sintomas*, Freud (1916-1917/1969) conceitua os sintomas – psíquicos – como “(...) atos, prejudiciais, ou, pelo menos, inúteis à vida da pessoa, que por vez, deles se queixa como sendo indesejados e causadores de desprazer ou sofrimento” (FREUD, 1916-1917/1969, p. 419). O principal dano causado por eles é o dispêndio mental que acarretam e o dispêndio adicional que se torna necessário para se lutar contra eles. A partir da existência dos sintomas, estes dois tipos de dispêndios podem resultar em um empobrecimento da energia mental da pessoa, ocasionando possibilidade de paralisação para as tarefas importantes da vida.

O ponto central levantado por Freud (1916-1917/1969) no texto *O sentido dos sintomas* é que os sintomas têm um sentido e se relacionam com as experiências do paciente. Neste texto, Freud sustenta também que “(...) se os sintomas, isoladamente, são tão inequivocadamente dependentes das experiências pessoais do paciente, resta a possibilidade de os sintomas psíquicos remontarem a uma experiência que é típica em si mesma – comum a todos os seres humanos” (FREUD, 1916-1917/1969, p.321).

Os sintomas neuróticos, para Freud, são resultados de um conflito, e este surge como nova forma de satisfazer a libido. As duas forças que entraram em batalha encontram-se novamente no sintoma e se reconciliam por meio do acordo representado pelo sintoma formado. É por isso que o sintoma é tão resistente: é apoiado pelas duas partes da luta. Um dos componentes do conflito é a libido insatisfeita, que foi repelida pela realidade e deve retirar-se do eu, devendo então procurar outras vias para satisfazer-se, de acordo com as exigências do princípio do prazer.

As ideias pertencentes ao inconsciente estão sujeitas aos processos que lhes são próprios, sobretudo aos mecanismos de condensação e deslocamento. Observa-se que tais condições se assemelham àquelas existentes na construção onírica. Um sintoma, tal como um sonho, representa algo como já tendo sido satisfeito: uma satisfação à maneira infantil.

O sintoma neurótico surge, portanto, como um derivado extremamente distorcido da realização de desejo libidinal inconsciente, com dois significados em completa contradição mútua, de uma forma ambígua, porém muito bem escolhida. Pelo caminho indireto do inconsciente e das fixações, a libido consegue achar sua saída até uma satisfação real – embora seja uma satisfação restrita.

Pelo fato de a libido dos neuróticos estar ligada às suas experiências sexuais infantis, estas experiências não devem ser negligenciadas, já que são determinantes para a vida do indivíduo por ocorrerem numa época de desenvolvimento incompleto e, por essa mesma razão, são capazes de ter efeitos traumáticos. Deduz-se, a partir disso, que as experiências sexuais infantis têm sua importância pelo fato de que a libido a elas retornou regressivamente, após ter sido expulsa de suas posições posteriores.

De acordo com Freud (1916-1917/1969), os sintomas podem representar eventos que realmente ocorreram (aos quais podem-se atribuir uma influência da fixação da libido) e podem representar também fantasias do paciente. É indiferente o valor concedido à realidade e à fantasia, já que esta última também possuem uma realidade, a psíquica: no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva.

Aromi (2011) acrescenta que é preciso, de alguma forma, perceber a presença do sintoma para, como observou Freud, saber que ele diz algo da história de vida da própria pessoa:

Na psicanálise um sintoma é um “qualquer” elevado à categoria de “isso me diz respeito”, quer dizer, implica uma crença. Para que o sintoma se torne operativo, é preciso acreditar nele. Esta é a base do inconsciente transferencial e do seu pivô, o Sujeito Suposto Saber (AROMI, 2011, p. 363).

Quando acontece tal astúcia, o da percepção de que seu sofrimento diz algo a seu respeito, o sujeito pode entender que há um enigma a ser decifrado. Assim, o sentido do sintoma é aquilo que convém decifrar no seu conteúdo. O sintoma, como um sinal e um substituto de uma satisfação pulsional, é o retorno do recalcado, já que remete a uma mensagem da produção inconsciente. Por isso pode-se afirmar que essa concepção clássica de sintoma mantém a estrutura de metáfora, pela qual se processa a substituição significativa própria da ordem simbólica (SANTIAGO, 2001).

No texto *Inibição, sintoma e angústia*, Freud (1926/1996) afirma que, quando há o domínio do campo do ego sobre o campo pulsional, o ego fará uso do manejo do recalque e assim conseguirá impedir a satisfação pulsional do id, acarretando a instalação do sintoma. Quando isso acontece, há certo triunfo do ego sobre a pulsão do id. Porém, esta renúncia de

satisfação pulsional colocada pelo ego gera o sintoma, que se apresenta como outra forma de satisfação pulsional. Neste texto, Freud esclarece que um sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação pulsional que permaneceu em estado estacionário, consequência do processo de recalque.

No texto de 1914, *Sobre o narcisismo: uma introdução*, ele afirma que o ego não existe desde o início como unidade, devendo se constituir. Em *As pulsões e seus destinos*, Freud (1915/1996) acrescenta que o ego ideal é a primeira forma pela qual o ego se constitui e que a pulsão é um conceito limítrofe entre o psíquico e o somático. No texto de 1923, *O Ego e o Id*, Freud (1923/1996) constata que o ego é antes e acima de tudo um ego corporal. Para Santiago (2001):

Portanto, se, para a medicina, o corpo se confunde com o organismo enquanto realidade primária, para a psicanálise, ele é sempre secundário, porque só existe pela in(corpo)ração da estrutura simbólica. Nesse sentido, considera-se que o sujeito não nasce com um corpo, ele o precede de modo incontestável (SANTIAGO, 2001, p. 25).

Se, do ponto de vista de Freud e de Lacan, a concepção de sintoma está articulada à palavra e ao sentido subjetivo, as novas formas de sintoma, na pós-modernidade, mostram-se fora de um sentido e se fazem presentes de forma mais direta no corpo. Referem-se muito mais ao corpo enquanto organismo do que ao inconsciente e embora não apontem para um sentido oculto não deixam de ser evidentes e ruidosas. O psicofármaco, ao tentar silenciar tais ruídos, torna-se a resposta ideal a tais sintomas porque trabalha para o silêncio.

Para Magalhães (2005, p. 2): “os novos sintomas não são sintomas no sentido clássico, pois não têm como função ordenar o gozo. Eles expressam um gozo solto. Se, no sentido clássico, o sintoma traz satisfação inconsciente, nos novos sintomas não há enigma.” Ainda segundo a autora, os novos sintomas são inacessíveis à palavra, não são sintomas estruturados como linguagem, já que não se dirigem ao Outro. Pelo contrário, eles se referem a um gozo que presentifica no corpo de forma surda e repetitiva.

As substâncias químicas são colocadas na dependência de uma ciência de princípios, de uma doutrina de normas metódicas e de um plano coordenado em que o desconhecido cede seu lugar a um vazio ao impor a renúncia a todo sentido. Contudo, esse trabalho empreendido pelo discurso da ciência, de esvaziamento de toda a tradição dos saberes anteriores, realiza-se com um excedente. Trata-se da oferta de um novo produto, tanto no mercado dos bens capitalistas, quanto no mercado do gozo. Esse novo tipo de consumo surge não apenas das trocas operadas no mercado capitalista, mas no valor paradoxal do gozo. Por isso Santiago

(2001) conclui que o que se fabrica, na singularidade dessa nova relação do sujeito com a droga ou substância química, pode ser considerado, pela clínica psicanalítica, como uma nova forma de sintoma.

Na modernidade, época de Freud, a repressão tinha sua importância na estruturação da sociedade, enquanto a interdição veiculada, regulada pela função paterna, era capaz de apontar a falta como condição do desejo. Como bem considerou MILLER (2004, p.01), “a moral civilizada, no sentido de Freud, dava uma bússola, um corrimão aos desamparados, sem dúvida porque ela inibia”. Observa-se, em contrapartida, na pós-modernidade, época dos desinibidos ou desbussolados (MILLER, 2004), o aumento da escolha do sem palavras, da ausência de laço social, e, como decorrência disto, os novos sintomas desconectados de sentido.

Atualmente a ciência fornece operadores químicos capazes de se constituir como reguladores da economia libidinal, cuja finalidade é extrair satisfação em nível do corpo. Por isso, para Santiago (2001), enquanto efeito de discurso, é possível falar da toxicomania como uma nova forma de sintoma. Pode-se pensar que, se a droga aparece como uma técnica substitutiva que auxilia o sujeito frente às dificuldades mundanas, o psicofármaco seria também uma construção substitutiva auxiliar que intervém no ponto em que o sintoma neurótico se revela uma saída insuficiente para as dificuldades do sujeito diante do seu mal-estar do desejo. O uso abusivo do psicofármaco seria também “como uma tentativa de lidar com os efeitos insuportáveis do retorno do recalçado por uma via distinta daquela do sintoma, concebido como uma formação inconsciente substitutiva” (SANTIAGO, 2001, p. 12).

A partir disso, pode-se indagar se o uso abusivo de medicamentos psicotrópicos pode ser entendido como uma nova resposta ao sintoma, ou seja, se o uso do psicofármaco poderia ser considerado como um novo sintoma da pós-modernidade. Segundo Vieira (2013), os sintomas contemporâneos produzem novos sintomas, e a medicação é de fato um sintoma pós-moderno. A época atual, para o autor, é a dos excessos, e não a da falta. A demanda não é a de sentido, da decifração de um enigma, mas de um endereçamento do sofrimento ao Outro. Qualquer forma de restrição pode se tornar uma crise, e com isso a tendência à medicalização da existência (LAURENT, 2012; VIEIRA, 2013).

