

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO – UNICAP
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA – PRAD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LABORATÓRIO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE

RAQUEL CARVALHO DE QUEIROZ

**Repercussões do uso de psicofármacos no processo de
amadurecimento do psicótico**

Recife
2014

RAQUEL CARVALHO DE QUEIROZ

**Repercussões do uso de psicofármacos no processo de
amadurecimento do psicótico**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Psicologia Clínica 14ª Turma – UNICAP, na linha de pesquisa Psicopatologia Fundamental e Psicanálise como requisito final para a obtenção do grau de mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Consuêlo
Passos

Recife
2014

Queiroz, Raquel Carvalho de.

Repercussões do uso de psicofármacos no processo de amadurecimento do psicótico. / Raquel Carvalho de Queiroz: Orientadora Maria Consuelo Passos. – Recife, 2014.

128f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Pernambuco. Pró-Reitoria Acadêmica. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise.

1. Psicose. 2. Psicofármacos. 3. Processo de amadurecimento.

Nome: Queiroz, Raquel Carvalho de

Título: Repercussões do uso de psicofármacos no processo de amadurecimento do psicótico.

Dissertação apresentada ao
Mestrado de Psicologia da
Universidade Católica de
Pernambuco, como requisito para
obtenção do grau de Mestre em
Psicologia.

Aprovado em ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Maria Consuelo Passos

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP

Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a Edilene Freire de Queiroz

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP

Assinatura: _____

Prof.^o Dr.^o Mário Eduardo Costa Pereira

Instituição: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Assinatura: _____

Aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Pais e irmã

Pela compreensão, apoio, investimento, incentivo e por sempre acreditarem nos meus sonhos.

Dr^a Maria Consuêlo Passos

Professora, orientadora e mãe suficientemente boa, pelo carinho, incentivo, dedicação, paciência e enorme contribuição para o meu crescimento intelectual, pessoal e profissional.

Dr^o. Zeferino Rocha

Pela atenção, disponibilidade e valiosas contribuições tanto na qualificação quanto ao longo das aulas do mestrado.

Dr^o Mário Eduardo Costa Pereira

Por prontamente e gentilmente aceitar o convite para participar da minha banca. Muito obrigada pelo cuidado, dedicação e delicadeza na avaliação da minha escrita.

Rafaela Paixão

À amiga que ganhei nessa caminhada, agradeço a paciência, disponibilidade e pelos ricos momentos de trocas de experiências e de aprendizado.

Raíssa Bittencourt, Mayra Bastos e Érica Tenório

Por tornarem meu jardim sempre mais alegre e florido.

Amigos

Pessoas de suma importância na minha vida.

“Todas as substâncias são venenosas;
não há nenhuma que não o seja. É a dosagem
certa que distingue entre o veneno e o remédio”
Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim

RESUMO

Queiroz, R. C. de (2014). *Repercussões do uso de psicofármacos no processo de amadurecimento do psicótico*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

No contexto atual do tratamento da psicose, há uma ênfase em prol da utilização, quase exclusiva, de psicofármacos. Desse modo, apontamos para a importância de se considerar as repercussões desse uso de forma abusiva no processo de amadurecimento desse sujeito. Para tanto, a presente pesquisa bibliográfica utilizou as bases de dados do Scielo, NCBI, Fiocruz, Anvisa e OMS; além de bibliotecas online de universidades e de instituições psicanalíticas. Para as buscas, utilizamos descritores como: tratamento da psicose, processo de amadurecimento de Winnicott e uso excessivo de psicofármacos. Partimos da constituição e evolução do saber psiquiátrico e psicanalítico acerca da loucura. Em seguida, baseada na teoria do processo de amadurecimento do sujeito de Winnicott, é apresentado o panorama dessa teoria, de modo a fundamentar de que forma a medicação pode interferir nesse processo. Por fim, são discutidas as propostas de tratamento psicanalítico e psiquiátrico da psicose, dando destaque às consequências do uso abusivo dos medicamentos. Nesse sentido, o presente estudo aponta para a importância para uma prática ética dos profissionais que atuam com essa especificidade clínica. Além disso, ressaltamos o aspecto fundamental do uso comedido do psicofármaco para que ele possa auxiliar o sujeito na retomada desse processo.

Palavras-chave: 1. Psicose. 2. Psicofármacos. 3. Processo de amadurecimento.

ABSTRACT

Queiroz, R. C. de (2014). *Repercussions of use of psychotropic drugs in the ripening process of psychotic disorder*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

In the current context of the treatment of psychosis, there is an emphasis in favor of use, almost exclusively, of psychotropic drugs. In this way, we have pointed out the importance of considering the impact of this abusive use in the ripening process of this subject. For both, the present research used the bibliographic data bases of the Scielo, NCBI, Fiocruz, Anvisa and WHO; in addition to online libraries of universities and psychoanalytic's institutions. For the searches, we used descriptors such as: treatment of psychosis, ripening process of Winnicott and excessive use of psychotropic drugs. We depart from the constitution and evolution of psychiatric knowledge and psychoanalytic about insanity. Then, based on the theory of the maturation process of the subject of Winnicott, is presented the panorama of this theory, in order to substantiate that form the medication's can interfere in this process. Finally, are discussed the proposals of psychoanalytic and psychiatric treatment of psychosis, highlighting the consequences of improper use of medicines. In this regard, the present study points to the importance for an ethical practice of professionals who works with this clinical specificity. In addition, we emphasize the fundamental aspect of cautious use of psychotropic drugs for which he may assist the subject in the resumption of the process.

Key words: 1. Psychosis. 2. Psychotropic drugs. 3. Process of maturing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Algoritmo para o tratamento farmacológico da esquizofrenia.....90

Quadro 2: Esquema básico de orientação da Psiquiatria Biológica.....101

Quadro 3: Quantidade de psicofármacos prescritos pela psiquiatria entre 2005 e 2008 em uma cidade de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo.....103

LISTA DE SIGLAS

ETC	Eletroconvulsoterapia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
JIFE	Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes
SciELO	Scientific Electronic Library Online
NCBI	National Center for Biotechnology Information
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
OMS	Organização Mundial de Saúde
ASG	Antipsicóticos de Segunda Geração
APG	Antipsicóticos de Primeira Geração
SEP	Sintomas Extra Piramidais.
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
PEP	Primeiro Episódio Psicótico
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
ETESB	Escola Técnica de Saúde de Brasília
PET	Positron Emission Tomography
ESP-CE	Escola de Saúde Pública do Ceará

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I: PSICOSE E SUAS DIFERENTES FORMAS DE INTERPRETAÇÃO	23
1.1 O que Foucault nos diz sobre a loucura: breves considerações	23
1.2 Relação da psicopatologia e da psiquiatria	28
1.3 Psicose e Psicanálise: o que diz Freud.....	33
CAPÍTULO II: WINNICOTT E O PROCESSO DE AMADURECIMENTO DO PSICÓTICO: IMPASSES, RUPTURAS E DESAFIOS	45
2.1 Winnicott: concepção de saúde e doença psíquica	46
2.2 Winnicott e o processo de amadurecimento	52
2.3 O que diz Winnicott sobre o processo de amadurecimento no psicótico?	57
2.4 Clínica winnicottiana	65
CAPÍTULO III: FORMAS DE TRATAMENTO DA PSICOSE	69
3.1 A clínica psicanalítica e suas formas de cuidado	72
3.1.1 A clínica psicanalítica freudiana.....	73
3.1.2 A clínica psicanalítica lacaniana	75
3.2 Psiquiatria: diagnóstico e tratamento	79
3.3 Tratamento medicamentoso	86
3.4 Uso abusivo de psicofármacos	92
3.5 Repercussões do uso exacerbado de medicamento na interrupção do amadurecimento no psicótico	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	114

INTRODUÇÃO

A verdade, como relâmpago, não nos espera onde temos a paciência de emboscá-la e a habilidade de surpreendê-la, mas tem instantes propícios, lugares privilegiados, não só para sair da sombra como para realmente se produzir. Se existe uma geografia da verdade, esta é a dos espaços onde reside, e não simplesmente a dos lugares onde nos colocamos para melhor observá-la.

Michel Foucault, no capítulo *A Casa dos Loucos de Microfísica do Poder*.

Essa pesquisa foi inspirada na experiência de estágio no Hospital Ulysses Pernambucano - Tamarineira. Nele tive a oportunidade de conviver com pacientes com transtornos psicóticos, o que aguçou o meu interesse pelas dificuldades que eles têm de lidar criativamente com as falhas do ambiente, de se exprimir emocionalmente e de estabelecer relações interpessoais.

A fim de contextualizar a história desse hospital e do profissional que deu nome a essa instituição, faremos um breve percurso sobre quem foi Ulysses Pernambucano: psiquiatra que tinha uma compreensão acerca da psicopatologia e dos tratamentos psiquiátricos a partir da própria concepção médica e do ambiente, ou seja, do aspecto socioeconômico em que o sujeito estava inserido (Pereira, 2005b).

Segundo Pereira (2005b), a relação de Ulysses Pernambucano com o Hospício da Tamarineira começou em 1917, quando ele começou a trabalhar lá; à época, um hospital sem condições de uma atuação terapêutica efetiva devido aos diversos problemas de precariedade existentes. No entanto, esse cenário começa a ser modificado em 1924 quando, ao ser nomeado diretor desse hospício, Ulysses Pernambucano introduz a ideia da humanização e da desinstitucionalização do paciente, além de dar início às pesquisas científicas. Sua atuação “visava, assim, realizar, no plano prático, intervenções de caráter preventivo e terapêutico que levassem em conta concretamente as relações do paciente com seu meio socioeconômico e cultural” (Pereira, 2005b, p.127).

Essa nova proposta terapêutica, implantada por Pernambucano, difere do tratamento moral com o internamento dos chamados loucos proposto pelo médico francês Philippe Pinel (1745-1826). Ao contrário dessa nova atuação, Pinel defendia que o tratamento, baseado na prática da punição corretiva, “deveria ser realizado numa instituição fechada, tanto porque o isolamento favoreceria a observação do ‘objeto em seu estado puro’ - sem as indesejáveis interferências da vida social” (Amarante, 2011, p. 2).

A partir disso, bem como das práticas firmes e das ações por parte dos profissionais, Pinel acreditava que era possível interagir com o paciente, de modo a transformar significativamente o seu comportamento. Nesse sentido, o hospital “estava a serviço do dispositivo de cura, o qual não seria concebível apenas no plano individual: o tratamento moral era fundamentalmente uma prática hospitalar grupal e mesmo comunitária” (Pereira, 2004, p.115-116).

Além desses métodos de tratamento, ao longo dos séculos surgiram diversas técnicas – visando uma aproximação da loucura com a razão e sempre influenciada pela ideia de normalidade. Nesse sentido, até o século 20, o recurso desenvolvido para se atingir esse objetivo era o da eletroconvulsoterapia (ETC), ou seja, a aplicação de correntes elétricas no cérebro do paciente acordado com o intuito de curar suas doenças nervosas e emocionais. Hoje, no entanto, para a realização deste procedimento, faz-se necessário que o paciente esteja sob o efeito de anestesia geral (Tratamentos psiquiátricos, 2013). Além disso, houve a introdução da lobotomia – procedimento cirúrgico que consiste na retirada parcial ou total do lobo no cérebro – e o uso das camisas-de-força, ambos para os pacientes mais agitados.

Em 1950, surge a atuação dos psicotrópicos – nos dias de hoje, esse recurso tem sido cada vez mais utilizado (Poli dos Santos, 2014). Apesar disso, os outros tratamentos continuavam a ser realizados nos hospitais psiquiátricos. Só na década de 1960 a eficácia dessas instituições começa a ser questionada – tanto devido às condições de trabalho quanto a sua eficácia terapêutica, uma vez que a estrutura do manicômio não comportava a quantidade de pacientes. E, nos anos 70, deu-se início às denúncias acerca da violência praticada nos hospitais psiquiátricos, aos questionamentos sobre o saber psiquiátrico, sobre o modelo de assistência vigente e sobre a mercantilização da loucura (Tratamentos psiquiátricos, 2013).

Diante desse percurso, podemos observar que diversos métodos eram usados a fim de aproximar o louco da razão perdida. A fim de atingir esse resultado, tratamentos científicos e não-científicos eram aplicados: “O uso da cadeira giratória, por exemplo, vinha da ideia de que os pensamentos do ‘louco’ voltariam para o lugar certo caso ele ficasse rodando por um tempo. Já o banho frio tinha como objetivo ‘acordar’ o paciente para a realidade” (Tratamentos psiquiátricos, 2013).

Assim, podemos observar que à medida que a psiquiatria passou a dar ênfase à doença e aos sintomas manifestados pelos sujeitos, ela passou a dar menos importância aos significados de suas experiências. “Para Basaglia a doença é que deveria ser colocada entre parênteses para que pudéssemos ocupar-nos do sujeito em sua experiência” (Amarante, 2011, p.5).

Atualmente, muitas dessas formas de tratamento não existem. Além disso, diversas mudanças ocorreram quanto à antiga percepção dos hospitais psiquiátricos, cuja única alternativa para esses pacientes era a internação, o isolamento. No entanto, observa-se que essas mudanças não ocorrem exclusivamente nas instituições psiquiátricas. Ao contrário, ocorrem em diferentes instituições e têm gerado diversas consequências, como por exemplo, as diferentes formas de sofrer (anorexia, bulimia, pânico, entre outras):

Instituições são formadas para uma melhor adequação e controle da sociedade, é notório que nos dias atuais as instituições como Família, Igreja e Estado estão passando por crises e em declínio, ou seja, está acontecendo uma desinstitucionalização. Como a sociedade está em constante mudança; os modos de viver, as autoridades, as referências, as doenças também se modificam, já que se refletem culturalmente (K. Santos & Lima Santos, 2009).

Nesse sentido, hoje, nos tratamentos psiquiátricos, há o incentivo para que esses pacientes possam ser tratados na sua própria comunidade, de que haja um tratamento mais humanizado com medicamentos e psicoterapia através dos dispositivos de tratamento da saúde psíquica: os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

Esses centros surgem no Brasil em 1986 na tentativa de denunciar a precária realidade das instituições psiquiátricas, bem como de buscar uma melhor assistência para os pacientes com transtornos psíquicos e para os seus familiares. Essa nova prática se dá através do

acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento de laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (Saúde mental no SUS, 2004, p.13).

Segundo a publicação de Saúde mental no SUS – Sistema Único de Saúde (2004), os CAPS “são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico”. Além disso, diz respeito a um serviço de “atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo” (p. 31).

Após trazer o percurso histórico da saúde mental, bem como a partir da experiência no Hospital Ulysses Pernambucano e em outros dispositivos de saúde mental – CAPS – pude observar a diminuição dos casos em que os profissionais de saúde se utilizam da internação e o aumento do tratamento medicamentoso e psicoterápico, uma vez que este é realizado na própria comunidade do sujeito, sem que seja necessária a retirada e o isolamento do paciente do seu convívio social e familiar.

De alguma maneira, isto contribui para o tratamento dos pacientes psicóticos, uma vez que há a:

Criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber [...] torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações (Amarante, 2011, p.1).

Por outro lado, observa-se que a profusão do tratamento medicamentoso tem crescido rapidamente em detrimento de outras abordagens terapêuticas – terapia ocupacional, psicoterapia, oficinas terapêuticas, psicodrama, atendimento a familiares, musicoterapia, arteterapia – não sem consequências. Para Poli dos Santos (2014), “as neurociências não podem ser as únicas a descrever e ditar como tratar. Essa vertente é importante, porém não deve ser preponderante [...] as “terapias da fala” oferecem espaço para que o sujeito dê sentidos outros ao seu sofrimento” (p.18).

Esse aumento decorre, dentre outros fatores, do surgimento de novos psicofármacos, da indicação de medicamentos já existentes no mercado e do crescimento no número de pessoas que são diagnosticadas com transtornos psiquiátricos. “O aumento é [...] devido à [...] introdução de psicofármacos, às novas terapêuticas [...] a propaganda medicamentosa [...] ao tratamento de qualquer sofrimento mental” (R. Rodrigues, 2013, p. 8-9).

Além disso,

o sintoma surge e a doença se propaga como meio de comunicar essa solidão, busca-se uma fuga, um cuidado, e o que geralmente se encontra são os remédios, afinal, nos dias de hoje, não se pode esperar, tudo tem que funcionar de imediato, principalmente o próprio ser humano (K. Santos & Lima Santos, 2009).

Observa-se assim que

o poder controlador da técnica não tem limites e imiscui-se em tudo. A racionalidade técnica fornece alívio imediato para a dor e para o sofrimento e desconhece o valor da angústia relativa ao próprio fato de estarmos vivos e termos que dar conta da tarefa de viver [...] Necessidades intrinsecamente humanas [...] estão em via de desaparecimento, porque soluções mecânicas, químicas, técnicas, imediatas, mágicas, enfim, se oferecem à mão e impedem que o homem se aproxime das experiências que o determinam enquanto homem (Dias, 1999, p. 15).

O uso abusivo de psicofármacos pode tornar o sujeito refém do seu próprio tratamento, quando este, em doses necessárias, na verdade deveria facilitar a saída do sujeito desse seu sofrimento, através da diminuição dos seus sintomas (Poli dos Santos, 2014; J. Santos, 2012).

Alguns recortes de pesquisa traduzem essa prática. É o caso de Poli dos Santos (2014), que em sua dissertação nos diz que “a utilização indevida de psicofármacos [...] produz a marginalização da subjetividade. Oferece ainda a alienação, o apagamento, a letargia com uma mão e com a outra a inserção na sociedade do consumo com o psicofármaco” (p. 23). Cordioli (s.d.) também faz referência às consequências de um uso prolongado e excessivo: “tendência a desenvolver tolerância e dependência, e em virtude do resultado de pesquisas [...] uma redução do seu efeito com o passar do tempo”.

Esse fato também pode ser observado na afirmação do presidente da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE), Raymond Yans:

Nos últimos anos houve um aumento sem precedentes do abuso de novas substâncias psicotrópicas [...] Medidas eficazes precisam ser tomadas pelos governos para prevenir e lidar com o abuso das chamadas “drogas legais”, que já são uma preocupação para a saúde pública e que desafiam os sistemas públicos de saúde (Canestrelli, 2013).

A partir disso, tive o interesse em me aprofundar nas repercussões do uso de psicofármacos durante a experiência do psicótico em dar continuidade ao seu processo de amadurecimento, que foi interrompido nos estágios iniciais da vida, a partir da perspectiva winnicottiana.

Para atingir esse objetivo, foi realizada uma pesquisa teórica nas bases de dados do Scielo (Scientific Electronic Library Online), NCBI (National Center for Biotechnology Information), Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), OMS (Organização Mundial de Saúde). Além de bibliotecas online de universidades e de instituições psicanalíticas.

As buscas nessas bases de dados foram embasadas na obra de D. W. Winnicott, sobretudo a partir dos tópicos que abordam a teoria do amadurecimento, o desenvolvimento maturacional primitivo, a relação primária com o ambiente, as

falhas ambientais, entre outros itens que tematizam a concepção de psicose em sua obra. Além disso, investigamos publicações relacionadas aos tratamentos da psicose, uso excessivo de psicofármacos e a clínica psicanalítica. Como recurso adicional à teoria, foi utilizado fragmentos da literatura, palestras e entrevistas.

Por se tratar da dificuldade de constituição do si-mesmo e do contato com a realidade externa, Winnicott estudou a psicose a partir da sua teoria sobre o amadurecimento do sujeito. Assim, é a partir do amadurecimento saudável que seríamos capazes de estudar as doenças e suas imaturidades.

A escolha por Winnicott se deu uma vez que sua compreensão dos adoecimentos psíquicos baseia-se numa nova maneira de entender a natureza humana, bem como nas suas formas de adoecimento. Para ele, o adoecimento pode surgir até mesmo em bebês que nasceram fisicamente saudáveis, bem como pode estar relacionado a dificuldades no vínculo que o bebê estabelece com sua mãe

Sobre esse autor, Dias (1999) nos diz:

Ele nos oferece uma concepção verdadeiramente original dos distúrbios psíquicos, baseada em uma nova forma de conceber a natureza humana e suas formas de adoecer [...] Além disso, a observação paralela de bebês e psicóticos mostrou-lhes que o amadurecimento pessoal, nos seus estágios primitivos, refere-se exatamente aos mesmos fenômenos que aparecem no estudo da esquizofrenia adulta e nos estados esquizóides em geral (p. 15-16).

Dentre as alterações psíquicas existentes, focaremos nosso trabalho na psicose. Entende-se a psicose como uma problemática nas relações que o sujeito¹ mantém com o mundo externo e que se caracteriza pela dificuldade desse indivíduo exprimir-se emocionalmente. Segundo Winnicott (citado por M. Santos, 1999), a “psicose é uma doença de deficiência do ambiente” (p. 5) na qual estão implicados os sentimentos de aniquilamento² no bebê.

¹ Segundo Mezan (1997), “o sujeito se encontra no cruzamento de várias linhas de força, das quais ele determina algumas, enquanto outras o determinam [...] vai além da ‘sensação de si mesmo’ que o inglês caracteriza com a palavra *self*, e que representa o aspecto mais imediato da subjetividade” (p.13).

² “A alternativa para ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila. Ser e aniquilamento são duas alternativas. O ambiente tem por isso como principal função a redução ao mínimo de irritações a que o lactente deva reagir com o conseqüente aniquilamento pessoal” (Winnicott, 1960, p. 47).

Foi a partir da sua prática como pediatra e da contínua observação desses bebês, bem como de suas mães, que Winnicott percebeu que, nos estágios iniciais, o amadurecimento emocional do bebê guarda semelhanças com a maneira com a qual a psicose se revela na vida adulta, ou seja, as dificuldades e impasses no processo de amadurecimento.

Dificuldades de se relacionar com o mundo externo também fazem parte da constituição do sujeito e do seu contato com a realidade. No caso dos bebês, elas estão ligadas à sua extrema imaturidade; já nos psicóticos, ao fato de terem se perdido no decorrer do percurso rumo à maturidade. Assim, Winnicott constatou que o estudo do amadurecimento inicial do sujeito o levava a tentar compreender o psicótico – o que fez com que ele formulasse uma concepção acerca das psicoses.

Tendo em vista essa psicopatologia, podemos pensar nas alternativas de tratamento para os sofrimentos psíquicos desse sujeito, como por exemplo, a psicoterapia e o tratamento medicamentoso. Assim, para a presente pesquisa, nos deteremos ao uso de psicofármacos, prescrito pelos psiquiatras, como uma forma encontrada para tentar amenizar os sintomas/formas de expressão do psicótico.

O psiquiatra, na sua atuação, tende a considerar o antipsicótico de última geração:

Em termos de efetividade, em alguns estudos, os ASG³ quando comparados aos APG⁴ mostraram-se superiores, melhorando a cognição e prevenindo a incidência de novas hospitalizações. Essa superioridade dos ASG, entretanto, não pode ser considerada definitiva, visto que estudos pragmáticos não mostraram vantagens em termos de efetividade ou de qualidade de vida (Kayo, 2010, p.11).

Além disso, há o aumento da dosagem quando não há resposta e a tendência a medicar os efeitos colaterais advindos da medicação principal, como por exemplo: parkinsonismo, convulsões, efeitos cardiovasculares, dermatológicos, oculares, endócrinos, entre outros. “No tratamento de episódios psicóticos agudos inicia-se em

³ Antipsicóticos de segunda geração ou atípicos: “em geral não causam efeitos extrapiramidais nas doses usuais, são mais bem tolerados e na atualidade vem sendo cada vez mais preferidos como primeira escolha [...] São medicamentos mais caros” (Cordioli, s.d.).

⁴ Antipsicóticos de primeira geração, também chamados de tradicionais ou típicos. São “potencialmente capazes de provocar reações extrapiramidais e um maior número de outros efeitos colaterais” (Cordioli, s.d.).

geral com doses baixas, aumentando gradualmente em função da tolerância aos efeitos colaterais, até atingir as doses médias diárias recomendadas” (Cordioli, s.d.).

O modo como é realizada a prescrição do psicofármaco, bem como a maneira de diagnosticar e indicar o tratamento, decorrem da abordagem clínica utilizada pelo profissional. Se de um lado temos um psiquiatra que explica o sofrimento psíquico do seu paciente através de uma origem exclusivamente orgânica e sem nenhuma relação subjetiva, do outro, temos o profissional que recomendará um psicofármaco que possa apaziguar os sintomas do sujeito que sofre, mas que irá interrogá-lo sobre o surgimento desses sintomas (Pereira, 2005a).

A discussão sobre essas práticas e sobre as repercussões desse uso nos leva a pensar na realidade atual. Parece haver hoje um crescente e excessivo uso dos psicotrópicos que visam eliminar rapidamente os sintomas, bloquear a espontaneidade e expressão das emoções e normalizar o sujeito no sentido de adaptá-lo à sociedade. “O aumento do uso de drogas para tratar a psicose é ainda mais impressionante. A nova geração de antipsicóticos [...] ultrapassou os redutores de colesterol no topo da lista de remédios mais vendidos nos Estados Unidos” (Angell, 2011, p. 2).

Ora, qual a normalidade que a sociedade busca atingir através do uso dos psicofármacos? Segundo Bezerra (2012),

A normalidade estatística é normal porque é comum, porque é um fato. Boa parte das pessoas dentro dessa normalidade estatística está bem. Mas podem não estar bem do ponto de vista do valor. Não ter sintomas não significa não estar doente. Você também pode estar fora da normalidade e não estar doente [...] Você pode apenas ter uma singularidade particular.

Em entrevista realizada por Mônica Teixeira da UNIVESP⁵ TV, a psicanalista e historiadora Elisabeth Roudinesco (2010) afirma que hoje e cada vez mais, há uma tendência para normatizar o comportamento humano para se ter um comportamento modelo e que sirva em uma dimensão mundial.

Diante dessas afirmações e do modo de cuidar em voga, passamos a nos indagar em que medida essa padronização do sujeito medicalizado pode ocultar as

⁵ Universidade Estadual do Estado de São Paulo.

suas singularidades? Uma vez que esse indivíduo deve responder, agir e se posicionar de acordo com o que lhes é imposto, ou seja, um modo que apague as suas diferenças, as suas particularidades.

Ainda sob esse ponto de vista, outro aspecto observado na atuação desses medicamentos e nos interesses de todos que convivem com o psicótico diz respeito à autonomia deste. A sociedade coloca-o no lugar de sujeito dependente do outro e que se expressa de uma forma diferente dos ditos normais. Assim, esses sujeitos procuram ajuda medicamentosa para aliviar os seus sintomas.

Dessa maneira, supõe-se que, ao se tornar “igual” aos outros, ele sairá desse lugar de dependente e estará rumo a uma autonomia. No entanto, nos indagamos se esse uso medicamentoso, exclusivo e abusivo, promove essa saída da dependência. Na verdade, o que observamos são sujeitos apáticos e, devido ao excesso de medicamentos, desprovidos de estímulos para sair dessa inércia.

Em nosso cotidiano, encontramos esses sujeitos cada vez mais dependentes de psicofármacos mostrando, em decorrência desse abuso, possíveis consequências no seu processo de amadurecimento, que tendem a produzir formas de expressão opacas: “a retirada do sintoma, muitas vezes, torna o sujeito apático [...] tanto sem sinais da suposta patologia psiquiátrica quanto sem paixão, sem acesso a sua via desejante” (Poli dos Santos, 2014, p. 20). Fato esse que não deveria ocorrer, uma vez que, cada vez mais, há investimentos em pesquisas nas áreas farmacêuticas, de modo a diminuir os efeitos colaterais dessas medicações.

Embora os ASG reconhecidamente ofereçam menor risco de SEP⁶ e possivelmente de discinesia tardia, não são isentos de riscos, especialmente a longo prazo. Sabe-se que alguns ASG oferecem maior risco de causar distúrbios metabólicos, como o aumento de peso, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hiperglicemia e síndrome metabólica. Consequentemente, os ASG possivelmente oferecem um maior risco de mortalidade por eventos cardiovasculares que os APG (Kayo, 2010, p.15).