Segundo Miller (2004, s.p.), “na palavra sintoma, o ‘sin’ se foi e só restou o ‘toma’”, e o sintoma foi reduzido ao distúrbio, passível, portanto, de ser solucionado. Por um lado, o da ciência e da bioquímica, o sintoma é tratado pelos medicamentos cujos alvos são cada vez mais precisos. Do lado do sentido, o sintoma continua existindo como resto, a título de resíduo. Dunker (2009) alega que todo sintoma exprime um trabalho subjetivo, e os

psicofármacos, embora sejam uma tentativa de solução, podem criar um problema para o sujeito:

Todo medicamento só é eficaz porque realiza “por outras vias” um trabalho ou função que o organismo ou o sujeito pode fazer em condições normais. Ao introduzir o medicamento sem fornecer meios para que o sujeito recupere a possibilidade de realizar esse trabalho, produzimos uma espécie de “efeito colateral”, uma “atrofia” das já debilitadas funções psicológicas (DUNKER *apud* DUNKER; KRYILLOS NETO, 2011, p. 623).

O sintoma, por ser caracterizado como simbólico, é essencialmente significativo e se apresenta como metáfora. Portanto, é na ordem de significante que ele deve ser interpretado, logo, não medicado. Para Santiago:

Daí resulta a hipótese que faço de que a prática de uma droga aparece, na elaboração freudiana, como uma técnica de substituição oriunda da satisfação substitutiva do sintoma. Para mim, deve-se ressaltar o interesse de Freud em acentuar, na toxicomania, a posição do sujeito quanto à saída do sintoma. (...) O recurso à droga faz-se, pois, como uma ação substitutiva, no momento em que o sintoma se mostra insuficiente como resposta para o sujeito. Gostaria, porém, de insistir na eficácia provisória da função apaziguadora dessa técnica do corpo, destinada a obter satisfação no quadro de impasses crescentes do programa da civilização (...) (SANTIAGO, 2001, p. 109).

A partir do plano de ação comprometido e prometido pela evitação do mal-estar, o passo seguinte torna-se natural: buscar uma técnica capaz de reduzir ou eliminar o sintoma psíquico, como se esse pudesse ser tratado da mesma maneira que o sintoma biológico, objetivável, como se ele pudesse ser localizado no espaço e no tempo. A eficácia dos tratamentos passa a ser avaliada por meio de critérios apenas objetivos que favorecem as intervenções que atuem diretamente na redução e controle dos sintomas, desconsiderando qual o sentido deles (CALAZANS; LUSTOZA, 2008).

Se o psicofármaco é considerado um sintoma da pós-modernidade, qual é o sentido que ele encerra? Por ele tentar suprimir a busca de um sentido em forma de questão, talvez o sentido seja justamente o de não querer saber, o não querer buscar a decifração do enigma do sintoma e, conseqüentemente, não querer se implicar no seu sofrimento, no seu mal-estar. O sentido consiste justamente na presença constante da fuga de sentido e conseqüentemente na queda do efeito de sentido.

Os psicofármacos podem diminuir as dores psíquicas, embora não as possa curar. Seria, pois, uma ingenuidade acreditar que eles possam atuar na remoção dos sintomas. Dessa forma, os medicamentos, inicialmente, buscam apresentar respostas como um corretivo para o

sofrimento cotidiano. Porém, para além de um propósito terapêutico, há também um intento hedonista ao tentar banir o sofrimento de qualquer maneira. Para PELEGRINI (2003, p.39):

Enquanto as chamadas drogas pesadas têm por fim a exaltação nirvânica do Eu, inebriando a individualidade para o desempenho na cultura da imagem, as drogas ditas medicinais pretendem, ao conter as angústias e sentimento, capacitar o indivíduo para as mazelas do narcisismo.

A psicanálise, sendo a clínica do particular, desloca os parâmetros normativos da psiquiatria, centrados em torno das noções de déficit e de dissociação, para recolocá-los nas relações do sujeito ao outro, que é a estrutura mesma do enquadre analítico. A intervenção medicamentosa esperada é sempre aquela que leva em conta a singularidade do sujeito, que possibilite o trabalho analítico, que permita ao sujeito tratar o real pelo simbólico. Por isso é preciso retomar a ideia de que o mal-estar como efeito da ausência de satisfação total ou da completude é inerente à condição de ser humano. O mal-estar, como resultado das negociações no processo civilizatório, como preço a pagar pela cultura, é fundante porque constitui o homem. Por esse caminho, não faz sentido tentar eliminá-lo.

Os ideais propostos pela ciência e pelo capitalismo estariam levando hoje à pretensão de eliminar tudo que esteja ligado à falta. Assim, ao se considerar que o uso abusivo das drogas “lícitas” é um novo sintoma da pós-modernidade, é preciso estar atento aos significantes mestres que ordenam o social e aos modos de gozo que respondem a eles. Isso implica voltar-se para o discurso do mestre proposto por Lacan e buscar os significantes contemporâneos que ele aponta.

## ***4.2 Dos discursos ordenadores do laço social ao discurso capitalista***

### **4.2.1 Os discursos**

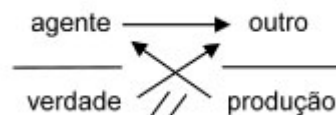
No seminário *O avesso da psicanálise*, Lacan (1969-1970/1992) retoma o estatuto de sujeito dividido, tomando a psicanálise pelo avesso, já que o “avesso é assonante com a verdade” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 52). Neste seminário, Lacan propõe uma nova forma de entender o estabelecimento do laço social entre os sujeitos, no qual há uma articulação inovadora entre o campo da linguagem e o campo do gozo.

Os quatro discursos apresentados nesse seminário são quatro configurações significantes que se diferenciam e se especificam por sua distribuição espacial. Segundo

Lacan: “(...) o que está em questão no discurso como uma estrutura necessária, que ultrapassa em muito a palavra, sempre mais ou menos ocasional. O que prefiro, disse, e até proclamei um dia, é *um discurso sem palavras*.” (LACAN, 1969-1970/1992, p.11). O discurso é, para Lacan, um modo de relacionamento social representado por uma estrutura sem palavras, sem a ideia de um discurso falado, sendo a articulação da cadeia significante o que produz o discurso.

Lacan compõe a estrutura dos discursos com quatro termos e quatro posições, a saber: significante-mestre (S1), o saber inconsciente (S2), o mais-de-gozar ou pequeno *a* e o sujeito barrado (\$). Esses termos circulam por lugares ou posições definidas: do agente, do Outro, da produção e da verdade. A figura abaixo ilustra os lugares destes termos no matema dos quatro discursos proposto por Lacan:

**Figura 1- Os lugares no matema dos quatro discursos**



Fonte: LACAN *apud* ÁVILA, 2014, p.26

O agente, que domina o laço social, tem como função organizar a produção discursiva. O outro é aquele a quem o discurso se dirige e precisa do agente para se constituir. A produção é o efeito do discurso, é aquilo que resta. E por fim há o lugar da verdade, que tem como função sustentar o discurso. Observa-se, na escrita do discurso, na parte superior da barra, que há uma seta que liga a posição do agente à do Outro, ou seja, há uma relação direta e imediata entre eles. Na parte de baixo do discurso, observa-se que há, na figura, uma interdição (//) entre a verdade e a produção, demonstrando que a verdade não pode ser toda dita.

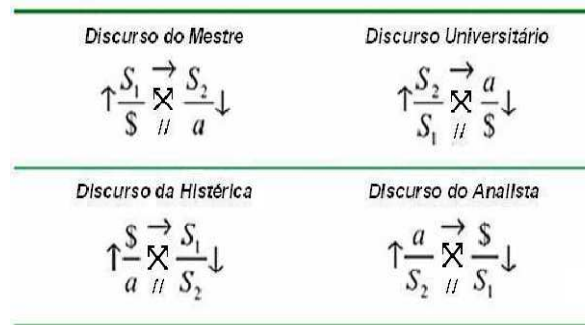
A seta de cada discurso que vai do agente ao outro é interpretada como poder de dominação, só que tomando os discursos não mais do lado de quem domina, mas de quem é dominado. No discurso do mestre, sua referência é o escravizado; no discurso universitário, o estudante ou o astudado (neologismo proposto por Lacan ao colocar o estudante no lugar de objeto *a*); no discurso da histérica, é o mestre dominado, castrado e, no discurso do analista, a referência não é o analista, mas o analisante (QUINET, 2006).

A barra da segunda fração dos matemas dos discursos refere-se ao que o outro de cada laço social deve produzir. Os termos do discurso ocupam alternadamente cada uma das

posições estruturais, não aparecendo em uma ordem fixa. O S1, o significante mestre, é o que possibilita o enquadramento do sujeito no universo simbólico. Sua existência é determinada pela rede significante denominada por Lacan como saber inconsciente, ou S2. O S1 é aquele que representa um sujeito para um outro significante, sendo o significante mais primitivo do sujeito. O S2 é o suporte do saber; o \$ representa o sujeito dividido, e o objeto *a*, o mais-de-gozar, tem o mesmo sentido da mais valia para Marx, sendo o *a* mais que não pode ser pacificado (JACOB; PINTO COHEN, 2010). O objeto *a* é definido também como resto da operação de surgimento do sujeito na cadeia significante, podendo equivaler-se como causa de desejo, quando representa aquilo que provoca desejo, ou como mais-de-gozar, quando é tomado como suplemento de gozo a ser recuperado na repetição da cadeia significante. O objeto *a*, ao escapar a toda captura e resistir à apropriação significante, remete à falta no campo simbólico ou no campo do Outro (TEIXEIRA; COUTO, 2010).