É alarmante o modo como cresce o uso/abuso de psicotrópicos, especialmente de antipsicóticos. Pesquisas, como a de Reuters (2011), apontam

⁶ Sintomas extrapiramidais.

que durante dez anos, nos EUA, o número de prescrições dessas drogas quase triplicou - passou de 6,2 milhões em 1998 para 16,7 milhões em 2008. Além disso, elas foram responsáveis por uma receita de mais de US\$ 10 bilhões no setor farmacêutico americano em 2008 - aproximadamente 5% do total de drogas prescritas (Reuters, 2011). “O Brasil consumiu, em 2000, cerca de 70 mil caixas de metilfenidatos [...] e, em 2009, subimos para surpreendentes 9,2 milhões de consumos” (Carmona, 2013, p. 4).

Outras informações, divulgadas pela ANVISA⁷ (Barros, 2008), reforçam esses números: 44% dos 143 tipos de medicamento controlado no Brasil servem para o tratamento de transtornos mentais e comportamentais. De acordo com a IMS Health, consultoria especializada na indústria farmacêutica, a classe de antipsicóticos movimentou R\$ 306,8 milhões nos últimos 12 meses.

Frente a esses dados, a psiquiatra Ana Cecília Marques, da UNIFESP, atribui esse aumento a três causas: a busca por resoluções rápidas para conflitos, a preferência dos psiquiatras em receitar remédios a investir em terapias de longa duração e o assédio da indústria farmacêutica (Collucci, 2011).

No entanto, para o Coordenador Geral de Saúde Mental e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Pedro Gabriel Godinho Delgado, atribui o aumento a dois fatores: por um lado, se há esse aumento é porque as pessoas estão tendo acesso à rede de tratamento. Por outro, como os números são muito expressivos, pode-se pensar que há um uso nocivo ao sujeito (Oliveira, 2011).

Diante desse quadro, percebemos que essas soluções tentadoras atingem a todas as instituições – familiar, escolar, entre outras - uma vez que não os tornam mais responsáveis pelo doente. Ou, na melhor das hipóteses, buscam e facilitam o seu acesso aos recursos farmacológicos na justificativa de ajudá-lo.

Nesse contexto, observamos uma atuação perversa da indústria farmacêutica, que financia pesquisas para a classificação de muitas das ações do homem em transtornos que precisam ser medicalizados para atuarem como sujeitos normais. Assim, quais as repercussões do uso exacerbado de psicofármacos no processo de amadurecimento desse sujeito? Como esse sujeito poderia encontrar uma forma criativa para viver?

⁷ Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Baseado nisso, essa pesquisa se constitui da seguinte forma. No primeiro capítulo, buscamos trazer as transformações ocorridas ao longo dos séculos, bem como as suas especificidades em torno das concepções de psicose. Para tanto, iniciamos nossa trajetória acerca da história da loucura, tendo como base o pensamento de Foucault. Em seguida, investigamos o caminho percorrido pela psiquiatria para se legitimar como área médica, o que justifica o modo pelo qual parte dos psiquiatras de abordagem biológica atua e defende a visão neurobiológica da psicose. Dito isso, chegamos ao surgimento da psicanálise com Freud e suas incursões iniciais sobre a psicose.

No segundo capítulo delineamos as ideias do pediatra e psicanalista inglês Donald Woods Winnicott sobre o processo de amadurecimento do sujeito. Para fundamentar essa sua teoria, ele nos traz as noções de saúde e doença psíquica, bem como a importância de um ambiente/ mãe suficientemente boa para que haja uma integração do sujeito num eu e o desenvolvimento de um processo de amadurecimento. Para ele, no entanto, quando há perturbações nesse processo, podem surgir algumas interrupções no desenvolvimento do sujeito que resultam em adoecimentos psíquicos. Estes, por sua vez, variam de acordo com o momento em que o bebê se encontrava.

No terceiro capítulo, focamos nas formas de tratamento utilizadas para a psicose. Para tanto, traçamos um breve panorama acerca da atuação da clínica psicanalítica, onde trouxemos a psicanálise freudiana e a lacaniana, uma vez que essa última, assim como Winnicott, se deteve ao estudo das psicoses. Em seguida, investigamos como ocorre o tratamento desse transtorno de acordo com a psiquiatria para então, nos determos na utilização do recurso medicamentoso. Além disso, enfatizamos as influências dessa atuação e as repercussões de um uso desmedido e suas possíveis conseqüências durante a interrupção do processo de amadurecimento desse sujeito.

Por fim, nas considerações finais tentamos mostrar a importância do uso de psicofármacos durante o tratamento do psicótico, uma vez que eles, por atuarem nos seus sintomas, tentam diminuir as chances desse sujeito ter que reviver as angústias impensáveis ocorridas no início do seu processo de amadurecimento. Ao fazer isso, eles atuam na diminuição dos sintomas, na prevenção de possíveis recaídas e na sua reabilitação social.

CAPÍTULO I: PSICOSE E SUAS DIFERENTES FORMAS DE INTERPRETAÇÃO

Sabemos que há especificidades no que se refere ao campo das psicoses que dizem respeito à relação que o sujeito estabelece com a mãe e com o ambiente, como esse transtorno se caracteriza para diversas abordagens e como ocorreu a transformação no seu conceito.

Para tanto, primeiramente realizamos uma breve explanação acerca da história da loucura, tendo Foucault como representante teórico desse período. Em seguida, com o intuito de compreender as principais características que definem o sujeito psicótico para a psiquiatria, realizamos um apanhado acerca do percurso histórico dessa área médica. Tais esclarecimentos nos forneceram meios para compreender a visão da psiquiatria biológica e os diversos meios encontrados pelo psicótico para se expressar, ou seja, através dos sintomas.

Por fim, seguindo esse caminho sobre as teorias existentes acerca dessa psicopatologia, foram apontados os meios percorridos por Freud para tentar chegar a um estudo sobre as psicoses, bem como a sua análise sobre o caso Schreber.

1.1 O que Foucault nos diz sobre a loucura: breves considerações

Na Idade Média, o louco era considerado uma figura sagrada, dentre outros motivos, porque estava inserido no campo obscuro da miséria, o que o levava a ser abrigado pela sociedade. Além disso, na cultura ocidental, o louco, mesmo se expressando de diversas maneiras, tinha um espaço reservado para se “curar”, esse por sua vez, não tinha fundamento médico.

Assim, na cultura ocidental até o século XV, a experiência da loucura era comumente aceita no cotidiano das pessoas como uma forma encontrada pelo sujeito para se expressar livremente, ou seja, um ato mais louvado do que recriminado e dominado. No entanto, se até o século XVI essa experiência era respeitada, a partir do século XVII essa concepção passa a mudar, uma vez que é

inserida uma conotação moral no que era tido como o diferente; o que levou a construção de meios para que se pudesse excluir esse sujeito (Foucault, 1984). Dessa forma, com o início do século XVII, muda-se a conotação dada à loucura, fazendo com que esse sujeito passe a ser excluído, uma vez que ele interfere na organização moral do espaço social.

Durante a Renascença, a Nau dos Loucos era de suma importância no cotidiano da sociedade, uma vez que eram barcos que levavam as pessoas que eram expulsas das cidades para lugares distantes. Segundo Foucault, esse fato já nos falava do desconforto dos sujeitos em relação à loucura, uma vez que ele evitava que os loucos ficassem circulando na cidade – o que representava perigo à população (P. Vieira, 2007).

Os loucos passam a frequentar espaços isolados – as casas de detenção, prisões familiares, hospitais gerais, casas de caridade – onde eram colocados todos os sujeitos considerados improdutivos pela sociedade burguesa, bem como os que ameaçavam a ordem e os valores das famílias, ou seja, os mendigos, doentes, presos, velhos, entre outros (D. Silva, 2004). Esses sujeitos, considerados ociosos, eram colocados no mesmo patamar dos pobres e submetidos ao trabalho obrigatório com algumas ressalvas, uma vez que sua loucura não permitia que ele exercesse uma atividade no mesmo ritmo da sociedade em geral.

Foi a partir do estudo sobre as doenças nervosas, bem como a sua cura, que surge na medicina uma técnica que vinculará a loucura ao internamento. Seguida da possibilidade de um diálogo entre o médico e o sujeito considerado louco através da psiquiatria da observação, uma vez que o internamento deixa de ter um aspecto prisional e jurídico e assume um aspecto hospitalar (P. Vieira, 2007):

Era-lhes aplicado um tratamento [...] Estes tratamentos não eram nem psicológicos nem físicos: eram ambos ao mesmo tempo – a distinção cartesiana da extensão e do pensamento não tendo afetado a unidade das práticas médicas; submetia-se o doente à ducha ou ao banho para refrescar seus espíritos ou suas fibras; era-lhe injetado sangue fresco para renovar sua circulação perturbada; procurava-se provocar nele impressões vivas para modificar o curso da sua imaginação (Foucault, 1984,p. 82).

É ainda nesse período (Século XVII e XVIII) que a demência é reconhecida como uma doença que se aproxima dessas manifestações da loucura e das doenças do espírito, cuja característica principal é a desordem e, como consequência, as falhas no juízo, uma vez que ela não apresenta sintomas específicos.

É na relação entre o corpo e a alma racional, localizada no cérebro, que é possível ver as manifestações da memória e da imaginação. Essas manifestações provêm ideias aos espíritos de forma que, quando perturbadas, levam à demência. Nesse sentido, acredita-se que o cérebro foi afetado por uma inquietação dos espíritos.

É aí que começamos a ver a aproximação entre o transtorno mental e a procura por uma origem biológica, existente ainda hoje. Isso porque, a partir do momento em que o cérebro é visto como a possível causa de um distúrbio nasce o interesse em estudá-lo com afinco. No entanto, as complicações no cérebro não são vistas como a origem da causa isolada, uma vez que, ainda nesse período, havia a forte influência das ditas perturbações dos espíritos. Dessa forma, era essa relação que levava a um desequilíbrio do sujeito e que tinha diferentes denominações de acordo com a idade do sujeito acometido:

A demência é uma espécie de incapacidade de julgar e raciocinar de modo sadio; recebeu diferentes nomes, conforme as diferenças entre as idades em que se manifesta; na infância é normalmente chamada de besteira, patética; chama-se imbecilidade quando se estende pela ou surge na idade da razão; e quando aparece na velhice, é conhecida pelo nome de disparate ou condição infantil (Dufour citado por Foucault, 2009, p. 260).

Assim, mais tarde a demência será a doença que ocupará o ponto de partida da psiquiatria para o estudo da esquizofrenia. Contudo, já no século XVII, muito antes da psiquiatria passar a fazer parte da medicina, a internação torna-se uma invenção institucional e a loucura é vista como desrazão, levando à divisão entre o normal e o patológico.

Foucault compreende essa ligação como sendo mais uma condenação do sujeito ocioso do que uma forma de cuidado para com o sujeito e sua doença, uma

vez que o sujeito é colocado nesse ambiente por não ter condições de continuar inserido na sociedade, e não para ser tratado. Dessa forma, Foucault defende que o saber médico visava vigiar e punir o louco, ou seja, ele era um profissional que atuava como representante dos costumes morais.

Segundo Phillips (2008), era Foucault e os chamados antipsiquiatras, quem defendiam que ao mesmo tempo em que deveríamos nos questionar sobre nossa visão da normalidade, deveríamos escutar os loucos, uma vez que eles teriam algo para nos dizer, ao invés de simplesmente puni-los. Eles acrescentavam que a loucura nada mais é do que as complexas expressões dos sujeitos ditos sãos, uma “resposta autêntica para os horrores da vida contemporânea; ser são num mundo como este era estar fora de contato com a realidade” (p.24).

Ainda para Foucault, o internamento visava segregar os loucos da população em geral, assim como foi feito com os leprosos durante a Idade Média. Desse modo, esses novos doentes passaram a ocupar o lugar deixado pelos leprosos – com significações sociais, morais, econômicas, entre outras (P. Vieira, 2007).

Nesse momento, podemos perceber outros interesses com o internamento que passavam longe da expectativa de cura – como a condenação do sujeito inativo. A loucura, por não ser mais vista como uma desrazão, passa a ser entendida como uma doença mental e a se relacionar com a medicalização através do hospital psiquiátrico (E. Silva, 2001).

Será somente com o tratamento e o estudo da cura das doenças nervosas que a medicina se tornará em uma técnica privilegiada e que, enfim, estabelecerá uma ligação com a loucura, tão recusada pelo domínio do internamento. Serão com essas curas que nascerá a possibilidade de uma psiquiatria da observação, de um internamento de aspecto hospitalar e do diálogo do louco com o médico (P. Vieira, 2007, p.13).

No entanto, Foucault defende que a psiquiatria positivista não isentou o louco da confusão entre a loucura e o desatino. O que houve foi uma transformação no seu conceito. “A crítica política do internamento, no século XVIII, não funcionou no sentido de uma libertação da loucura, permitindo aos alienados uma atenção mais filantrópica, mas uniu ainda mais a loucura ao internamento” (P. Vieira, 2007, p. 16).

Assim, é nesse ponto que podemos perceber o internamento como uma forma de controle que se esconde atrás do pretexto de proporcionar uma melhor qualidade de vida para os sujeitos. Fato esse que Foucault denomina como biopoder, ou seja, o exercício de um poder expresso através da coerção e do controle, com a justificativa de favorecer a vida.

Para chegar a esse conceito, ele “investiga a passagem do poder soberano que se exerce negativamente para um biopoder que se exerce produtivamente, maximizando e administrando constantemente as forças vitais” (Mizrahi, 2010, p. 137). Assim, nesse modelo, o que ele encontra são sujeitos operando sob o prenúncio de um possível colapso, tanto no aspecto pessoal quanto social. Isso ocorre uma vez que os sujeitos internalizam esses novos mecanismos de controle, que são fundamentados numa constante ameaça de eliminação e que podem nos levar à experiência do desamparo.

A partir dessas discussões, Foucault aponta para a existência de algumas relações que visam o domínio da vida e que são pouco harmônicas. Ele nos mostra ainda que, a partir do momento em que se propõe governar a favor da vida através do controle dos sujeitos, há um afastamento das experiências singulares dos mesmos (Mizrahi, 2010), o que pode gerar outros sofrimentos psíquicos como uma manifestação desse domínio.

Diante das antigas e das novas formas de expressão do sofrimento psíquico, “como saber se esta pessoa, que escuta vozes ou que se define como todopoderoso, deve ou não ser remetida a uma instituição psiquiátrica? Como provar que essas atitudes indicam uma doença mental?” (Caponi, 2009, p.99).

É neste contexto de mudanças na percepção da loucura que

se situará Freud para oferecer sua contribuição ao estudo da psicose. Note-se que o objeto do estudo freudiano não é a loucura, mas a psicose, forma patologizada da loucura, que a Psiquiatria designou como doença mental. Neste sentido, a abordagem freudiana coloca-se numa linha de continuidade com a abordagem que a Psiquiatria do século XIX fez da loucura (Z. Rocha, 1993, p.145).

Assim sendo, para uma melhor compreensão acerca da loucura, do sofrimento psíquico e das ciências que as estudam, faz-se necessário uma breve

discussão acerca do que é a psicopatologia, bem como do percurso percorrido pela psiquiatria para estudar essas manifestações e se firmar como área científica e médica.

1.2 Relação da psicopatologia e da psiquiatria

O termo psicopatologia se origina da palavra *pathos* que significa excessivo, passivo, um sofrimento dotado de paixão. Algumas experiências do sujeito, regidas pelo *pathos*, podem atingir outros sujeitos, levando a formação e manifestação de uma patologia. No entanto, examiná-la de forma descritiva e isolada não é suficiente para se determinar o transtorno psíquico expresso pelo sujeito. É necessário considerá-lo em suas diversas dimensões, inclusive subjetivamente, uma vez que o sujeito possui um aparelho psíquico composto por um inconsciente e conduzido por esse *pathos* (Berlink, 2005).

Desse modo, podemos compreender a psicopatologia, como um estudo do sofrimento psíquico através da observação e compreensão dos elementos que a compõe (Dalgalarrodo, 2000). Além disso, segundo Bezerra (2012), a psicopatologia diz respeito à vida cotidiana, uma vez que no dia-a-dia fazemos uso de seus termos para nomear sentimentos, estados de espíritos, entre outros.

Ela é um campo composto por diversas disciplinas, o que ocasiona um certo desencontro de pontos de vista. Tal desencontro era mais frequente no início, dentre alguns motivos, porque não havia um sistema de classificação e a psicopatologia se fundamentava na psicanálise e nas teorias fenomenológicas, uma vez que havia a preocupação com a análise da experiência do sujeito diante do seu sofrimento. Assim, diante da diversidade de disciplinas e apesar de predominar essas duas abordagens, o diagnóstico era tido como ateuco.

Na Grécia antiga, desde o século 5 a.C., Hipócrates buscou estabelecer um sistema de classificação para as doenças mentais [...] Entretanto, o primeiro sistema de classificação abrangente e de cunho verdadeiramente científico surgiu com os estudos de Emil Kraepelin (1856-

1926), 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 (Gomes de Matos et al. 2005, p. 312).

Além dessas divergências, observava-se um uso indiscriminado dos diagnósticos. Isso ocorria uma vez que, além de não fazer parte da medicina nem haver uma quantidade de profissionais de psiquiatria que fosse suficiente para atender a demanda, não havia delimitação no campo de atuação profissional. Concomitantemente a esse fato, por não ser comum o uso de medicamentos, por restringir seu campo de atuação aos asilos e se deter a prática psicoterápica, houve uma disputa nesse campo de atuação, uma vez que outros profissionais de saúde também exerciam essa função, tais como enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, entre outros (Bezerra, 2012).

Diante desse cenário, durante o século XX, inicia-se um movimento da psiquiatria para ser reconhecida pela Medicina como parte dela. Ela passa a ter o discurso médico como referência para, a partir das classificações nosológicas, relacionar as doenças mentais ao orgânico, ou seja, ela busca afirmar que os transtornos mentais são equivalentes as doenças orgânicas, físicas (Esperanza, 2011).

De acordo com Fendrik (2011), até a primeira metade desse século, a psiquiatria americana não tinha um sistema de classificação dos comportamentos decorrentes dos transtornos mentais e seus diagnósticos adotavam os critérios da psiquiatria clássica e da psicanálise. Contudo, foi também em decorrência dos grandes sofrimentos psíquicos gerados pela Segunda Guerra Mundial nos soldados e na população em geral, que foram necessárias novas categorizações dessas doenças.

Assim, é a partir do século XXI que ela começa a sair desse lugar pouco valorizado pela medicina e começa a participar ativamente da Era do cérebro. Na prática, boa parte dos psiquiatras de abordagem biológica passa a classificar, enquadrar os comportamentos desviantes em transtornos e quase chegam a desconsiderar o sujeito que sofre e demanda um tratamento, para vê-lo através dos sintomas da sua doença. Esse sofrimento deixa de ter uma significação singular no

percurso desse sujeito e na sua relação com o meio em que está inserido, e passa a ser visto a partir de uma perspectiva predominantemente neurobiológica que, ao constituir uma patologia, favorece um apagamento da sua dimensão psíquica, social e histórica (Kamers, 2013).

Esse novo período, composto pelos progressos nas neurociências, nos apresenta meios para se conseguir uma melhor visualização do funcionamento físico-químico do cérebro devido às contribuições das neuroimagens, do mapeamento do genoma humano, entre outras. Esses avanços também possibilitaram à psiquiatria se firmar como área médica, uma vez que ela era desvalorizada, dentre outros motivos, por sua vinculação com a psicanálise e pela ausência de terapias biológicas na sua fundamentação (Poli dos Santos, Silva, Luzio, Yasui, & Dionísio, 2012). Ou seja, essa psiquiatria biológica buscava abandonar os pontos 'vagos e imprecisos' anunciados na linguagem psicológica para dar lugar a uma compreensão universal dos sofrimentos psíquicos (Aguilar, 2004a).

Nesse sentido, as novas pesquisas começaram a analisar os sofrimentos psíquicos fundamentando-os em bases biológicas para mostrar a proximidade entre esses sofrimentos e as doenças orgânicas, o que leva a um abandono da análise de sentido do sintoma/signo para uma noção de origem bioquímica cerebral (Guarido, 2007).

Esse é o caso, por exemplo, da atual esquizofrenia que, além de ser o transtorno psicótico mais antigo e estudado pela psiquiatria, ao longo da história teve outras denominações, como loucura e demência. Isto pode ser constatado na seguinte afirmação de Lopes (2001):

Para Kurt Schneider, a única psicose propriamente dita é a esquizofrênica. Nas classificações modernas, a psicose maníaco-depressiva está sendo retirada das manifestações psicóticas para entrar do lado das doenças corporais do pânico, e sobretudo ela está sendo considerada uma doença do humor – em inglês *mood*. Então, psicose propriamente dita fica sendo a esquizofrenia (p.31).

Mas, o que seria a psicose? Segundo pesquisadores do Programa de Atendimento e Pesquisa ao Primeiro Episódio Psicótico (PEP)⁸ da Universidade Federal de São Paulo, se trata de uma alteração na mente do sujeito que compromete a sua capacidade de se comportar, pensar e perceber. Seus sintomas são descritos como os da esquizofrenia, os quais abordaremos mais adiante.

Dito como se caracteriza a psicose, focaremos especificamente na esquizofrenia. O termo esquizofrenia, que vem do grego *schizein* e *phren*, diz respeito a uma divisão da mente. Esse conceito surgiu em 24 de abril de 1908 com Eugen Bleuler para substituir o termo demência precoce (*dementia praecox*), uma vez que a demência não era um dos sintomas dessa patologia, mas sim uma dissociação entre o comportamento, a emoção e o pensamento. Além disso, Bleuler defendia que outros sintomas poderiam surgir dependendo do ambiente em que o sujeito estaria inserido, como por exemplo, alucinação, retraimento social, delírio e diminuição da capacidade motora (Ashok, Baugh & Yeragani, 2012).

Apesar de ter surgido há mais de um século, sua causa ainda continua desconhecida. Em 1930, pesquisas indicaram que haveria maiores chances de um sujeito desenvolver a esquizofrenia quando já existiam familiares com essa psicopatologia. Outras teorias defendiam que os sujeitos que já tinham uma predisposição ao desenvolvimento da esquizofrenia e ainda eram expostos a agressões durante a gestação e o parto, poderiam vir a desenvolvê-la, isso porque nesse transtorno haveria uma atuação fundamental de algumas áreas do cérebro, como o córtex frontal e o sistema límbico (Sadock & Sadock, 2008).

Hoje, observações sugerem que fatores estressores do nosso cotidiano influenciam no desencadeamento da esquizofrenia, uma vez que, se ela diz respeito a uma psicopatologia relacionada ao cérebro, pode-se dizer que, assim como outras patologias relacionadas a diversos órgãos, ela também é afetada pelo contexto psicossocial. Dessa forma, essas investigações têm levado em consideração a interação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Além disso, diversos estudos, se utilizando dos recursos tecnológicos cada vez mais modernos, tentam descobrir a sua origem. As técnicas de neuroimagens, por exemplo, permitem fazer mensurações específicas de neuroquímicos ou do funcionamento cerebral desses pacientes ainda vivos.

⁸ Acessado em 2 de outubro de 2013: <http://www.unifesp.br/dpsiq/novo/d/pep/tratamentos/>

Essas alterações são percebidas através dos sintomas característicos dessa psicopatologia (UNIFESP):

- a) *Pensamento confuso*: dificuldade em articular as ideias, bem como de se concentrar.
- b) *Crenças falsas ou delírios*: formulações de ideias que não condizem com a realidade. Os delírios de perseguição são os mais comuns.
- c) *Alucinações*: são percepções e sensações táteis falsas.
- d) *Alterações nos sentimentos*: oscilações de humor sem motivos aparentes.
- e) *Comportamento alterado*: os sujeitos podem ficar muito ativos ou muito lentos. Sua higiene pessoal pode ficar comprometida, bem como pode haver alterações no apetite e no sono.

A partir desses sintomas, o DSM⁹ (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) classificou a esquizofrenia nos seguintes subtipos (Sadock & Sadock, 2008):

- *Paranóide*: caracteriza-se pelos delírios de perseguição ou de grandeza e pelas freqüentes alucinações auditivas.
- *Desorganizado*: esses pacientes apresentam um comportamento primitivo e desorganizado. Sua relação com a realidade é deficiente e expressa seu afeto de maneira inadequada.
- *Catatônico*: sua função motora é comprometida, o que leva o sujeito a apresentar posturas bizarras, trejeitos faciais, negativismo, estupor, ecolalia¹⁰ ou ecopraxia¹¹.
- *Indiferenciado*: “com freqüência, pacientes claramente esquizofrênicos não podem ser enquadrados em um subtipo com tanta facilidade. O DSM-IV-TR classifica esses pacientes como portadores de esquizofrenia de tipo indiferenciado” (Sadock & Sadock, 2008, p. 524).
- *Residual*: ausência de alucinações ou delírios acentuados, pensamento incoerente, embotamento emocional, comportamento extravagante.

⁹ No terceiro capítulo nos aprofundaremos sobre esse manual de classificação.

¹⁰ Repetição em eco da fala.

¹¹ Imitação dos movimentos de outra pessoa ou repetição involuntária.

Dito esses subtipos e suas características clínicas, observamos o prognóstico da esquizofrenia: os dados apontam que, só nos EUA, 1% da população desenvolverá esse transtorno, que surge tanto em homens quanto em mulheres na mesma proporção. No entanto, apenas 20 a 30% desses sujeitos estão aptos para realizar atividades cotidianas de forma relativamente saudável (Sadock & Sadock, 2008).

Ao analisar essas informações, passamos a nos questionar sobre quais aspectos são decisivos na formulação de diagnósticos e de prognósticos. Diante dos sintomas, por exemplo, como podemos afirmar que se trata de uma demonstração da doença e não uma expressão da saúde? E se o sujeito escuta vozes significa que ele é improdutivo para a sociedade e deve permanecer isolado em um hospital psiquiátrico? Assim, antes de tentar responder essas questões, faz-se necessário discutir sobre o que a psicanálise freudiana nos diz acerca da psicose, uma vez que a loucura e depois as doenças psíquicas eram analisadas a partir desse campo de investigação clínico.

1.3 Psicose e Psicanálise: o que diz Freud

O estudo freudiano da psicose, como forma patológica da loucura, coloca-se, portanto, numa linha de continuidade com a visão da Psiquiatria de seu tempo. Mas, aqui também, Freud inova e a linha de continuidade torna-se descontínua, porque ele é o primeiro terapeuta a dar crédito à linguagem louca e delirante dos loucos. Freud é o primeiro terapeuta que considera o delírio psicótico como uma linguagem cuja mensagem é preciso interpretar, como uma tentativa de restaurar a realidade rejeitada, e como uma tentativa de cura (Z. Rocha, 1993, p.146).

No início, devido a circunstâncias históricas, ao se pensar que a origem da Psicanálise estava ligada ao estudo da histeria, era “muito fácil igualar as partes

recalcadas da psique ao que era ‘inconsciente’, e a recalcante ao que era ‘consciente’” (Freud, 1923, p. 14).

Assim, no livro *A interpretação dos sonhos* (1900) Freud nos mostra os primeiros estudos sobre a psique. Para ele, os sistemas (mnemônico, inconsciente, perceptivo, entre outros) da psique dizem respeito a uma estrutura baseada em algo além da função, na qual há uma força recalcada que tenta abrir passagem até a atividade. No entanto, ela é “mantida sob controle por uma força recalcante, e, estruturalmente, um ‘inconsciente’” (Freud, 1923, p. 15).

Porém, na publicação do livro *Além do Princípio de Prazer* (1920), ele se questiona sobre o termo inconsciente e passa a defender que o Eu também deveria ser apresentado como inconsciente. Assim, apesar de não haver mudanças concernentes à estrutura psíquica, o Id, Ego e Super Ego passam a ser apresentados como Id, Eu e Supra-Eu.

A nova terminologia que Freud agora introduzira teve um efeito altamente esclarecedor e, assim, tornou possíveis novos avanços clínicos. Em si mesma, porém, não envolveu quaisquer alterações nas opiniões de Freud sobre a estrutura e o funcionamento psíquicos. Em verdade, as três entidades recentemente apresentadas, o Id, o Eu e o Supra-Eu, tinham, todas elas, extensas histórias passadas (Freud, 1923, p.16).