Os discursos radicais propostos por Lacan (1969-1970/1992) são eles: O Discurso do Mestre, formalizado a partir da dialética hegeliana do senhor e do escravo, o qual aborda a organização social da tradição ao apontar a existência de um ordenador que escamoteia a sua castração para definir as relações sociais a partir da maestria; o Discurso da Histórica, que se caracteriza pela convocação de um mestre que produza um saber capaz de equacionar a falta de gozo pleno; o Discurso do Analista, lugar do outro ocupado pelo sujeito dividido, que possibilita ao analisante produzir um saber no lugar da verdade, e o Discurso Universitário, que configura uma tirania do saber enquanto totalidade, já que se apropria do saber do escravo em benefício do senhor.

Lacan (1969-1970/1992) começa sua formulação da teoria dos quatro discursos, partindo do discurso do mestre, ainda que seja o discurso do analista o discurso central em função do qual os demais venham a se inscrever. A obtenção dos demais discursos se define por meio da substituição que os termos realizam, visto que a cadeia simbólica não pode ser desarrumada (com exceção do discurso do capitalista, a ser analisado mais adiante) em um quarto de giro pelas posições. Há sempre uma sobra, um resto pulsional, que servirá de motor para fazer o laço social mudar, que faz o discurso girar (ÁVILA, 2014). A figura abaixo representa os quatro discursos propostos por Lacan:

**Figura 2 - Matema dos quatro discursos**

Fonte: Fonte: LACAN *apud* ÁVILA, 2014, p.27

O que conta é aquilo que ordena e regula o vínculo social entre os sujeitos. Para Lacan (1969-1970/1992, p. 35): “a referência de um discurso é aquilo que ele confessa querer dominar, querer amestrar. Isto basta para catalogá-lo em parentesco com o discurso do mestre.” Dessa forma, Lacan aponta o parentesco de todo discurso com o discurso do mestre, pois, para ele, todo discurso é de dominação.

A intervenção do significante mestre (S1) no campo do saber (S2) possibilita o surgimento do sujeito dividido, o  $\$$ . Ao mesmo tempo essa articulação define algo como perda, o pequeno  $a$ . Esse objeto perdido, causa de desejo tem fundamental importância na estrutura constitutiva dos discursos. Essa estrutura é chamada por Lacan de Discurso do Mestre. Para Lacan (1969-1970/1992):

(...) é fato, determinado por razões históricas, que essa primeira forma, a que se enuncia a partir desse significante, que representa um sujeito ante outro significante, tem uma importância toda particular na medida em que, entre os quatro discursos, ela se fixará no que iremos enunciar este ano como discurso do mestre (LACAN, 1969-1970/1992, p. 18).

Os discursos são as formas de laço social que são estabelecidas desde a inserção do homem na cultura. Nestes laços, o agente, sustentado pela verdade, domina sobre os outros elementos da estrutura quadripartite, ou seja, o elemento que ocupa este lugar é o que define a modalidade do discurso, pois ele incide sobre o Outro, fazendo-o trabalhar para que se produza algo (JACOB; PINTO COHEN, 2010).

No texto *O mal-estar na civilização*, Freud (1930/1969) aponta o relacionamento interpessoal como uma das causas, senão a maior delas, de sofrimento humano. Lacan nomeia discursos os quatro modos de relacionamento apontados por Freud (1930/1969) como fontes de sofrimento do homem, a saber: governar, educar, analisar e inclui o fazer desejar (COELHO, 2006). Governar corresponde ao discurso do mestre/senhor, em que o poder

domina; educar constitui o discurso universitário, dominado pelo saber; analisar corresponde ao laço social em que o analista se apaga como sujeito por ser apenas a causa libidinal do processo analítico; e fazer desejar é o discurso da histérica, dominado pelo sujeito de interrogação (sobre o desejo), que faz o mestre não só querer, como também produzir um saber (QUINET, 2006).

A tentativa de compreender as transformações na sociedade pós-moderna desloca o olhar para os notórios avanços técnico-científicos. Novos campos de intervenção no espaço cultural são convocados nos diversificados modos de atribuição de sentido em um mundo em acelerado processo de transformação, no qual se pode perceber o surgimento de novas subjetividades. Ao admitir tais aspectos, faz-se necessário investigar os ideais engendrados na pós-modernidade, via discurso capitalista, uma modificação sofrida pelo discurso do mestre a ser exposto no decorrer deste trabalho, e situar o lugar da produção de objetos da ciência no núcleo do discurso.

Por esse caminho será possível tentar entender o lugar ocupado pelo psicofármaco na pós-modernidade, momento que engendra a proposta de uma satisfação pulsional rápida, eficaz e acessível, como pretendem os objetos aí produzidos. Por isso, faz-se necessário discorrer brevemente sobre o discurso do mestre, já que o discurso capitalista a partir do qual será possível pensar o lugar do psicotrópico como objeto de estudo dessa dissertação, é definido por Lacan como uma mutação no discurso do mestre.

#### **4.2.2 O discurso do mestre**

É no discurso do mestre que Lacan faz alusão ao termo “avesso” - título concebido por Lacan no seu seminário 17, *O avesso da psicanálise*. Segundo Ávila:

O discurso do mestre é abordado por Lacan como o discurso do inconsciente. O significante mestre, (S1), agente de castração, quando remetido em direção aos outros significantes que compõem a rede do saber (S2), produz uma entropia, uma perda, um desperdício de energia a ser recuperada na forma do mais-de-gozar, (a). Esse mais-de-gozar, (a), oriundo da repetição de S1 sobre S2, permite o funcionamento do inconsciente. É sob a lógica do discurso do mestre, discurso esse que imprime uma renúncia pulsional ao sujeito, que se torna possível obter como finalidade, a organização e desenvolvimento da cena social. Portanto, ele é considerado uma forma de laço social civilizador (ÁVILA, 2014, p.29).

É neste discurso que se observa a relação dialética entre o senhor e o escravo, introduzida por Hegel em *A Fenomenologia do Espírito*. É a partir deste estudo de Hegel que Lacan faz uma análise e discute a ideia de que o escravo se libertará pelo trabalho:

Sem prejudicar a dialética hegeliana por constatação de carência, há muito levantada a propósito da questão do vínculo da sociedade dos senhores, mestres (...). O trabalho, diz-nos ele, a que se submete o escravo, renunciando ao gozo por medo da morte, será justamente a via pela qual ele realizará a liberdade. Não há engodo mais manifesto politicamente e, ao mesmo tempo, psicologicamente. O gozo é fácil para o escravo e deixará o trabalho na servidão (LACAN, 1998, p. 825).

Esse discurso sugere, a partir da dialética hegeliana, o Senhor e o Escravo, um ato governamental, no qual o Senhor ordena ao escravo que ele trabalhe e produza objetos para seu consumo. A partir da leitura de Lacan, é possível perceber que, apesar de o Senhor cumprir seu lugar de autoridade e comandar o trabalho do Escravo, o saber está situado ao lado do Escravo. Fica claro, na estrutura do discurso do mestre, que o Escravo é quem detém o saber sobre a produção, e por isso, esse saber (S2) caracteriza-se como um saber-fazer. A verdade do mestre é que ele é castrado, e o escravo tem algum saber sobre a castração do Senhor, pois o \$ no lugar da verdade mostra que o sujeito não é unívoco, mas dividido (COELHO, 2006).

O que faz do Senhor um Senhor, ao ocupar esse lugar e associar uma dívida do Escravo para com ele? Para Lacan (1969-1970/1992), o Senhor se torna agente desse discurso por haver renunciado ao mais-de-gozar e se expor à morte, apesar de permanecer fixado a essa posição. Com isso, o Senhor privou o escravo da disposição do seu corpo, deixando-lhe o gozo. E Lacan questiona (1969-1970/1992, p. 100):

Como é que o gozo volta a ficar ao alcance do senhor para manifestar sua exigência? (...). O senhor faz, em tudo isso, um pequeno esforço para que a coisa funcione – quer dizer, dá a ordem. Simplesmente cumprindo sua função de senhor, ele perde alguma coisa. Essa coisa perdida, é por aí que pelo menos algo do gozo deve ser-lhe restituído – precisamente o mais-de-gozar.

No discurso do mestre, o mais-de-gozar (*a*) está situado no lugar da produção, é elevado à condição de causa de desejo do mestre e apontado no ato de repetição do trabalho do escravo. Contudo, o desejo do Senhor, que é por ele próprio desconhecido, lhe permite defini-lo como desejo do Outro, uma vez que é o Escravo quem detém o saber sobre o desejo do Senhor e a ele apresenta os objetos que pretendem saciá-lo. O Escravo é que ocupa o lugar de Outro do Senhor, uma vez que ele é a condição pela qual o Senhor alcança a satisfação do seu desejo, mas uma satisfação sempre parcial e estritamente dependente do desejo e do trabalho desse Outro. Assim, ao trabalhar, o Escravo desvela a essência do Senhor, ou melhor, a excelência do Senhor é sustentada pela existência do \$ no lugar da verdade, o que denuncia, a um só golpe, a castração do mestre/ Senhor.

O discurso do mestre, discurso central e paradigma do ideal como concebido por Lacan (1969-1970/1992), já não dá conta das questões impostas pela sociedade atual, pois, ao ser subvertido pelo discurso capitalista, trouxe inúmeras consequências que desafiam a psicanálise. O sujeito da pós-modernidade é aquele que busca respostas imediatas para seu sofrimento, buscando se satisfazer com objetos criados pela ciência e altas tecnologias para ser feliz.

Segundo Jacob e Pinto Cohen (2010), a contemporaneidade destituiu o antigo mestre de seu lugar e esse lugar ascende um novo mestre, que fica representado pelo sujeito. Dessa forma, Lacan nomeia o discurso capitalista, não sendo este propriamente o quinto discurso, mas apenas uma mutação do discurso do mestre.

No discurso capitalista não há mais espaço para a falta: embora haja o reconhecimento da falta, há também uma promessa de tamponá-la.

O objeto *a* se define por ser um objeto que não existe – só é possível falar dele na mesma proporção em que se fala da falta. Este mantém uma relação absolutamente estrita com a falta. O objeto *a* funciona como um verdadeiro motor da estrutura, como causa da estrutura do desejo, sendo essa dimensão de perda, essencial à metonímia, em que esse objeto jamais é reencontrado e incessantemente repetido (LACAN, 1975-1976/2007).

A partir do tratamento psicanalítico, pode-se apostar na possibilidade de alcançar o lugar - a verdadeira causa do desejo - que revela a função que a droga encarna. Nesse sentido, o sujeito engaja-se numa relação de busca e não de encontro com o objeto – objeto *a* – o qual decai na hora de sua separação com o Outro. Entrar na estrutura discursiva do simbólico implica uma perda estrutural, e dessa maneira o ser falante constitui-se como falta-a-ser. Uma vez que a psicanálise pressupõe que os discursos carregam a incurabilidade da falta estrutural, a questão que se insere é: de qual maneira o discurso capitalista se aproveita disso em seu discurso? (TEIXEIRA; COUTO, 2010). Por isso é preciso voltar à questão inicial, ou seja, como o psicofármaco tende a “resolver” o mal-estar do sujeito pós-moderno.

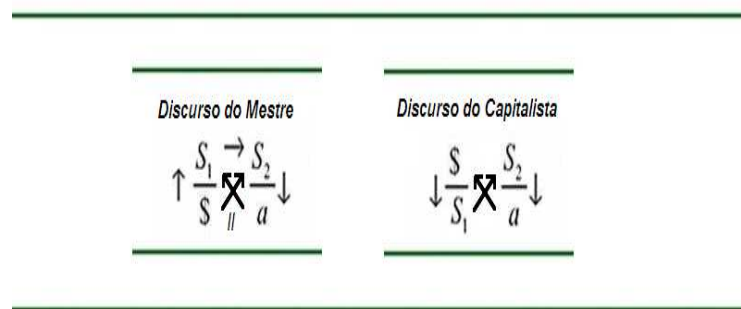
### **4.2.3 O lugar do psicofármaco no discurso capitalista**

Segundo Quinet (2006), o mal-estar da civilização se apresenta como doenças provenientes do discurso capitalista. Ele afirma: “este sim, corrige-se Lacan, é o laço social dominante em nossa sociedade – e não o discurso da universidade como discurso do mestre moderno, como afirmara no seminário *O avesso da psicanálise*, em 1969/1970” (QUINET, 2006, p. 38).

Apesar de Lacan se referir ao Discurso do Capitalista em alguns trabalhos, tais como no *Seminário 17, Radiofonia* (1970/2003), *O Saber do Psicanalista* (1971-1972/2000) e *Televisão* (1974/2003), é em uma conferência proferida em 1972, em Milão, intitulada *Do discurso psicanalítico* que este discurso aparece. Nesse discurso, que seria uma forma contemporânea de pensar o Discurso do Mestre, não há laço social, por promover a segregação ao invés da regulação, tal como é no discurso do mestre.

É possível notar, como demonstra a figura abaixo, que o discurso capitalista rompe com a lógica dos quatro discursos radicais trabalhados por Lacan (1969-1970/1992) no *Avesso da psicanálise*, apresentando uma inversão entre os termos que ocupam os lugares do agente e da verdade do discurso do mestre:

**Figura 3 Matema do Discurso do Mestre e Matema do Discurso Capitalista**



Fonte: Fonte: LACAN *apud* ÁVILA, 2014, p.29

A partir desse novo arranjo, podem-se perceber algumas diferenças fundamentais em relação ao discurso do mestre, a saber: a inversão do vetor que, no discurso do mestre, partia do lugar da verdade em direção ao lugar do agente; a supressão do vetor que liga o agente do discurso ao Outro, o que possibilita a existência do laço social; é desfeita a marca da disjunção (//) entre os campos da produção e da verdade, marca até então atribuída à impossibilidade do todo.

Nesse discurso contemporâneo, o significante mestre ( $S_1$ ) desliza para o lugar da verdade e, no lugar antes ocupado por ele, apresenta-se o sujeito barrado ( $\$$ ). Sem o significante mestre como agente, torna-se impossível a articulação do sujeito com o mais-degozar, ou seja, a destituição do significante mestre do lugar de agente coloca o sujeito dependente dos objetos de gozo. Este discurso representa apenas uma tentativa de laço social para encobrir o vazio inerente à própria existência humana, e, ao não fazer laço social, produz

cada vez mais o isolamento dos sujeitos. Por isso este discurso pode ser considerado contemporâneo, em que a falta não tem lugar (JACOB; PINTO COHEN, 2010).

Como é possível constatar no matema, não há relação entre o agente e o outro, a quem esse discurso se dirige. No lugar da verdade, encontra-se o capital (S1) como significante mestre desse discurso, e o sujeito é reduzido a um consumidor (\$) de objetos produzidos pela ciência e tecnologia. As mudanças ocorridas na estrutura do discurso do mestre, assinaladas por Lacan em 1972, permitem-no considerar tal discurso como um discurso astuto, porém insustentável. Nas palavras de Lacan (1972/2013, p. 13):

Loucamente astuto, mas destinado a explodir. Em suma, e depois de tudo o mais astuto que existe como discurso. Mas não está menos destinado a explodir. É que insustentável. É insustentável... em um truque que poderia explicar-lhes... porque o discurso do capitalista é assim, vocês o veem... uma pequena inversão simplesmente entre o S1 e o S... que é o sujeito... é suficiente para que isto marche sobre rodas, não pode marchar melhor, mas justamente marcha demasiadamente rápido, se consoma, se consoma tão bem que se consome.

Visto que a pós-modernidade é marcada pelo impositivo do novo, pela troca constante de objetos, não é por acaso que a época atual é a considerada por Miller (2004) como a época do objeto *a*, da sua subida ao zênite da civilização. Esse novo astro que se eleva ao céu social, ao ponto mais alto como objeto *a*, vai em direção ao sem medida, ao mais além, que segue o ciclo não mais o das estações (como na pré-modernidade), mas ao de uma aceleração frenética, uma inovação apressada e acelerada. Miller questiona se esse objeto *a* seria a nova bússola da civilização pós-moderna, o qual tem um lugar dominante e que convida o sujeito a ultrapassar suas inibições.

No centro da estrutura do discurso capitalista, o sujeito é condenado a uma busca alucinada pelo objeto sem nunca encontrá-lo. O encontro tão desejado pelo sujeito com um objeto capaz de suturar-lhe a hiância instaurada por sua entrada na linguagem não passa de uma miragem diante da qual se espera. É a lógica pós-moderna do mercado segundo a qual existe ou existirá esse objeto, o psicofármaco, por exemplo, capaz de completar a falta, e conseqüentemente curar o mal-estar.

Há no mercado uma utopia de que há um objeto adequado para cada consumidor, sendo que é preciso apenas encontrar aquele que mais adequadamente preencherá o vazio de seu desejo. É por constatar a difusão entre os sujeitos dessa crença de que o objeto é sempre disponível, que Lacan (1971-1972/2000) afirma que o discurso capitalista engana os sujeitos ao prometer um encontro inexistente. O engano não acontece simplesmente em decorrência

da crença na disponibilidade do objeto no mercado, mas sobretudo por esse discurso fazer supor que o sujeito é seu agente, quando, na verdade, é o objeto que o possui.

Nesta conferência de 1972, Lacan sustenta que o discurso capitalista é dotado de um ritmo muito rápido e é utilitário do saber científico para produzir objetos a serem consumidos e destruídos, cujo funcionamento, a partir da mais valia, produz objetos elevados à categoria de objeto *a* na sua vertente do mais-gozar. Desta forma, a sociedade de mercado oferece ao sujeito objetos elevados à categoria daquilo que supostamente completaria a falta-a-ser. Como consequência, no discurso capitalista o objeto *a* perde sua característica de deslizamento e se apresenta como possibilidade de acesso. Logo que o objeto não é de fato acessível, o sujeito se perde nesse circuito enganoso e se queixa do seu mal-estar, tentando burlar a sua verdade, a de que é dividido e limitado.

Uma vez alienado, o sujeito aceita os ditames da cultura capitalista, acreditando no poder de complementação dos objetos. Instala-se, dessa maneira, um circuito do consumo excessivo, que torna a extração de gozo um círculo incessante em torno de um gozo perdido e ofertado como possível. Disso se conclui que o discurso capitalista consente com o rechaço da castração e faz existir o ídolo capitalista com a produção dos objetos *a*, denominados por Lacan (1969-1970/1992) de *latusas*.<sup>5</sup>

Quinet (2006) afirma que, na psiquiatria, os objetos produzidos pelo saber da neurociência são os medicamentos que podem, com facilidade, se tornar objetos de consumo quando a psiquiatria entra no discurso do capitalista. Os objetos da ciência existem para que o sujeito possa gozar deles – e esse é o efeito real que escapa ao cientista. A ciência não se limita a fabricar tais objetos, mas encontra, também, o meio de ligá-los ao sujeito, o meio de manter o desejo deste último aderido a tais objetos. (SANTIAGO, 2001). Porém, como bem colocou Lacan: “isso por que a ciência é capaz de saber o que pode, mas ela, não mais do que o sujeito que ela engendra, é incapaz de saber o que quer” (LACAN, 1966/2001, s.p.).