A palavra Id (“*das Es*”), usada anteriormente pelo médico Georg Groddeck, vem do professor e médico alemão: Ernest Schweninger. Ele (o Id) diz respeito a uma fonte psíquica, a partir da qual todas as pulsões¹² se manifestam sob a forma de desejos e necessidades (Freud, 1923), assim como representa a parte mais antiga do aparelho psíquico. A pulsão (*Trieb*) é o representante psíquico dos estímulos que tem origem dentro do organismo e visam alcançar a mente, situada na fronteira entre o mental e o somático (Macêdo, 2010).

Freud estabelece uma relação entre pulsão e estímulo, e acrescenta que, apesar da pulsão ser um estímulo aplicado à mente, existem outros estímulos que atuam mais como fisiológicos. Ao abordar o conceito de pulsão, Freud cita quatro

¹² “Um conceito situado na fronteira entre o material e o somático, o representante psíquico dos estímulos que se originam de dentro do organismo e alcançam a mente” (Freud, 1915, p. 133).

elementos. O primeiro deles, a fonte, diz respeito ao processo somático que ocorre numa parte do corpo ou órgão. No que concerne à exigência de trabalho, ele traz a pressão como sendo a essência da pulsão, seguida pela finalidade da satisfação e do objeto, como algo que possibilita a pulsão a atingir a sua finalidade (Macêdo, 2010).

Shirahige e Higa (2004) acrescentam que o Id é o reservatório da energia psíquica, uma vez que reduz os estados de tensão. Quando não há êxito dessas descargas de energia em relação à realidade, os indivíduos sadios o fazem através dos sonhos, e os psiquicamente enfermos utilizam as alucinações.

O termo Eu (“*das Ich*”) diz respeito às funções especiais da psique, como por exemplo, o teste da realidade e a censura (Freud, 1923). Ele tem a função de regular e controlar as operações mentais acessíveis à consciência. É o mediador entre o mundo exterior e o Id, e age de acordo com o princípio da realidade. Esse princípio adia o princípio do prazer para que seja encontrado o objeto e o meio para se obter satisfação (Shirahige & Higa, 2004).

De acordo com Freud (1923), pode haver “uma instância psíquica especial” (p. 18) que tenha por objetivo vigiar o Eu-real e adequá-lo ao Eu-ideal. Assim, é nesse momento que surge o Supra-Eu (“*das Über-Ich*”), como o representante dos valores tradicionais e dos ideais da sociedade, gerando recompensas e punições. Por ser a força moral do sujeito, ele representa o ideal mais do que o real, e busca a perfeição, mais do que o prazer. Assim, o Super-Eu tem por função inibir os impulsos do Id e levar o Eu a substituir objetivos realistas pelos moralistas, bem como buscar atingir a perfeição (Hall, C., Lindsey, G. & Campbell, J., 2000).

No que concerne a esse funcionamento do aparelho psíquico¹³, Freud (1915) enfatiza o objetivo da pulsão “no âmbito da interligação do somático ao psíquico e ressaltando que essa ligação da psique ao corpo cobra ao sistema nervoso um preço, na forma psíquica e na forma energética de um trabalho de busca de objetos” (p.142). Apesar da pulsão ser um conceito existente anteriormente à Freud, ao fazer uso no campo psicanalítico, ele inclui as leis da natureza, a noção de verdade e a história da espécie.

¹³ É “a representação do instrumento psíquico [...] é uma aproximação formal feita com o objetivo de compreender, por construção, o que o instrumento psíquico, como causa da operação psíquica, tem em si mesmo de desconhecido” (Kaufmann, 1996, p.50).

De acordo com Frej e Vilar de Melo (2006), o esforço para que o paciente restabelecesse a lembrança da origem do sintoma indicava que duas forças agiam em torno de alguma representação. Uma delas, a pulsão, está entre o somático e o psíquico, representado no psiquismo, no corpo, na sexualidade, na sociedade e na cultura. O recalque, por sua vez, contrapõe a resistência para que uma representação inconsciente chegue à consciência.

Freud dividiu essas pulsões como de vida e de morte. A primeira é caracterizada por energias que buscam a sobrevivência individual e da espécie. A pulsão de morte, por sua vez, se caracteriza por um impulso inconsciente de destruição (Shirahige & Higa, 2004). Ainda com relação a essa dinâmica, Freud fala do medo como uma reação do indivíduo às ameaças do ambiente, que por não conseguir controlar a excessiva estimulação, tem o ego inundado pela ansiedade (Hall et al., 2000).

Neste contexto, Freud observou três tipos de ansiedade. A primeira delas é a *ansiedade frente à realidade*, que orienta a nossa ação para nos protegermos de perigos reais no mundo externo. A segunda, chamada de *ansiedade neurótica*, é baseada na realidade e caracteriza-se pelo medo de que as pulsões saiam do controle e levem o indivíduo a tomar decisões pela qual será punido. E por último, há a *ansiedade moral* como o medo da nossa consciência. Nela, as pessoas sentem-se culpadas quando praticam atos divergentes do previsto no código moral (Hall et al., 2000).

Ainda segundo Hall et al., (2000), Freud acrescenta que a ansiedade pode ser traumática quando não manejada por medidas eficazes, o que leva o indivíduo a um desamparo infantil, tal como no trauma do nascimento. Nele, o bebê é alvo de diversos estímulos do ambiente para os quais não está preparado. Assim sendo, quando ele não consegue lidar com essa ansiedade, faz uso dos mecanismos de defesa, ou seja, dos modos essenciais que são utilizados pelo ego para aliviar as ansiedades geradas no dia-a-dia.

Baseado nesses fundamentos teóricos, pode-se dizer que os mecanismos de defesa são: a *repressão*, que ocorre quando “uma escolha de objeto que provoca um alarme indevido é empurrada para fora da consciência” (Hall et al., 2000, p.63). A *projeção*¹⁴ representa um modo de defesa primário contra as excitações internas

¹⁴ “Projeção da sensação (*Empfindung*) ou deslocamento para fora (*Hinausverlegung*) dos conteúdos sensíveis táteis ou visuais” (Kaufmann, 1996, p.429).

desagradáveis, ou seja, procura no ambiente a origem de um desprazer (Doron, 2007). Segundo Hall et al., (2000), a *formação reativa* consiste em substituir conscientemente um sentimento pelo seu oposto, o impulso original ainda existe, contudo é velado por outro que não cause ansiedade. Ele acrescenta que atos exagerados podem indicar uma expressão de formação reativa.

A *fixação* e a *regressão*, ainda como mecanismos de defesa, são responsáveis pelo desvio no desenvolvimento da vida psíquica, uma vez que o curso da regressão normalmente é determinado pelas fixações anteriores do indivíduo (Hall et al., 2000). O *deslocamento*, por sua vez, é a “repartição da totalidade da energia de uma representação ‘a’ sobre uma outra representação ‘b’” (Doron, 2007, p. 235).

O caminho tomado pelo deslocamento depende da relação do objeto substituto com o original e das aprovações e proibições atribuídas pela sociedade. A *sublimação*¹⁵ é um deslocamento que produz uma realidade cultural superior; ela não resulta em uma satisfação maior que o deslocamento (Hall et al., 2000). A *negação* é vista como uma não aceitação de uma experiência traumática ou ameaça externa (Shirahige & Higa, 2004).

Quando a Psicanálise fala de resistência (repressão, autocensura, contenção do desejo) não está falando da resistência de uma “coisa” (uma necessidade, uma tendência, um apetite), mas de um “discurso” já inteiramente articulado. E nesse caso, quando uma verdade é barrada, interdita [...] ela não se desvanece. Não se evapora. Persevera, mas procede de agora em diante em caracteres mascarados, hieroglíficos, em formas secretas [...] nas “verdades de contrabando” e, particularmente, no registro incompreensível que é a linguagem do sonho ou da neurose (Lapouge citado por Pimenta, 2005).

Tendo em vista esses mecanismos de defesa, Freud traz o conceito de denegação como um mecanismo que ocorre na psicose e é equivalente a repressão que ocorre nas neuroses. Para esse psicanalista, a psicose não só cancela a

¹⁵ “Designa um tipo particular de destino pulsional [...] movimento de ascensão ou de elevação” (Kaufmann, 1996, p.494).

realidade que foi percebida como inaceitável pelo movimento pulsional do sujeito, como procura substituí-la (Dias, 1998).

Nas psicoses, Freud afirma que ocorre uma espécie muito mais enérgica e eficaz de defesa, a qual consiste no fato de que “O ego rejeita (*Verwerft*) a representação insuportável ao mesmo tempo que o seu afeto e se comporta como se a representação jamais tivesse chegado ao ego” (1894, p. 71). Freud caracteriza essa defesa contra a representação insuportável como uma “fuga para a psicose” e nos diz que, ao rejeitar essa representação, o ego arrasta com ela parte ou toda a realidade (Vidal, 2008, p. 2).

Através desse conceito de regressão, Freud adaptou o funcionamento da esquizofrenia à sua teoria da formação dos sintomas neuróticos: o esquizofrênico regrediu ao narcisismo¹⁶, perdeu a relação com seus objetos, se separou da realidade e teve o ego rompido. Para Freud, o narcisismo é de suma importância para o estudo das psicoses, assim como o recalque é para as neuroses. Além disso, ele defende que a psicose está localizada no início da estruturação do ego do sujeito (Z. Rocha, 1993).

Com relação a esse rompimento com a realidade, Freud defende a ideia de que o ego do psicótico afasta-se do mundo exterior que limita a sua liberdade instintiva. Esse afastamento é usado para combater os impulsos instintivos que se dirigem para os objetos (Fenichel, n.d).

Desde os seus primeiros escritos, bem como nas suas cartas a Fliess, Freud se mostra motivado a pesquisar sobre outras psicopatologias além das neuroses. Nessas correspondências, ele observa a psicose como uma doença mais grave que a neurose, sem alterações neurológicas e com a perda da realidade do sujeito (Dias, 1998).

Primeira etapa significativa: a etapa inicial correspondente aos primeiros escritos situados entre os anos 1893-1900. Nesta primeira etapa,

¹⁶ “Comportamento (*Verhalten*) pelo qual um indivíduo ‘ama a si mesmo’ [...] trata o corpo da mesma maneira como se trata habitualmente o corpo de uma pessoa amada. ‘Ser apaixonado por si mesmo’” (Kaufmann, 1996, p.347).

além das **Cartas e dos Manuscritos enviados a Fliess**, eu acrescentaria os artigos de 1884 e 1886 sobre as **Psiconeuroses de Defesa**, bem como o que Freud diz sobre a psicose no livro “**Die Traumdeutung**” (Z. Rocha, 1993, p.150).

Ao longo de seus estudos, ele fornece aproximações sobre a psicose e a teoria freudiana. No entanto, “é apenas em 1924 que aparece a única definição explícita de Freud sobre a natureza das psicoses” (Dias, 1998, p. 234). Ao introduzir oficialmente a psicose no campo da psicopatologia psicanalítica, Freud explicou as psicoses como uma patologia derivada de uma ruptura com a realidade, uma patologia do ego que é rompido quando está diante de uma realidade insuportável (Dias, 1998).

Na psicose, o Eu cria onipotentemente um novo mundo externo e interno [...] esse novo mundo é erguido conforme os desejos [*Wunschregungen*] do Id, e [...] a razão para a demolição do mundo externo são os duros impedimentos que a realidade impõe à satisfação do desejo [*Wunschversagung*], pois o psicótico sente tais impedimentos como intoleráveis (Freud, 1924, p. 96-97).

Segundo Rocha (1993), o psicótico repele tanto a realidade quanto a sua representação insuportável. A parte rejeitada é expulsa do universo simbólico do sujeito. No entanto, ela retorna, como se fosse uma apreensão do real, através da alucinação. “Por causa disto, o psicótico toma suas fantasias como se fossem a própria realidade e o mundo construído pelos seus delírios é o seu verdadeiro mundo” (p.153).

E foi nesse ponto que ele encontrou a diferença em relação às neuroses. Na neurose, o ego se submete ao superego. Nas psicoses, por sua vez, além do ego ficar submetido ao id, ele se rompe da realidade (Dias, 1998).

Freud definiu a esquizofrenia como uma regressão em resposta à intensa frustração e conflito com os outros. Esta regressão das relações objetais a um estágio auto-erótico do desenvolvimento era acompanhada de um isolamento de investimento emocional em representações objetais e figuras

externas que explicava o aparecimento de isolamento autista em pacientes esquizofrênicos. Freud afirmou que a catexia do paciente foi então reinvestida no *self* ou ego (1914/1963) (Freud citado por Gabbard, 1998, p.135).

Apesar de fazer essas observações sobre a psicose, Freud salienta a importância de se observar o que ocorre além dos conflitos com o Eu – já que esses conflitos sempre estarão presentes – que resulta em adoecimentos psíquicos em alguns sujeitos e em outros não.

O resultado depende, sem dúvida, da configuração da economia psíquica, isto é, das proporções relativas entre os diversos esforços e empenhos [*Strebungen*] que estão em conflito entre si. E segundo, o Eu pode evitar a ruptura de qualquer um dos lados deformando-se, eventualmente, até o ponto em que abra mão de sua unidade e se fragmente ou se cinda (Freud, 1924, p. 98).

Para Freud, alguns dos sintomas da esquizofrenia são causados por essas regressões. São eles: os sintomas de regressão e os restitutionais na esquizofrenia (Fenichel, n.d). Nesse sentido, os sintomas de regressão caracterizam-se por:

- *Fantasias de destruição do mundo* – é causada pela percepção interna da perda das relações objetais, ou seja, pelo rompimento com o mundo objetivo.
- *Sensações corporais e despersonalização* – o aumento do ‘tônus libidinal’ do corpo por causa da regressão ao narcisismo, aparece através de sensações hipocondríacas (Fenichel, n.d). Essas sensações mostram que ‘a imagem corporal’ que é o núcleo do ego está alterado. Na esquizofrenia, o corpo inteiro, algumas áreas ou órgãos são sentidos como se não pertencessem à pessoa.

Também ocorre o recalque de sentimentos ou conceitos sobrecarregados. Schilder citado por Fenichel (n.d) diz que “aqueles que sofrem de despersonalização não são carentes de sentimentos; os pacientes apenas percebem vindos de dentro, uma oposição às suas próprias experiências” (p. 391).