Rubião (2008) afirma que o caráter inapreensível do objeto pensado pela psicanálise está na base de proliferação ao infinito dos objetos que se tornam disponíveis ao consumo irrefreável do tempo atual. Como em um círculo vicioso, marcado por um forte traço de ilusão, o remédio para a decepção generalizada acaba convertendo-se, ele próprio, em mais um objeto agalmático, capaz de trazer alívio dentro da perspectiva contemporânea de que

---

<sup>5</sup>Lacan propõe o neologismo *latusa* no contexto de sua discussão sobre as tentativas do sujeito pós-moderno de se livrar das frustrações geradas pelo mal-estar na civilização. *Latusas* é o nome que Lacan dá aos suplementos de gozo ofertados pelo capitalismo enquanto promessa de satisfação plena – suposta sutura do falta-a-ser (LACAN, 1969-1970/1992).

todos estejam, enfim, devidamente anestesiados. E complementa: “(...) tornou-se patente a habilidade com a qual a indústria de psicofármacos procura velar os efeitos colaterais próprios a todo *Pharmakón* e se precipita, de modo cada vez mais ágil, a repor a mercadoria, concedendo-lhe novo nome e rótulo” (RUBIÃO, 2008, p. 181).

O discurso capitalista, ao não promover o laço social entre os seres humanos, propõe ao sujeito a relação com um *gadget*<sup>6</sup>, um objeto de consumo curto e rápido, estimulando a ilusão de completude, não mais com a constituição de um par, mas sim um parceiro conectável e desconectável. A característica central dos *gadgets* é que o sujeito se liga a eles e até mesmo se agarra e fixa-se a eles. E isso pode levar a decepção, tristeza, tédio, nostalgia do Um em vão prometido ou a diversos tipos de toxicomanias e outras doenças do discurso capitalista. O mal-estar, nunca aplacado, evidencia-se como um dos produtos do discurso capitalista, e o psicofármaco seria uma das respostas para enfrentá-lo. Por isso é que na atualidade pode-se pensar o psicofármaco como um objeto de consumo capaz de proporcionar a obtenção rápida e fácil de prazer ou alívio da dor, de forma comparada aos demais *gadgets*. A ciência não se limitaria a apenas fabricá-los, mas também a encontrar um meio de ligá-los aos sujeitos, um meio de manter o desejo dos sujeitos aderido a tais objetos. Segundo SANTIAGO (2001, p. 25), o fator utilitarista desses objetos “é o fator que viabiliza o enfoque conceitual da ciência como discurso, portanto, como um dispositivo de saber que produz laço social. O extraordinário dessa elaboração é a maneira como essas fabricações da ciência oferecem ao sujeito os meios de uma recuperação da satisfação pulsional.”

A fim de propagar o engodo de que tal empreitada seja possível, patologizam-se as dores da existência e criam-se novos estilos de vida pautados na promessa ilusória de um bem-estar ao alcance de todos. A ciência, encontrando-se e reafirmando o seu lugar ao lado do sujeito suposto saber, alia-se ao discurso capitalista, passando a oferecer uma substância supostamente milagrosa que anuncia a ideia de que aliar-se a eles de forma rápida e fácil, é sempre possível (PELEGRINI, 2003). Para Nogueira (2013):

(...) a psiquiatria alia o discurso da ciência ao discurso do capitalismo. Essa junção se vale da legitimidade do discurso científico e da potência do capitalismo para produzir estilos de vida pautados em ideais de perfeição e vender saúde como mercadoria. De modo efetivo, no entanto pouco evidente, subjaz a oferta de felicidade ao alcance do capital. Produzindo a indústria da saúde, acaba por difundir um engodo (NOGUEIRA, 2013, p.8).

<sup>6</sup> *Gadgets* é um termo inglês, amplamente utilizado por Lacan, que caracteriza invenções sem grande utilidade, mas que têm o efeito de divertir os sujeitos, oferecendo-lhes meios de uma fictícia recuperação da satisfação pulsional. Tais invenções contêm, ao mesmo tempo, a ideia de satisfação e de um desejo, o que aproxima da noção de “pequenos objetos a”: são objetos fabricados para causar o desejo, mas que têm um efeito real de mais-de-gozar (portanto, perda de gozo) (RIBEIRO, 2009, p. 335).

O consumo solidifica-se, então, como artifício de fixação e aprisionamento de objetos, que surgem em proporção infinitamente ilimitada, cuja ordem está baseada na frustração. Esses objetos são fabricados para causar o desejo dos indivíduos, estabelecendo, assim, uma relação de colagem e identificação. O efeito de gozo vem incrementado na necessidade inadiável de consumo (SOARES, 2001).

Por isso é preciso lembrar que, se não há possibilidade de vivenciar e até mesmo suportar as tristezas, as dores, o luto, um dos caminhos buscados pelos sujeitos pós-modernos é tratar o mal-estar como uma disfunção do corpo biológico. Tal posição leva a um assujeitamento, ou seja, o sujeito acredita que seus sofrimentos possam ser meros distúrbios neurofisiológicos. Os medicamentos psicotrópicos, ao encarnarem um lugar de salvação para todos os conflitos e sofrimentos, contribuem para o apagamento da responsabilidade do sujeito, que fica assujeitado aos imperativos pós-modernos de consumo inesgotável.

Ora, tais ideias aqui apresentadas coincidem com as noções de objeto *a*, o que reforça que o lugar ocupado pelo psicofármaco seria justamente esse. O psicofármaco, enquanto simulacro do objeto *a*, representará o resto da operação de surgimento do sujeito na cadeia significante, já que este separa o sujeito do objeto causa. O psicofármaco surge como resto, portanto, como objeto mais-de-gozar. Não há o encontro com o objeto, já que este escapa a toda captura; há apenas uma busca incessante numa promessa de completude e sutura da falta. Há apenas uma esperança depositada no psicofármaco como superação de todos os conflitos e mal-estares.

Embora o remédio traga consigo essa esperança de completude, de resolução para toda decepção generalizada, é observável, como afirmou Rubião (2008), que a indústria de psicofármacos procura velar os efeitos colaterais próprios a todo *phármakon*, já que todo remédio comporta em seu lado obscuro, um veneno. E esse será o elemento a ser discutido a seguir.

#### **4.3 O psicofármaco enquanto *phármakon*: um remédio e um veneno**

No livro *A Farmácia de Platão*, Derrida (1997) apresenta as seguintes questões acerca da escrita<sup>7</sup>: o que é a escrita no diálogo *Fedro*, de Platão? Qual sua origem? O que seria

---

<sup>7</sup> *Écriture* é traduzido, no livro *A Farmácia de Platão*, por escrita e escritura.

escrever? Seria um ato indecente, desonroso? Aliás, o que seria escrever de um belo modo? E ainda, como a escrita será acusada de repetir sem saber em oposição à pureza da fala.

A superioridade concedida à fala perante a escrita é apresentada pela ideia de *phármakon*, termo grego de sentido ambíguo, podendo ser traduzido, dentre outros termos, como remédio e como veneno: “(...) essa polissemia regulada que permitiu, por deformação, indeterminação ou sobredeterminação, mas sem contra-senso, traduzir a mesma palavra por “remédio”, “droga”, “filtro”, etc” (DERRIDA, 1997, p. 16).

A leitura de Derrida (1997) sobre a cena da origem da escrita no diálogo de Platão se desenvolve expondo a ambivalência e a polissemia do termo *phármakon*. Esta palavra grega, *phármakon*, e a multiplicidade de sentidos que ela acarreta, permitem abordar e compreender o objeto de estudo desta pesquisa, a saber, os psicofármacos. A busca de objetos, como os medicamentos psicotrópicos, na cultura capitalista, objetos vindos de fora e atuando fora, coincide com as ideias centrais do *phármakon*.

Segundo Derrida (1997), Sócrates compara a uma droga os textos escritos que Fedro trouxe consigo: “esse *phármakon*, essa ‘medicina’, esse filtro, ao mesmo tempo remédio e veneno, já se introduz no corpo do discurso com toda ambivalência. Esse encanto, essa virtude de fascinação, essa potência de feitiço, podem ser – alternada ou simultaneamente – benéficas e maléficas” (DERRIDA, 2005, p. 14). Segundo Kuiava e Zevallos (2010):

No contexto do aparecimento da escrita acontece uma decisão exclusiva por um de seus sentidos, o de remédio, em prejuízo do outro sentido, o de veneno. A decisão de um termo em favor de outro é o que marca a metafísica ocidental presa no pensamento dualista. (...) Paradoxalmente, o *phármakon* é o signo que resiste à interpretação filosófica. Por um lado, não pode ser totalmente compreendido pela tradição, e por outro lado, a torna possível enquanto discurso metafísico (KUIAVA; ZAVALLLOS, 2010, s.p.).

Derrida (1997) observa que a escrita, desde a antiguidade, foi relegada a um papel menor em relação à fala, a oralidade do discurso. O livro *A Farmácia de Platão* traz à cena a origem da escrita apresentada por Sócrates a partir do antigo mito egípcio de Theuth. É por meio deste mito narrado por Sócrates que se estabelece a oposição entre o discurso falado e a escrita.

No mito de Theuth, o valor da escrita/ *phármakon* é apresentado para avaliação do rei, quem lhe dará seu valor. É uma oferenda com valor incerto, uma vez que seu valor dependerá do julgamento do rei. Por isso, nota-se que a escrita não tem valor em si mesma, já que “só terá valor se e na medida em que deus-o-rei a estime. Este, não deixa de experimentar o *phármakon* como um produto (...) que lhe chega de fora (...)” (DERRIDA, 1997, p. 22).