Além disso, em sua prática clínica, Macêdo (2010) observou como característica da esquizofrenia, a verbalização contínua de frases com pontuações antecipadas: verborragia¹⁷, assim como a imagem de um corpo fragmentado, como se seus membros e órgãos agissem de forma independente.

- *Ideias de grandeza* – caracteriza-se pela não rejeição do acréscimo narcísico, fazendo com que o paciente sinta uma elevação prazerosa e grandiosa do ego. O narcisista acredita nos seus devaneios que se transformam em delírios, resultado da perda do contato com a realidade. Ela é experimentada como manifestação do narcisismo reativado.
- *Hebefrenia* – perda de interesse pelo mundo e carência de tentativas para restabelecer os vínculos sociais.

Já os sintomas restitucionais, segundo Fenichel (n.d), são caracterizados pelas:

- *Fantasia de reconstrução do mundo* – caracteriza-se pela crença do paciente de que tem a missão de salvar o mundo. Nesse delírio religioso, as palavras que são usadas são retiradas da tradição religiosa. Assim, é através destas fantasias que são expressos os impulsos conflitantes dos complexos paternos do paciente.
- *Alucinações* – tentativa de criar uma realidade oportuna através de sensações perceptuais. Representa as ameaças ou punições do superego, podendo ser representada através dos sonhos.
- *Delírios* – são realizações de desejos instintivos rejeitados.
- *Relações Objetais e Sexualidade nos esquizofrênicos* – há, por parte do esquizofrênico, uma afeição a tudo (tanto objetos quanto pessoas) com grande medo de perdê-los; há outros pacientes que se apegam a ideias de salvação.

Diante do que foi exposto, observamos que Freud refere-se à psicose como o resultado de um conflito nas relações que o Eu mantém com o mundo externo: “a privação [*Versagung*], a não realização de algum daqueles desejos da infância, sempre indomáveis e tão profundamente enraizados na nossa organização psíquica

¹⁷ “Abundância de palavras, mas com poucas ideias, no falar ou discutir” (Ferreira, 2010).

filogeneticamente predeterminada” (Freud, 1924, p. 97); e se caracteriza pela incapacidade desse indivíduo de exprimir interesse emocional em pessoas ou coisas (Pimenta, 2005).

As psicoses seriam resultantes de defeitos na capacidade integradora do ego. As funções essenciais desse ego, como equilíbrio e adaptação, estariam prejudicadas e as defesas utilizadas pelo enfermo seriam mais primitivas e desorganizadas (Pimenta, 2005).

E nesse ponto observamos que a contribuição de Freud não se resume a:

Reintroduzir o sujeito [...] se demarcando de uma clínica do olhar, da observação que, tendo por modelo a medicina anátomo-patológica, pretendia retrair a história natural das espécies da loucura. Outra grande ruptura consiste no fato de que Freud positivou aquilo que era menosprezado como salada de palavras, resto inútil - o delírio por exemplo - elevando as produções do psicótico à categoria de manifestações de uma tentativa espontânea de restabelecimento, de cura (Vidal, 2008, p.2).

Assim, apesar de não se deter sobre os estudos das psicoses e de não enfatizar a importância da mãe e do ambiente, como Winnicott, na formulação sobre essa etiologia, Freud fez uma análise da autobiografia do alemão Daniel Paul Schreber.

Nascido em 25 de julho de 1842 na cidade de Leipzig, torna-se doutor em Direito. Seu pai, um famoso médico alemão, morre quando Schreber tinha 19 anos; e seu irmão, três anos mais velho, morre aos 38 anos. Casa-se aos 36 anos e teve sua primeira doença apresentada aos 42 anos (Freud, 1996):

Duas vezes sofri de distúrbios nervosos e ambas resultaram de excessiva tensão mental. Isso se deveu, na primeira ocasião, à minha apresentação como candidato à eleição [...] e na segunda, ao fardo muito pesado de trabalho que me caiu sobre os ombros quando assumi novos deveres (p. 23).

Para Freud (1996), os delírios apresentados por Schreber foram desenvolvidos “em torno de um complexo paterno, de uma fantasia feminina de desejo endereçada ao pai [...] o que possibilitou a Schreber lidar com a emergência

da libido¹⁸ homossexual” (p. 49). Ele acreditava que, por ser o homem mais importante da Terra, tinha recebido a missão de redimir o mundo. Porém, isso só poderia ser possível após a sua transformação em uma mulher. Desse modo, percebe-se que o delírio sexual de perseguição, representado pelo seu médico Flechsig, foi transformado em um delírio religioso de grandeza (Macêdo, 2010).

Ao analisar esse caso, Freud observa a homossexualidade no delírio do alemão e a coloca como o ponto de desencadeamento da psicose, em que os sintomas apresentam-se como uma defesa contra a pulsão (Quinet, 2009a). Ele percebe também que o pai, a pessoa a quem Schreber amava, é representado por Deus; Flechsig, seria o seu irmão [de Schreber] e a fantasia em transformar-se em mulher teria sido originada a partir de um desejo erótico pelo irmão e pelo pai (Macêdo, 2010).

Quanto ao desencadeamento da psicose, Coutinho (2005) acrescenta que a perda do referencial narcísico do sujeito é o que dá início à psicose. A partir da experiência dessa ruptura do equilíbrio psíquico, começam as construções dos delírios por meio dos sentimentos de ansiedade e angústia. Assim, o delírio surge como um remendo no vazio surgido entre o mundo externo e o Eu (Freud, 1924), uma vez que o sentimento que é abolido no interior, volta no exterior: “na psicose um fragmento da realidade rejeitada retorna sem parar, para forçar a abertura na vida psíquica” (Quinet, 2009a, p.6).

Freud percebeu que o psicótico delira para tentar se curar e que, além de proporcionar a experiência de ser ‘ouvido por alguém’, a escuta analítica permite determinar os mecanismos psíquicos envolvidos na loucura, o que leva o sujeito a buscar saídas para seu intenso sofrimento (Coutinho, 2005). Dessa maneira, o tratamento das psicoses baseia-se na “escuta da fala dos pacientes e na interrogação sobre o que esta produção discursiva articula de um saber inconsciente” (Macêdo, 2010, p.48). Essa teoria, no entanto, não obteve êxito, uma vez que Freud a formulou a partir do seu pensamento sobre o desencadeamento da neurose.

Desse modo, Dias (1998) traz alguns pontos específicos que não foram levados em consideração por essa formulação da teoria de Freud acerca da

¹⁸ “É o resultado do processo de elaboração da excitação orgânica em excitação psíquica [...] excitação em quantidade bem determinada ou como a qualidade da experiência que manifesta” (Kaufmann, 1996, p. 287).

natureza da psicose, uma vez que ele não abarcou o estágio primitivo da relação mãe-bebê, período estudado com afinco por Winnicott. São eles:

1. O bebê encontra-se em total dependência da mãe, bem como numa situação de extrema imaturidade;
2. A integração do sujeito, que ocorre no momento da sua constituição, advém de uma relação dual;
3. Essa relação que a mãe estabelece com o bebê diz respeito a uma relação de dependência;
4. Essas mudanças ocorrem em um momento inicial do bebê.

CAPÍTULO II: WINNICOTT E O PROCESSO DE AMADURECIMENTO DO PSICÓTICO: IMPASSES, RUPTURAS E DESAFIOS

Depois de uma breve introdução acerca da história da loucura, do percurso e da concepção da psiquiatria acerca da psicose e da iniciação dos estudos psicanalíticos acerca da referida psicopatologia, discutiremos nesse capítulo a perspectiva de psicose em Winnicott. Para tanto, realizamos uma breve discussão sobre o que seria a sanidade, uma vez que ela se articula diretamente à saúde psíquica.

Sane, palavra inglesa derivada do latim *sanus*, diz respeito a um corpo saudável, não-doente. A palavra também inglesa *sanity* (sanidade), refere-se a um arranjo harmonioso das coisas relacionadas à mente e não ao corpo. Apesar de não ser uma palavra muito popular, de não haver estudos aprofundados sobre a história da sanidade e de não termos uma imagem que possa descrevê-la, muitos sujeitos concordam que nela há integridade mental, serenidade, mas não há intensidade ou extravagâncias (Phillips, 2008).

Cotidianamente, pensamos na sanidade como oposta à loucura, ou seja, como um estado calmo e tranquilo. Enquanto a loucura sempre foi objeto de muito debate e controvérsia, a sanidade nunca recebeu esses holofotes, nunca despertou curiosidade, nem foi fonte de muita atenção.

No entanto, há alguns psicanalistas que não enfatizaram o estado patológico da vida; valorizaram, mas também desconfiaram da sanidade. É o caso de Winnicott e Masud Kahn, por exemplo. “A sanidade é boa, mas por vezes superestimada, ou boa para algumas coisas, mas não para outras. Para eles, é bom ser são quando se é uma mãe, mas não tão bom quando se é um artista” (Phillips, 2008, p. 40- 41).

Nesse sentido, quando se é mãe, é bom que a mesma seja sã para prover os cuidados suficientemente bons para o seu bebê. Por outro lado, quando se trata de um artista, não é bom que o mesmo seja tão são, uma vez que, “os artistas, observadores do real, relatam de forma inigualável nossas dores e nossos amores, suscitam em seus espectadores admiração, surpresa ou as mais variadas emoções (Ciccone, 2013, p.18).

Assim, ao mesmo tempo em que esses psicanalistas encontraram:

Uma maneira de valorizar a sanidade, também desconfia dela. Eles são capazes de equacioná-la, em sua melhor forma, com uma apreensão realista de nossa própria natureza – de nossas histórias, desejos e medos – mas, na pior, vêem-na com uma história de fachada para acobertar as partes mais conformistas e falsamente adaptadas ao *self*¹⁹ (Phillips, 2008, p. 41).

Desse modo, podemos perceber que esses autores preferem conceber o sujeito com a constante interdependência entre a sanidade e a loucura. “Podemos ser ‘realmente pobres se formos apenas sãos’, como escreveu o psicanalista D.W. Winnicott nos anos 1960, mas somos ainda mais pobres se formos apenas loucos” (Phillips, 2008, p. 29).

No entanto, encontramos cada vez mais uma tentativa de abolir, a qualquer custo, o lado visto como obscuro dos sujeitos, ou seja, o que é representado pela sua loucura. Nessa tentativa, a loucura passa a fazer parte de um campo psicopatológico, surgem diversas alternativas para eliminá-la e ela passa a ser denominada como doença ou transtorno mental.

E agora será visto a partir da perspectiva winnicottiana as discussões sobre as concepções de saúde e doença psíquica. Por fim, abordamos a psicose através do processo de amadurecimento do sujeito.

2.1 Winnicott: concepção de saúde e doença psíquica

Ao se referir ao termo doença mental, Winnicott defende que, implicitamente, há uma oposição entre psique e soma²⁰, e que estas constituem o sujeito como um todo. Para ele,

¹⁹ “Conceito de *self*. Ele é um fenômeno processual, não se trata de uma entidade ou instância, mas uma ocorrência que se dá em contínuo devir ao longo do processo maturacional” (Safra, 1999).

²⁰ “É o corpo físico [...] tomado somente enquanto alvo da elaboração imaginativa e não como a máquina física, autônoma em relação à psique” (Dias, 1998, p. 205).

A psique se forma a partir do material fornecido pela elaboração imaginativa das funções corporais [...] Está fundamentalmente unida ao corpo através de sua relação tanto com os tecidos e órgãos quanto com o cérebro, bem como através do entrelaçamento que se estabelece entre ela e o corpo graças a novos relacionamentos produzidos pela fantasia e pela mente do indivíduo, consciente ou inconscientemente (Winnicott, 1990c, p. 70).

A relação entre elas compõe a fase mais primitiva do desenvolvimento do sujeito, apesar disso, ela também pode se manifestar nos estágios do desenvolvimento mais avançados.

No início do processo de amadurecimento do sujeito, a soma e a psique, esta última como “a interligação das experiências passadas com as potencialidades, a consciência do momento presente e as expectativas do futuro” (Winnicott citado por Dias, 1998, p. 205), ainda não formaram uma unidade. Elas só o fazem quando, com o auxílio de um ambiente saudável, ocorre a tendência inata à integração²¹ e o bebê conquista sua existência psicossomática, com a saúde e doença ligada ao psicossoma. Salienta-se, no entanto, que nem todos os bebês conseguem atingir a unidade e que essa aquisição pode ou não ser alcançada. Quando alcançada, pode ser perdida.

Aos poucos, através da tendência inata à integração, surge uma existência humana psicossomática – “o bebê é uma barriga unida ao resto do tronco, que tem extremidades soltas, e, em particular, uma cabeça solta: todas as partes são reunidas pela mãe que sustenta o bebê que, em suas mãos, torna-se um todo” (Winnicott citado por Dias, 1998, p. 206).

Segundo Winnicott (1990d), “a integração significa responsabilidade, ao mesmo tempo que consciência, um conjunto de memórias, e a junção de passado, presente e futuro dentro de um relacionamento. Assim, ela praticamente significa o começo de uma psicologia humana” (p. 140). Ele acrescenta ainda que ela “provoca um sentimento de unidade, enquanto a perda da integração que havia sido adquirida produz uma sensação de enlouquecimento” (p.138).

Nesse período inicial do desenvolvimento do psicossoma saudável, ou seja, do bebê, faz-se necessária a presença de um ambiente que possa se adequar às

²¹ “O processo de integração não tem o caráter de progresso e isso significa que não há só ganhos. Também há perdas e as perdas pertencem igualmente à integração” (Dias, 1998, p. 213-214).

suas necessidades. No entanto, quando esse ambiente não consegue se adaptar a esse novo sujeito, ele é sentido como intrusivo, o que leva a uma reação e uma perturbação no processo de experiência do viver desse bebê.

Assim, quando essa unidade é alcançada, ou seja, quando há saúde, a mente atua nas funções intelectuais para o funcionamento do psicossoma. Ela opera no ordenamento pré-cognitivo do pensamento, bem como categoriza, memoriza e cataloga reações a irrupções do ambiente. Percebe-se que a mente associa-se ao intelecto do sujeito, a um cérebro intacto ou danificado e não à psique ou soma, ou seja, apesar de depender do funcionamento cerebral e de fazer parte da psique, a mente não está necessariamente conectada ao corpo (Dias, 1998).