Deus, o rei, que não sabe escrever, fala, dita, e sua fala é suficiente. Sua ignorância ou sua incapacidade de não saber escrever dão testemunho de sua soberana independência: ele não tem necessidade de escrever. Ele fala.

O rei-deus, a partir dessa posição, sem recusar a homenagem, manifestará a inutilidade, a ameaça e o malefício da escrita, o que seria outro modo de não receber a oferenda da escrita. Ao agir dessa forma, “deus-o-rei-que-fala age como um pai” (DERRIDA, 1997, p. 22).

A escrita/*phármakon* é acusada da ausência de um pai e, paradoxalmente, de parricida em contraposição à fala, filha legítima na presença plena do pai *lógos* ou do “sujeito falante”. *Lógos*, que tem o sentido de discurso, de argumento proposto, pois é só por meio do discurso vivo, somente uma fala pode ter um pai. É a partir do *lógos* que se anuncia e se dá a pensar algo como a paternidade. Em contrapartida, à escrita, órfã desprotegida ou assassina bastarda do seu pai, resta-lhe a qualificação negativa, uma vez que sua especificidade se relaciona sempre à ausência do pai. A escrita se apresenta, portanto, como repetição da fala na sua ausência.

A escrita/*phármakon* em aparência se mostra benéfica para a memória, mas, na verdade, é nociva, exterior à memória, produtora de opinião e não de verdade. Desse modo, o *phármakon* produz o jogo da aparência ao se passar pela verdade. Por um lado Platão tende a apresentar a escritura de maneira suspeita. Por outro lado, supõe que a eficácia do *phármakon* pode se inverter, agravar o mal ao invés de remediá-lo. A este respeito, Derrida (1997) afirma:

Quando uma palavra inscreve-se como a citação de um outro sentido dessa mesma palavra, quando a antecena textual da palavra *phármakon*, significando remédio, cita, re-cita e permite ler o que na palavra significa, num outro lugar e a uma outra profundidade da cena, veneno (por exemplo, pois *phármakon* quer dizer ainda outras coisas), a escolha de uma só dessas palavras pelo tradutor tem como efeito neutralizar o jogo citacional (...) (DERRIDA, 1997, p. 45).

A tradução de *phármakon* por remédio – droga benéfica – não é de certa forma inexata, mas ingênua. Essa medicina benéfica que produz, repara, remedia, desfaz o outro polo reservado à palavra *phármakon*. Ela anula a fonte de ambiguidade e torna mais difícil, senão impossível, a inteligência do contexto. Diferentemente de droga, o termo “remédio” torna explícita a racionalidade da ciência, ao excluir do texto “o apelo à virtude mágica de uma força à qual se domina mal os efeitos, de uma dinâmica sempre surpreendente para quem queria manejá-la como mestre e súdito (DERRIDA, 1997, p. 44). A tradução não é suficiente

para abarcar o que a palavra representa. Por isso Platão sustenta a decisão de uma lógica intolerante entre dois sentidos contrários de uma mesma palavra.

Segundo Derrida (1997), o *phármakon* sobrevivendo de fora e agindo como o próprio fora, não terá jamais virtude própria e definível. É preciso lembrar que *phármakon*, em grego, também significa pintura, não se referindo "a cor natural, mas a tinta artificial, tintura química que imita o cromático dado nas coisas" (DERRIDA, 1997, p. 78). O *phármakon* se apresenta como um suplemento perigoso que, segundo o autor, entra por arrombamento naquilo que gostaria de não precisar dele, e ao mesmo tempo, se deixa romper, se arrombar, preencher.

A associação da escrita com o *phármakon*, advinda do exterior, artificial, tem a mesma intenção: em um mesmo gesto, livro e droga, a escrita e a eficácia se mostram de forma oculta, ambígua, "operando segundo as vias do mágico e não segundo as leis da necessidade" (DERRIDA, 1997, p. 17).

No cenário pós-moderno, o que orienta o indivíduo é a busca de uma poção mágica que impossibilite o reconhecimento do sofrimento inerente à existência, e o psicofármaco encarna muito bem esse papel: o da promessa de tamponar o desamparo.

Porém, para Derrida (1997), "o *phármakon* não pode jamais ser simplesmente benéfico" (DERRIDA, 1997, p.46), mesmo quando se trata de drogas utilizadas com fins exclusivamente terapêuticos, mesmo sendo elas manejadas com boas intenções e se mostrando eficazes. O autor nomeia a razão para isso: a virtude ou a essência benéfica de um *phármakon* não o impede de ser doloroso, já que está ligado tanto à doença quanto ao seu apaziguamento, participando ao mesmo tempo do bem e do mal, do agradável e do desagradável. Nas palavras de Derrida (1997):

Em vez de despertar a vida no seu original, "em pessoa", ele pode quando muito restaurar os monumentos. Veneno debilitante para a memória, remédio ou reconstituente para seus signos exteriores, seus *sintomas* com tudo o que essa palavra pode conotar em grego (...). Tua escritura cura apenas o sintoma, já dizia o rei, a quem devemos saber da diferença intransponível entre a essência do sintoma e a essência do significado; e que a escritura pertence à ordem e à exterioridade do sintoma (DERRIDA, 1997, p. 57).

A escrita/*phármakon*, assim como o psicofármaco, pode atuar na via exterior como consolação, compensação, remédio. Mas pode também encerrar o saber morto e rígido de opiniões propostas e acumuladas em nomenclaturas, receitas e fórmulas aprendidas de cor, ao enquadrar o sujeito em terminologias diagnósticas, não conferindo nenhum sentido ao que há de sofrimento no ser humano.

O *phármakon*, no quadro da medicina clássica, se adapta muito bem ao saber do mestre ao tentar responder e encarnar o lugar de permanecer como um guardião de uma realidade a ser decifrada (SANTIAGO, 2001). Nessa lógica, o *phármakon* guarda a verdade do sentido do sofrimento, do sintoma, do mal-estar.

Todavia, se a demanda pós-moderna não é a de sentido nem da decifração de um enigma, é preciso lembrar, como afirma Miller (2004), que os sintomas, longe de serem guardados via *phármakon*, são necessários. Eles têm algo a dizer. Mas é preciso crer neles, para que estes novos sintomas sejam transformados em sintomas clássicos, analíticos, portanto, dignos de interpretação.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações culturais pós-modernas não afetam o ponto central do texto freudiano: o caráter estrutural do mal-estar. Assim como a acomodação total entre sujeito e cultura é da ordem da impossibilidade, a tarefa de tentar excluir o mal-estar também o é, já que este é parte e causa da realidade humana.

Investigar a questão do mal-estar em psicanálise exige, como primeiro esforço e ponto de partida, despir-se de toda e qualquer consideração que possa tender a elevá-la à condição de um quadro patológico, tal como pretendido no campo da psiquiatria. Por isso é importante discutir as promessas de bem-estar e felicidade ofertadas pelo discurso médico e a medicalização da dor de existir e questionar a tomada de uma posição subjetiva em que se busca desesperadamente uma felicidade plena, mesmo que plástica, efêmera e artificial.

O avanço veloz e eficiente da ciência possibilita o contato com a complexidade, com o inexplicável, com o imprevisível, com a diferença; porém é esse mesmo avanço que propicia o narcisismo nos seres ao tentarem estes buscar a noção de pseudocompletude para os anseios, posta como respostas e não como questões, às demandas da impossibilidade de satisfação total.

A presente dissertação pretendeu apontar de que maneira a medicação vem sendo utilizada não somente como forma de alívio ou de cura, mas como parte de um sistema que produz subjetividades desinvestidas alicerçadas na crença de um suposto equilíbrio que ela promete alcançar.

As reflexões aqui apresentadas não pretenderam se opor ao uso da medicação psicotrópica nem negar a sua eficácia e necessidade. Não se deve desconsiderar que a psicofarmacologia, ou o ato de medicar, é antes de tudo uma ação científica de tal relevância, que não pode ser simplesmente descartada *a priori* em nome de um uso mercantilista e simplificador. Transformar, entretanto, estas substâncias em poções mágicas que dariam conta por si só de calar toda a miséria humana é antes de tudo uma visão reducionista, algo, que, portanto, deve ser recusado.

O que se buscou foi ressaltar o uso que se faz delas, muitas vezes como um instrumento de modelo subjetivo, de formatação de processos de normalidade ao tentar solucionar todos os paradoxos da existência humana, estabelecendo, como projeto, um sujeito plenamente realizado, feliz, sem sofrimento. Um dos objetivos propostos neste trabalho foi alertar para a necessidade de que a utilização dos psicofármacos ocorra dentro de um

instrumento crítico ao proporcionar espaços de liberdade e singularização ao invés de aprisionamentos e assujeitamentos.

Quando se constata a tendência do sujeito pós-moderno de tentar medicalizar a dor da sua existência, observa-se que ele está indo para o lado oposto das premissas freudianas, o de dar sentido ao seu sintoma, e das lacanianas, o de desejar saber do que se trata o seu mal-estar. Portanto, as substâncias químicas não devem ser concebidas como uma solução estável e definitiva, já que, como Freud (1930/1969) explicita, há o retorno para o sujeito do efeito nocivo do recurso à droga.

O sujeito freudiano, para Roudinesco (2000), é um sujeito livre, dotado de razão, mas cuja razão vacila no interior de si mesma. É de suas falas e de seus atos, e não de sua consciência alienada, que pode surgir o horizonte de sua própria cura. Esse sujeito é um ser falante, capaz de analisar a significação dos seus sonhos, em vez de encará-los como o vestígio de uma memória genética. Sem dúvida ele recebe seus limites de uma determinação fisiológica, química ou biológica, mas também de um inconsciente concebido em termos de universalidade e singularidade.