Essa etapa é alcançada através da devoção de uma mãe suficientemente boa que tenta proporcionar e manter um ambiente equilibrado para o seu bebê, além de falhar paulatinamente, seguindo o ritmo dele em suportar as falhas do ambiente²². Assim, será por meio desses cuidados que o bebê começará a ter capacidade de lidar com as suas falhas através da sua atividade mental (Winnicott, 1952).

A palavra “devoção”, se despida de seu sentimentalismo, pode ser usada para descrever o fator principal sem o qual a mãe não pode dar a sua contribuição, a adaptação sensível e ativa às necessidades de sua criança – necessidades que, no início, são absolutas. Essa palavra, devoção, também nos indica que, para ser bem-sucedida em sua tarefa, a mãe não precisa ser muito esperta (Winnicott, 1952, p.306).

Desse modo, o soma se desenvolve a partir de características universais. Já no caso do desenvolvimento mental, ele se dá a partir de diversos fatores. Durante o nascimento, por exemplo, a cabeça do bebê é afetada – ocasião esta em que a mente está “furiosamente ativa catalogando as reações específicas às diferentes perseguições ambientais”, motivo pelo qual geralmente se atribui a cabeça como lugar da mente (Winnicott, 1949, p. 344). Ainda hoje, acrescenta Winnicott, há a ideia médica científica de que o cérebro corresponde à mente e que há pessoas com

²² Aqui essa expressão diz respeito “à falha em carregar o bebê com segurança, para além do limite de tolerância do bebê naquele momento” (Winnicott, 1990d, p. 137).

alguma doença que acreditam que a mente é sua inimiga, uma vez que ela está situada na sua cabeça.

A partir dessas constatações, Winnicott criticou o uso da expressão saúde mental, uma vez que “não há, de fato, nenhum vínculo entre os conceitos de saúde e de intelecto. Na saúde, a mente funciona nos limites do tecido cerebral porque o desenvolvimento emocional do indivíduo é satisfatório” (Winnicott, 1990a, p. 32). Ou seja, a capacidade do cérebro está diretamente relacionada à formação do intelecto. No entanto, mesmo que possa haver uma psique doente, não podemos afirmar que há um intelecto doente, salvo os casos em que há deformidades cerebrais. A psique, por sua vez, pode adoecer, como resultado de falhas no seu desenvolvimento.

Nesse sentido, para que haja saúde e doença, Winnicott pensa haver a necessidade de uma articulação entre mente, soma e psique. “A saúde física requer uma hereditariedade (*nature*) e uma criação (*nurture*) suficientemente boas” (Winnicott, 1990a, p.29); a saúde psíquica versa sobre a questão da maturidade, ou seja, da correlação entre a responsabilidade do sujeito e o ambiente. Já com relação à ‘saúde intelectual’, Winnicott defende que não há sentido, uma vez que “o intelecto, assim como a psique, depende do funcionamento de um determinado órgão do corpo, o cérebro” (Winnicott, 1990a, p. 30).

Dessa maneira, o que ele entende por saúde mental é o que diz respeito ao resultado de um processo de cuidados contínuos a fim de favorecer um desenvolvimento emocional do sujeito. Além disso, a ausência de neurose e a forma saudável que o indivíduo utiliza para se socializar é produto dos cuidados oferecidos pelos pais no momento em que o bebê começa a aprender a andar (Winnicott, 1952).

Retomando a discussão sobre saúde e doença psíquica, Winnicott defende que saúde e doença psíquicas são modos da existência psicossomática relacionadas ao processo de amadurecimento. A saúde, que está associada à criatividade, diz respeito à preocupação e cuidado da mãe com o bebê e é a manutenção desse cuidado contínuo que viabiliza o seu crescimento emocional. Assim, a preocupação e o cuidado contínuo da mãe facilitam o desenvolvimento emocional do bebê.

Com Winnicott, cuidado é um modo peculiar de a mãe humana antecipar subjetividade e assim doar

recursos para a subjetivação eminente. Trata-se de interpretar não apenas a necessidade, mas organizar a qualidade com que esta satisfação da necessidade poderá se dar, delimitando assim um território de privação (Estellita-Lins, 2007, p.383).

Assim, para ele, esses estados de saúde e doença seriam meios provisórios e progressivos para o sujeito se desenvolver, adaptar e amadurecer, e que são instituídos pelo *holding*²³ realizado pela mãe suficientemente boa. Nesse processo, a mãe favorece a entrada do princípio de realidade ao bebê uma vez que, através da troca intersubjetiva, ele é apresentado ao mundo e pode ter a experiência de onipotência.

Além disso, o *holding* preserva o bebê das agressões fisiológicas, acompanha as transformações cotidianas que influenciam no seu desenvolvimento físico e psicológico, leva em consideração a sensibilidade da sua pele, é uma forma de amar, visa prover cuidados suficientemente bons para o bebê, entre outras características (Winnicott, 1962a).

“Para Winnicott, a saúde ou a doença dependem fundamentalmente do processo de maturação e sua capacidade adaptativa” (Estellita-Lins, 2007, p.377). Baseado nisso, esse sujeito poderá se desenvolver a partir de suas disposições individuais, que devem levar em consideração o meio em que ele está inserido.

Esse modo de conceber a saúde é bem diferente de outras áreas do saber, como para a medicina e para alguns psicanalistas, nos primeiros tempos, pois, enquanto os médicos pensavam na saúde como ausência de doenças, os psicanalistas a concebiam como uma ausência de distúrbios neuróticos. Winnicott critica essa concepção porque, para ele, o fato do sujeito não estar doente não significa que ele esteja saudável, mas mostra a atuação de suas qualidades e capacidades (Dias, 1998).

Ele não concorda com essa ideia por defender que a ausência de doenças e distúrbios apenas diz respeito ao início de uma vida saudável. E acrescenta que, o fato do sujeito não ter doenças e ser saudável não significa que ele sente-se vivo. É

²³ “Por *holding*, Winnicott compreendia o favorecimento ambiental à integração pessoal do bebê no tempo e espaço advinda do segurar físico e emocional realizado pelo meio ambiente, resultando em experiências fornecidas à criança que estão relacionadas com a estabilidade do meio ambiente, constância objetal e autenticidade dos cuidados maternos” (Lescovar, 2004, p.53).

o caso de pessoas bem sucedidas, tanto social quanto profissionalmente, que não encontram sentido no seu existir (Dias, 1998).

Ainda sob essa perspectiva de saúde e doença, temos o adoecer como uma condição do ser humano, uma vez que, por estarem vivos, tem a missão de viver. “Dada a estrutura da natureza humana, a vida é difícil em si mesma, desde o início, e os seres humanos tendem a adoecer” (Dias, 1998, p. 212). E é nesse ponto que Winnicott se diferencia da medicina clássica. Para ele, em alguns casos, adoecer diz respeito a um meio encontrado pelo sujeito para alcançar a saúde. É o caso das depressões e neuroses. No entanto, isso não ocorre nas psicoses, pois o sujeito não consegue alcançar a tendência inata à integração em uma unidade.

Essa não integração se dá a partir de uma falha ambiental. Em seguida, pode ocorrer o surgimento da doença, que está relacionada ao período de amadurecimento em que o sujeito se encontrava quando houve o fracasso. Uma vez conquistada a saúde física, esse momento em que ocorre o fracasso vai diferenciar os tipos de distúrbios psíquicos, ou seja, nele há a possibilidade em se distinguir as doenças psíquicas em neurose e psicose.

Na neurose, o bebê consegue desenvolver-se emocionalmente. No período entre 2 a 5 anos podem ocorrer dificuldades nas suas relações interpessoais. No entanto, esses conflitos são de outra ordem, mais avançada, uma vez que essa criança já se constitui como uma pessoa total. Já no caso da psicose, esses conflitos surgem antes mesmo do bebê se tornar uma pessoa total que se relaciona com pessoas totais²⁴ (Winnicott, 1990b).

Tendo em vista essa diferenciação, Winnicott (1990b) defende haver a necessidade de uma classificação desses distúrbios para que possamos nortear nossa prática clínica – bem como sobre a origem dos distúrbios emocionais que o sujeito apresenta. No entanto, salienta os limites dessa classificação e reforça a importância de uma avaliação metódica acerca dos estados clínicos apresentados pelos psicóticos.

Winnicott (1959-1964) prossegue:

Estou sugerindo que no estudo de uma psicose se deve tentar fazer uma classificação do meio e dos tipos de anormalidades ambientais, e do ponto no desenvolvimento do indivíduo em que essas

²⁴ “Sujeito dotado de um ego coeso, inteiro e com capacidade de estabelecer relações objetivas desde o seu nascimento” (Ferreira, S. D., 2011, p, 12).

anormalidades atuam, e que tentar classificar indivíduos doentes na base do quadro clínico que eles apresentam não leva a resultados úteis. Repito: as deficiências ambientais que produzem psicose fazem parte do estágio anterior àquele em que o indivíduo em desenvolvimento tem a capacidade de estar perceptivo ou da provisão ambiental ou da sua falha (p.124).

Essa classificação é útil na prática clínica uma vez que, diversas falhas ambientais podem levar o sujeito a apresentar diferentes meios para se expressar. No caso da psicose, o comportamento imprevisível da mãe induz a uma excessiva atividade mental, o que requer uma reação e um posicionamento do sujeito contra esse ambiente, que passa a cuidar do psicossoma que se opôs a mente. Desse movimento, e não de falhas no cérebro, pode surgir a deficiência mental. O que justifica a ênfase na classificação das irregularidades do ambiente dada por Winnicott.

2.2 Winnicott e o processo de amadurecimento

Através de seus estudos sobre a teoria do amadurecimento pessoal, das ações precoces de constituição do si-mesmo, bem como da ideia de uma tendência inata ao crescimento que suscita um si-mesmo integrado interna e externamente, Winnicott pôde estudar as psicoses. Essas conquistas do processo de amadurecimento são de suma importância para a saúde psíquica do sujeito. No entanto, no caso das psicoses há uma interrupção nessas conquistas, dificultando a existência de um eu.

Segundo Dias (1998), Winnicott não pensa o termo amadurecimento como algo relacionado ao biológico, mental ou pulsional, mas diz respeito ao sentimento de ser num mundo real; aos conceitos que dizem respeito à definição e avaliação dos elementos de saúde e doença. Antes de se integrar em uma unidade desenvolvida emocionalmente, o bebê está em um estado de não-integração no tempo e no espaço, além de ainda não haver consciência, uma vez que ele encontra-se em um estágio primário.

Para que essa tendência venha a acontecer, é necessária a inserção do bebê em um ambiente facilitador que desempenhe cuidados suficientemente bons, além da contribuição dos seus fatores internos. Nesse sentido, ao alcançar o ponto de integração, o bebê passa a estabelecer relações com seu mundo interno e com o externo. No entanto, esse processo não é alcançado por todos os bebês. É o caso dos psicóticos, que lutam constantemente para criar um lugar no mundo, devido às falhas surgidas no início de sua existência.

As forças no sentido da vida, da integração da personalidade e da independência são tremendamente fortes, e com condições suficientemente boas a criança progride; quando as condições não são suficientemente boas essas forças ficam contidas dentro da criança e de uma forma ou de outra tendem a destruí-la (Winnicott, 1962b, p.63).

O indivíduo herda essa tendência ao processo de amadurecimento. Ele está destinado a amadurecer e se constituir num eu a partir de um desdobramento temporal. Dessa maneira, esse amadurecimento ocorre a partir do potencial do sujeito e das transformações que vão ocorrendo – o que Winnicott chamou de tendência inata à integração – incluindo o encontro do sujeito com a realidade.

Para habitar esse mundo real, o sujeito necessita alcançar um estado unitário num eu, o qual permite que ele estabeleça relações consigo mesmo e com objetos externos. Esse estado unitário num eu não existe nos estágios iniciais, uma vez que, por depender de forma absoluta do ambiente, o indivíduo apenas faz parte do conjunto ambiente-indivíduo. Além disso, ainda não houve a formação de um *self* individual que possa distinguir entre o que é externo e o que é interno (Winnicott, 1990).

De acordo com Winnicott, para que esse desenvolvimento ocorra, é primordial um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons – os bebês que não recebem esses cuidados, “não conseguem se realizar nem mesmo como bebês. Os gens não são suficientes” (Winnicott citado por Dias, 1998, p. 63).

Tendo em vista a atuação do ambiente nesse estágio inicial, o bebê deveria alcançar as seguintes conquistas (Winnicott, 1963):

1. *Integração*: discutiremos essa meta ao longo do capítulo. Mas podemos adiantar que ela abarca o conceito de tempo. Seu inverso, por sua vez, diz respeito a uma característica da esquizofrenia, ou seja, o *splitting*²⁵.
2. *Personalização*: refere-se à obtenção de uma relação entre o corpo e a psique.
3. *Relações objetais*: diz respeito a capacidade do sujeito de se relacionar com um objeto.

Dito isso, percebe-se que, embora a tendência seja inata, o amadurecimento não se dá exclusivamente com o passar do tempo: “O processo de amadurecimento é a manifestação do potencial criador da natureza humana. Ele só pode se dar num tempo e num espaço que lhe são próprios” (Dias, 1998, p. 67). Assim, essa temporalização implica em uma integração que se dá gradativamente com as transformações que venham a acontecer entre a realidade e o que o sujeito já traz.

No caso de qualquer indivíduo no início do processo de desenvolvimento emocional, há três coisas: em um extremo há a hereditariedade; no outro extremo há o ambiente que apóia ou falha e traumatiza; e no meio está o indivíduo vivendo, se defendendo e crescendo (Winnicott, 1959-1964, p.125).

Nessa citação de Winnicott fica claro que, para que essa integração ocorra, é necessário que todos os estados do ser sejam experienciados, e a mãe suficientemente boa é quem deve ter a habilidade de, além de satisfazer as necessidades do bebê, propiciar um meio para que ele possa ter a experiência de onipotência. Há, assim, o início da maturação do ego²⁶. Vale salientar que a potência desse ego depende da atuação da mãe durante o estágio de dependência absoluta do seu bebê.