É por isso que se torna necessário situar o lugar que o psicofármaco ocupa no modo particular de satisfação do sujeito. Por mais que os sintomas ditos pós-modernos tenham relação com o discurso dominante de uma época, no caso o discurso capitalista, há diferentes modos de o sujeito se posicionar frente a esse discurso. Talvez seja isso o que está por trás da existência de diferentes modos de utilização das substâncias tóxicas da atualidade (RIBEIRO, 2009).

O psicofármaco, como uma satisfação substitutiva ou como um novo sintoma contemporâneo, pode ser apresentado como uma das saídas possíveis da condição de falta, insuportável para certos sujeitos. Entretanto, se as medidas paliativas remedeiam a dor da existência, não há como desconsiderar que seus efeitos podem ser nefastos aos que priorizam apenas uma modalidade de tratamento, já que todo remédio comporta o veneno como sua face obscura.

No circuito capitalista de preponderância do gozo sobre a palavra, cabe à clínica psicanalítica fazer valer o inconsciente. É o discurso do analista que possibilita promover o aparecimento da divisão subjetiva ao se colocar na posição de causa de desejo, sem contudo encarná-la. Deste modo, pode instituir o sujeito do inconsciente como aquele que poderá produzir um saber. Face ao poder do medicamento, é preciso uma psicanálise que relance os poderes da transferência, sendo esta capaz de tornar presente, mobilizar e ler o inconsciente (MILLER, 2006) para além das fronteiras da classificação.

A psicanálise nada tem em comum com promessas de bem-estar. Para ela, apenas o trabalho de construir uma questão possibilita a construção de uma resposta. Se o mundo contemporâneo é regido pela negação do sofrimento, há, na psicanálise, em contrapartida, o acolhimento à dor. Esta postura não é nova, nem moderna, nem pós-moderna; é simplesmente psicanalítica.

Essa posição clínica permite que os produtos da cultura sejam retirados desse lugar de tamponar a falta estrutural ao possibilitar ao sujeito lidar com suas impossibilidades e sair deste circuito do gozo dos objetos de consumo. Neste sentido, a aposta da psicanálise sustenta-se na imortalidade do desejo e na responsabilização do sujeito para com suas escolhas. Assim, fazer valer o desejo significa validar a castração e estimular a vida, ao promover a libertação das estratégias insaciáveis da busca da completude, do gozo total. Dessa forma, a psicanálise promete não a completude, mas a abertura à particularidade do desejo: “contra o imperativo do ter, 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 negativo. Contra o imperativo da competitividade neoliberal, a ética da diferença” (QUINET, 2006, p. 22).

Finda-se o percurso proposto com a clara sensação de que há muito o que caminhar. O mal-estar para a psicanálise não é conjectural, mas estrutural. Não é possível um sujeito constituir-se em um modelo de formatação de processos de normalidade sem conflitos, sem limitações, sem sofrimento, sem mal-estar. Porém, é justamente a partir desse desamparo estrutural que permitirá ao homem se lançar no movimento de busca, de criação, de superação, mesmo que tal movimento seja estruturado em episódios fugidios.

## REFERÊNCIAS

- ANDREANSEN, Nancy C.; BLACK, Donald W. Diagnóstico e Classificação. In: **Introdução à psiquiatria**. 4ª edição – Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 17-29.
- ANGELL, Márcia. **A Epidemia da doença mental**. In: Revista Piauí, Abril/2012, Edição 59. Disponível em: <https://psicologianicsaude.files.wordpress.com/2012/11/revista-piauc3ad-59-a-epidemia-de-doenca-mental.pdf>
- ARAÚJO; LOTUFO NETO. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM -5. In: **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. 2014, vol. XVI, no. 1, p. 67-82.
- AROMI, Anna. Sintoma. In: **A ordem simbólica no século XXI**. Belo Horizonte, Scriptum Livros, 2011, p.363-365.
- ÁVILA, Renato José de. "**A pílula da felicidade**": a demanda e o consumo de Fluoxetina e suas relações com os imperativos do discurso capitalista. 2014,73f. Dissertação de mestrado - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
- BAUMAN, Zygmunt. Responsabilidades morais, normas éticas. In: **Ética pós moderna**. São Paulo: Paulus, 1997, p.23- 45.
- BAUMAN, Zygmunt. Uma visão geral: no fim está o começo. In: **Ética pós moderna**. São Paulo: Paulus, 1997, p. 254- 284.
- BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade e ambivalência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.,1999.
- BAUMAN, Zygmunt. **Globalização, as consequências humanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- BAUMAN, Zygmunt. Introdução: O mal estar - moderno e pós moderno. In: **O mal estar da pós modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 07-11.
- BAUMAN, Zygmunt. O sonho da pureza. In: **O mal estar da pós modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 13-26.
- BAUMAN, Zygmunt. A criação e a anulação de estranhos. In: **O mal estar da pós modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 27-48.
- BIRMAN, Joel. **A psicopatologia na pós-modernidade. As alquimias no mal-estar da atualidade**. 1998. Disponível em: <http://www.oocities.org/hotsprings/villa/3170/Birman1.htm>
- BIRMAN, Joel. **O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

BIRMAN, Joel. **Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

BOCZAR, *et al.* Psicanálise e modernidade: as metamorfoses do mal estar. In: **Reverso – uma publicação do círculo psicanalítico de Minas Gerais**, ano XVII, no. 38, 1994, p. 63-73.

BOGOCHVOL, Ariel. Sobre a Psicofarmacologia. In: MAGALHÃES, Maria Cristina Rios (org.). **Psicofarmacologia e Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2001. p. 35-61.

CALAZANS, R. & LUSTOZA, R. Z. (2008) Medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. In: **Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Vol. 60, nº 01 pp 124- 131.  
Disponível em: <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/140/167>

CANABARRO, Rita Cássia dos Santos; ALVES, Márcia Barcellos. Uma pílula para (não) viver. In: **Revista Mal estar e subjetividade**. Vol.9 n. 3 Fortaleza set. 2009.

COELHO, C. M. S. (2006) Psicanálise e laço social – uma leitura do seminário 17. In: **Rev. Mental, Barbacena**, vol. 4, nº 6, pp. 107-121. Disponível em:  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v4n6/v4n6a09.pdf>

DERRIDA, Jacques. **A farmácia de Platão**. São Paulo: Editora Iluminuras Ltda, 1997.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. (17 de julho de 2015). **A indústria do sofrimento é uma poderosa força econômica**. Disponível em: [http://www.vice.com/pt\\_br/read/a-industria-do-sofrimento-uma-poderosa-forca-economica-uma-entrevista-com-o-psicanalista-christian-ingo-lenz-dunker](http://www.vice.com/pt_br/read/a-industria-do-sofrimento-uma-poderosa-forca-economica-uma-entrevista-com-o-psicanalista-christian-ingo-lenz-dunker)

DUNKER; KRYLLOS NETO. A crítica psicanalítica do DSM IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 14, n. 4, 2011, p. 611-626.

DUNKER; KRYLLOS NETO. Curar a homossexualidade? A psicopatologia prática do DSM no Brasil. In: **Revista Mal Estar e Subjetividade**, Fortaleza, vol. 10, no 2, jun 2010, s.p.

DUNKER; KRYLLOS NETO. A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. In: **Vínculo – Revista do NESME**, vol. 8, no 2, 2011, p. 1-15.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; VIEIRA, Marcus André. Psicanálise e ciência: uma questão de método. In: BEIVIDAS, Waldir (org.). **Psicanálise, pesquisa e universidade**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2002, p. 13-31.

FONSECA, Felipe Lessa da. Tolerância: Psicotrópico, Masoquismo, Transferência. In: MAGALHÃES, Maria Cristina Rios (org.). **Psicofarmacologia e Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2001. p. 97-114.

FRANCES, Allen. **Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais**. 2014. Disponível em: [http://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295\\_336861.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html)

- FREUD, Sigmund. Projeto para uma psicologia científica (1895). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1950[1895]/1996, vol. I.
- FREUD, Sigmund. Sobre a psicoterapia (1905). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1905/1996, vol.VII.
- FREUD, Sigmund. Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna (1908). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1908/1996, vol.IX.
- FREUD, Sigmund. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1912/1996, vol. XII.
- FREUD, Sigmund. O interesse científico da psicanálise (1913). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1913/1996, vol. XIII.
- FREUD, Sigmund. Totem e tabu (1913). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1913/1996, vol. XIII.
- FREUD, Sigmund. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1914/1996, vol.XIV.
- FREUD, Sigmund. Reflexões para os tempos de guerra e morte (1915). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1915/1996, vol. XIV.
- FREUD, Sigmund. As pulsões e seus destinos (1915). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1915/1996, vol.XIV
- FREUD, Sigmund. O sentido dos sintomas (1916/1917). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1916-1917/1969, vol. XVI.
- FREUD, Sigmund. Os caminhos para a formação dos sintomas (1916/1917). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1916-1917/1969, vol.XVI.
- FREUD, Sigmund. Luto e melancolia (1917). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1917[1915]/1996, vol. XIV.
- FREUD, Sigmund. Ego e o id (1923). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1923/1996, vol.XIX.

FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer. (1926). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1926/1996, vol. XVIII.

FREUD, Sigmund. Inibição, sintoma e angústia (1926). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago,(1939/1996), vol.XX.) acrescentar à bibliografia.

FREUD, Sigmund. O futuro de uma ilusão (1927). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1927/1969, vol. XXI.

FREUD, Sigmund. O mal estar na civilização (1930). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1930/ 1969, vol. XXI.

FREUD, Sigmund. Esboço de psicanálise (1939/1996). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago,(1939/1996), vol. XXIII.

GUERRA, Andréa Máris Campos. Psicanálise e produção científica. In: **Pesquisa em Psicanálise: transmissão na universidade**. Barbacena: Ed. UEMG, 2010.

HERZOG, Regina; FARAH, Bruno. A psicanálise e o futuro da civilização moderna. In: **Psychê – Revista de psicanálise**. Ano IX, no. 16, 2005, p 49-64.

JACOB, Cláudia Alves; PINTO COHEN, Ruth Helena (2010). O sujeito contemporâneo: um recorte psicanalítico. In: **Rev. Mal-estar e subjetividade**. Fortaleza, vol. 10, nº 2, pp. 537-554. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/271/27117252008.pdf>

KRYLLOS NETO *et al* DSM e psicanálise: uma discussão diagnóstica. In: **Revista Da SPAGESP**, vol. 12, no 12, Ribeirão Preto, dez, 2011, s.p.

KUIAVA; ZEVALLOS. A escrita e o phármakon: um estudo a partir da desconstrução derridiana. In: **V CINFE:Congresso Internacional de Filosofia e Educação**. Maio de 2010. Disponível em:  
[http://www.ucs.br/ucs/tplcinfe/eventos/cinfe/artigos/artigos/arquivos/eixo\\_tematico8/A%20escrita%20e%20o%20pharmakon%20um%20estudo%20a%20partir%20da%20desconstrucao%20derridiana.pdf](http://www.ucs.br/ucs/tplcinfe/eventos/cinfe/artigos/artigos/arquivos/eixo_tematico8/A%20escrita%20e%20o%20pharmakon%20um%20estudo%20a%20partir%20da%20desconstrucao%20derridiana.pdf)

KUMAR, Krishan. Modernidade e Pós Modernidade I: A Ideia do Moderno. In: **Da sociedade pós industrial à pós moderna: novas teorias sobre o mundo contemporâneo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006, p.105-138.

KUMAR, Krishan. Modernidade e Pós Modernidade II: A Ideia da Pós Modernidade. In: **Da sociedade pós industrial à pós moderna: novas teorias sobre o mundo contemporâneo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006, p.139-185.

LACAN, J. (1966/2001). O lugar da psicanálise na medicina. In: **Opção Lacaniana**, nº. 32, São Paulo, p. 8 - 14.

- LACAN, J. Radiofonia. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1970/2003, p.400-447.
- LACAN, J. Televisão. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1974/2003, p. 508-543.
- LACAN, J. **O saber do psicanalista**. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife. 1971-1972/2000. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/65328078/O-Seminario-livro-19a-O-saber-dopsicanalista> Acesso em 19 de setembro de 2015.
- LACAN, J. **Seminário 17 - o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1969-1970/1992.
- LACAN, J. **Seminário, livro 7: a ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1959-1960/2008.
- LACAN, J. **O Seminário, livro 23: o sintoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1975-1976/2007.
- LACAN, J. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p. 807-842.
- LACAN, J. (1972/2013) **Del discurso psicoanalítico**. Conferência de Lacan em Milán. 12 de mayo de 1972. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/55454317/CONFERENCIA-DE-LACAN-EN-MILAN-DEL-12- DE-MAYO-DE-1972>
- LAIA, Sérgio. A Classificação dos Transtornos Mentais pelo DSM-V e a Orientação Lacaniana. In: **CliniCAPS**, vol. 5, no. 15, 2011, p. 1-21.
- LAIA, Sérgio. A mensuração da sexualidade no DSM -5 e a incomensurabilidade do gozo para a psicanálise de orientação lacaniana. In: **Opção Lacaniana online nova série**, ano 4, no 11, julho 2013, p.1-12.
- LAURENT, Éric. Sinal vermelho: Entrevista com Éric Laurent. In: **Caderno Mais - Folha de São Paulo**. 30/11/2008. Disponível em: <http://ampblog2006.blogspot.com.br/2009/05/ebp-veredas-entrevistade-eric-laurent.html>
- LAURENT, Éric. A profunda e duradoura crise na zona DSM. In: **Revista de Psicologia Plural**, Belo Horizonte, no. 35, jan/jun 2012, p. 11-18.
- MAGALHÃES, Elizabeth Karam. (2005) Dos novos sintomas ao sintoma analítico. In: **Latusa Digital**. Ano 02, nº 14, pp. 01-10 Disponível em: [http://www.latusa.com.br/pdf\\_latusa\\_digital\\_14\\_a2.pdf](http://www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_14_a2.pdf)
- MANNONI, Octave. **Freud: uma biografia ilustrada**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.
- MARCOS, Cristina. A pesquisa em psicanálise e a Linha de Processos Psicossociais do Programa de Pós Graduação Strictu Sensu de Psicologia da PUC-Minas. In: KYRILLOS

NETO, Fuad; MOREIRA, Jacqueline Oliveira (orgs.). **Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade**. Barbacena: EdUEMG, 2010, p. 99-110.

MATOS, Evandro *et al.* A importância e as limitações do uso do DSM IV na prática clínica. In: **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 2005.

MILLER, J. O inconsciente real. In: **Orientação Lacaniana III**, n. 9, novembro/2006, p. 1-10.

MILLER, J. (2004) Uma fantasia. In: **Conferência de Jacques-Alain Miller em Comandatuba**. IV Congresso AMP. Disponível em: <http://www.congressoamp.com/pt/template.php?file=Textos/Conferencia-de-JacquesAlain-Miller-en-Comandatuba.html>

NOGUEIRA, Eduardo Bernardes. (2013). **A medicalização da vida e o engodo da felicidade**, 2013, p.1-9. Disponível em: <http://docplayer.com.br/5843262-A-medicalizacao-da-vida-e-o-engodo-da-felicidade-eduardo-bernardes-nogueira-1-professor-do-curso-de-psicologia-da-faculdade-guairaca-guarapuava-pr.html>

NOGUEIRA FILHO, Durval Mazzei. Sobre psiquiatria e psicanálise. In: MAGALHÃES, Maria Cristina Rios (org.). **Psicofarmacologia e Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2001. p. 23-34.

OLIVEIRA, Daniella Coelho de. O texto freudiano como analisador da cultura: uma resposta aos discursos totalizantes da ciência e da religião. In: **Revista Mal Estar e Subjetividade**. Vol. II, no 2, 2002, p. 123-144.

PELEGRINI, Marta Regueira Fonseca. (2003) O Abuso de Medicamentos Psicotrópicos na Contemporaneidade. In: **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**. São Paulo, nº 21, pp. 38-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n1/v23n1a06.pdf>

QUINET, Antônio. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

QUINTELLA, Rogério. Considerações psicanalíticas sobre o existir no mal estar contemporâneo. In: **Cadernos de Psicanálise – CPRJ, Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro**. V. 34, n. 27, 2012, p. 83-103.

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito e biopoder hoje. In: **Revista de Ciências Sociais**, 2006, p. 27-57.

RIBEIRO, Cynara Teixeira. Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade. In: **Revista Ágora**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2009, p.333-346.

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

ROUDINESCO, Elizabeth. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

RUBIÃO, Laura Lutosa. Pílulas da felicidade *versus* oportunidade do sintoma: sobre a noção de felicidade em psicanálise. In: **Cartas de psicanálise – Centro de Estudos e Pesquisa em Psicanálise**, ano 3, v. 2, no 4, 2008, p.181- 183.

SANTIAGO, Jesús. **A droga do toxicômano**: uma parceria cínica na era da ciência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

SANTIAGO, Jesús. Lacan e a toxicomania: efeitos da ciência sobre o corpo. In: **Revista Ágora**, 2001, vol. 04, nº 01, pp. 23-32. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/agora/v4n1/v4n1a02.pdf>

SANTOS, Darlan Luiz Silva. Da Psiquiatria Alienista ao Tratamento com Psicofármacos: Hospital Galba Velloso (1962 – 1970) In: **XVIII Encontro Regional ANPUH-MG**, 2012, p.1-11. Disponível em:  
[http://www.encontro2012.mg.anpuh.org/resources/anais/24/1340762950\\_ARQUIVO\\_TextoANPUH.pdf](http://www.encontro2012.mg.anpuh.org/resources/anais/24/1340762950_ARQUIVO_TextoANPUH.pdf)

SISSON, Nathalia; WINOGRAD, Monah. A ciência de Freud: Introdução ao problema da cientificidade da psicanálise. In: **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22, n. 1, 2010, p.67-84.

SOARES, Ilka de Araújo. A cultura pós moderna e subjetividade. In: **Alétheia – Centro de estudos freudianos**, no. 3, 2001, p.79-87.

TAVARES, Hugo C. A felicidade no mal estar... In: **Reverso – Publicação do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais**. 1991, ano XIV, n. 32, p.23-43.

TEIXEIRA, Leônia C. Sobre quimeras contemporâneas, ciência e psicanálise. In: **Revista Mal Estar e Subjetividade**. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2001, v. 1, no. 1, p. 150-170.

TEIXEIRA, Vanessa Leite, COUTO, Luís Flávio Silva (2010). A cultura do consumo: uma leitura psicanalítica lacaniana. In: **Revista Psicologia em Estudo**. Maringá. Vol. 15, n. 3, pp. 583-591. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n3/v15n3a16>

VIEIRA, Marcus André. (2013) **Desmedicalizar?** Disponível em:  
[http://www.litura.com.br/artigo\\_repositorio/desmedicalizar\\_pdf\\_1.pdf](http://www.litura.com.br/artigo_repositorio/desmedicalizar_pdf_1.pdf)