²⁵ “Winnicott prefere reservar o termo cisão (*splitting*), - distinguindo-o de dissociação – para os mecanismos primitivos de defesa subjacentes na sintomatologia das personalidades esquizofrênicas ou limítrofes, ou para pessoas com esquizofrenia encoberta. Ele usará o termo dissociação para descrever os casos em que podemos comunicar-nos com um eu principal a respeito de uma fração do eu” (Dias, 1998, p.292). “Dissociação é um termo que descreve uma condição da personalidade relativamente bem desenvolvida, na qual há uma excessiva falta de comunicação entre os diversos elementos” (Winnicott, 1990e, p.159).

²⁶ “Parte da personalidade que tende, sob condições favoráveis, a se integrar em uma unidade” (Winnicott, 1962a, p.55).

Preocupação materna primária [...] ao chegar ao fim da gravidez e nas primeiras semanas depois do nascimento de uma criança, a mãe está preocupada com o nenê, que de início parece ser parte dela mesma; além disso ela está muito identificada com o nenê e sabe muito bem como é que o nenê está se sentindo [...] Deste modo a própria mãe está em um estado dependente e vulnerável. É para descrever este estágio que uso as palavras *dependência absoluta* ao me referir ao estágio do bebê (Winnicott, 1962c, p. 81).

Esse início, que visa à formação do estado unitário do sujeito, possibilita que ele estabeleça relações com objetos internos e externos. Alcançado o estágio de amadurecimento, o bebê, paulatinamente, adquire também a capacidade de criar e aceitar o mundo externo, bem como de deixar-se afetar pelo ambiente e pelos outros sujeitos.

Nesse sentido, o percurso de formação do ego é marcado por alguns pontos. Tais como: quando o processo ocorre de modo satisfatório, o bebê inicia uma relação com o seu corpo e com suas respectivas funções; há o início da sua relação com os objetos, de modo a permitir a se relacionar com esse objeto; e há a integração do ego no tempo e no espaço. No entanto, esse ego pode não amadurecer ou fazê-lo de forma distorcida quando a mãe não for boa o suficiente (Winnicott, 1962a).

Quando não há a formação do indivíduo em unidade, essa experiência²⁷ permanece externa, não integrada no sujeito, uma vez que o cuidado da mãe não foi suficientemente bom. E as relações que ele venha a desenvolver com o mundo externo, dizem respeito ao modo como vivenciou o seu processo de amadurecimento. Nesse sentido, o cuidado que possui falhas pode gerar as seguintes consequências (Winnicott, 1962a):

- a. *Esquizofrenia infantil ou autismo*: há falhas na maturação infantil nos mais diversos graus. Além disso, possuem doenças decorrentes de lesões no cérebro.

²⁷ “É uma conquista da maturidade do ego à qual o ambiente fornece um ingrediente indispensável e que essa capacidade não é, de modo algum, alcançada sempre [...] Só é experiência aquilo que o indivíduo sente como real” (Dias, 1998, p. 68).

- b. *Esquizofrenia latente*: observa-se na dificuldade e debilidade do sujeito, inclusive os vistos como normais ou super dotados, em obter sucesso. Pressões dos estágios do desenvolvimento seguintes podem provocar uma doença.
- c. *Personalidade esquizóide*: graves características da personalidade esquizóide, quando camufladas em modelo socialmente aceito de distúrbio, são aceitas pela cultura.
- d. *Falsa autodefesa*: crianças que, aparentemente são bem sucedidas, mostram que não possuem um *self* verdadeiro e se utilizam de defesas quando expostas a situações que resultem em um colapso.

Assim, esse processo de desenvolvimento do sujeito se constitui primariamente, como dissemos, de uma tendência inata do ser humano. No entanto, essas consequências são decorrentes dos estágios em que o sujeito se encontra: dependência absoluta, relativa ou caminhar para autonomia. No nosso caso, nos deteremos à fase da dependência absoluta.

No início, o bebê depende de forma absoluta da mãe e ela deve poder também adaptar-se de maneira absoluta às necessidades dele. Essa função geralmente é desempenhada pela mãe que proporciona condições para o amadurecimento do bebê, uma vez que ela se coloca como parte dele – há uma integração a partir da elaboração imaginativa rumo ao relacionamento com o mundo externo.

Como dissemos anteriormente, no início do processo de amadurecimento, o bebê está em um estado de não-integração²⁸ e ele é apenas potencial. Apesar do outro vê-lo como um bebê, para este não há ainda ele mesmo nem um mundo. Ele encontra-se desorganizado, agregado apenas pelo suporte que o ambiente oferece. Assim, essa não-integração é um estado de extrema imaturidade do bebê, o qual ainda não teve uma integração psicossomática no tempo e no espaço, não houve um amadurecimento emocional.

²⁸ Salienta-se a diferença entre não-integração e desintegração, uma vez que, nessa última, supõe uma integração anterior e tem caráter defensivo. Winnicott (1962a) concebe “o termo desintegração para descrever uma defesa sofisticada, uma *defesa* que é uma produção ativa do caos contra a não-integração na ausência de auxílio ao ego da parte da mãe, isto é, contra a ansiedade inimaginável ou arcaica resultante da falta de segurança no estágio de dependência absoluta” (p. 60).

Esse estado de não-integração só é vivido pelo bebê devido ao seu estado de dependência absoluta da mãe. Isso significa que o bebê é totalmente dependente da mãe para que ocorra a tendência inata à integração, o que propicia o tipo de relação que o bebê virá a ter com a realidade. Nesse sentido, por ainda não haver um mundo interno nem externo, a mãe é parte do bebê e seus cuidados participam da constituição do mesmo.

Contudo, quando a criança passa a se desenvolver sem que haja essa integração, ou seja, quando ela é perdida na cisão do mundo interno, surge um processo ativo de defesa contra a integração e contra a não-integração, processo esse denominado de desintegração. “Na clínica encontramos vários tipos de desintegração bem organizada, mesmo em crises severas ou surtos psicóticos” (Winnicott, 1990d, p. 140-141).

2.3 O que diz Winnicott sobre o processo de amadurecimento no psicótico?

“O psicótico winnicottiano não pode perder a realidade porque não chegou a ela (Dias, 1998, p. 239)”

Por meio de sua prática como pediatra, Winnicott pôde discutir e investigar a psicose infantil. No dia-a-dia, esse profissional atua com o desenvolvimento do sujeito desde a sua concepção e fornece meios para que esse processo se estenda até a fase adulta. Ele observa também os cuidados que são oferecidos à criança e os fatores que influenciam no seu processo de amadurecimento.

Além desses profissionais de saúde, Winnicott também enfatiza o mérito dos psicanalistas na prática psiquiátrica, uma vez que eles foram os precursores em investigar e reconhecer a importância da história de vida dos seus pacientes, para assim, investigarem a origem dos transtornos psiquiátricos. Desse modo, foi a partir desses estudos sobre a base da existência humana que ele pôde se debruçar sobre a psicose.

Como vem sendo assinalado, para compreender a psicose foi necessária uma análise dos processos de maturação do sujeito nos estágios iniciais do seu desenvolvimento emocional. Salienta-se que o desenvolvimento do sujeito que atinge o processo de amadurecimento é composto pela dependência absoluta, dependência relativa e o caminhar para a independência; no caso dos psicóticos, suas falhas ocorrem nos estágios primordiais, ou seja, da dependência absoluta.

Além disso, na sua teoria sobre o amadurecimento pessoal, Winnicott defende que o ser humano surge de um estado inicial de não-integração, com tendências herdadas para o amadurecimento e necessita de outro sujeito para que isso venha a acontecer.

Foi também a partir dessa teoria sobre o processo de amadurecimento pessoal que Winnicott pôde compreender os distúrbios psíquicos - para ele, todos os indivíduos, independente das variáveis, têm uma disposição inata ao amadurecimento. Contudo, isso não significa que todos, por terem essa disposição, irão se desenvolver, uma vez que esse processo depende da integração não só do potencial trazido pelo indivíduo, como também das transformações que irão acontecer ao longo do seu desenvolvimento.

Dentre essas variáveis, ele enfatizou a relação do amadurecimento da criança com os estados emocionais da mãe, revelando que os modos de ser e de cuidar desta afetam o desenvolvimento do bebê, bem como a doença psíquica diz respeito a uma parada desse desenvolvimento, por defesa contra algo que deveria ter acontecido, mas não foi possível.

Quando essas perturbações ultrapassam a capacidade maturacional do bebê, podem gerar reações que, por advirem num estágio inicial, são seguidas de uma perda temporária da identidade em formação. Desse modo, percebe-se que a ameaça durante esse processo de desenvolvimento do indivíduo é a possibilidade de não se integrar – “o bebê adoece e psicotiza porque não consegue mais crescer ou continuar existindo” (Araújo, 2003, p.43).

Todas as falhas que poderiam engendrar a ‘ansiedade inimaginável’²⁹ acarretam uma reação

²⁹ “A ansiedade inimaginável tem só umas poucas variedades, sendo cada uma a chave de um aspecto do crescimento normal: desintegração; cair para sempre; não ter conexão alguma com o corpo e carecer de orientação. Pode-se reconhecer que essas são especificamente a essência das ansiedades psicóticas, e pertencem, clinicamente, à esquizofrenia ou ao aparecimento de um

da criança, e esta reação corta a continuidade existencial. Se há recorrência da reação desse tipo de modo persistente, se instaura um padrão de fragmentação do ser. A criança cujo padrão é o da fragmentação da continuidade do ser tem uma tarefa de desenvolvimento que fica, desde o início, sobrecarregada no sentido da psicopatologia (Winnicott, 1962a, p. 59).

Surge assim, no desenvolvimento emocional do sujeito, o caos como longos rompimentos nessa continuidade do ser. Sua recuperação se dá quando o sujeito pode experienciar novamente a sua continuidade. No entanto, se essa falha ultrapassa o nível que ele pode tolerar, uma parte desse caos começa a fazer parte desse sujeito.

O desenvolvimento emocional desse bebê é barrado quando surgem essas falhas que perturbam o seu processo de maturação. As falhas e distorções no brincar, por exemplo, levam a formações que estruturam um falso *self*. Essas perturbações criam meios para o desenvolvimento de patologias infantis e a base para os transtornos do adulto. Além disso, o psicótico não alcança um sentimento de realidade no mundo particular das relações que ele mantém com seus objetos subjetivos. Desse modo, o sentimento de perda do contato com a realidade externa representa o oposto da tendência maturativa (M. Santos, 1999).

Essa cisão e a posterior defesa do sujeito são organizadas a partir da falha ambiental ocorrida. Nesse sentido, salienta-se que há duas possibilidades para que essa falha ocorra. Em uma delas, observa-se que a mãe pode não ser suficientemente boa. Na outra, essa mãe pode ser suficientemente boa, mas, devido a algum adoecimento, ela pode vir a falhar.

Isso ocorre, por exemplo, quando ela encontra-se em depressão e retorna, para dentro de si: “às vezes, a depressão tem a forma de uma desconfiança básica acerca da possibilidade de manter-se a vida viva” (Dias, 1998, p.283). Assim, esse fato atinge o bebê de diversas maneiras, uma vez que ele necessita de uma mãe viva.

Esse movimento pode ser profundamente perturbador para o bebê que se encontra no estágio de dependência absoluta. Ele se sente desamparado, uma vez que ele percebe a sua mãe preocupada com alguma outra coisa. Além disso, uma

elemento esquizóide oculto em uma personalidade não-psicótica nos demais aspectos” (Winnicott, 1962a, p.57).

situação grave que influencia o desenvolvimento do bebê diz respeito ao ódio reprimido da mãe. Por não conseguir lidar com essa falha da mãe, há o risco do bebê desenvolver o autismo ou a esquizofrenia infantil.

Desse modo, quando há a influência dessa patologia ambiental, a mãe não é capaz de dar atenção plena ao seu bebê. Winnicott chama essa atenção plena de devoção. Ao ser devotada, ela tem a habilidade para se identificar com o bebê através da sua regressão³⁰ sem, no entanto, destruir a sua identidade, competência e disposição para cuidar dele (Dias, 1998). Ela se identifica com o bebê e sabe o que ele precisa em cada momento do seu amadurecimento.

Assim, no início desse processo de amadurecimento do bebê rumo à sua existência, por depender de forma absoluta de sua mãe, pode vivenciar falhas no modo em que ela atende às suas necessidades. E, por se tratar de um estágio em que ocorre a construção de sua personalidade, se torna mais grave e traumático, o que pode levar ao desencadeamento da psicose.

Em Winnicott, o trauma ocorre quando o ambiente, de maneira exacerbada, invade o bebê quando ele ainda não está preparado para se defender, uma vez que ainda está se integrando em uma unidade e amadurecendo. “Quando há trauma, o que ocorre é que, paralisado o processo de amadurecimento, a integração não se dá” (Dias, 1998, p. 247). Além disso, ele afeta a temporalização do bebê, pois, por não haver cuidados suficientemente bons por parte dos pais, esses fatos ocorreram de forma imprevisível.

Baseado nisso, Winnicott defende que a psicose diz respeito a um distúrbio psíquico que tem sua origem a partir de uma falha ambiental ocorrida em um momento precoce da vida, em que o bebê ainda não atingiu o estado de integração nem estava amadurecido o suficiente para perceber que essa falha teve uma causa externa, do ambiente (Dias, 1998).

A experiência dessa falha por parte do ambiente leva a alterações psicóticas na relação entre o bebê e seu ambiente, além de prejuízo na experiência de ser um sujeito, que só é recuperado no momento que esse bebê retorna ao seu estado de isolamento. No entanto, cada vez que o bebê sente necessidade de se isolar, ele se organiza de modo a se defender das intrusões do ambiente (Winnicott, 1952).

³⁰ “O termo regressão, portanto, fica como uma aplicação clínica em termos de *regressão à dependência*. Há uma tendência ao restabelecimento da dependência e por isso o comportamento do meio se torna algo que não pode ser ignorado se a palavra regressão for usada. O termo regressão continua a conter a ideia de regressão ao processo primário” (Winnicott, 1959-1964, p.117).

Assim, por se tratar de um período inicial, o bebê só consegue se defender das falhas ambientais através da interrupção do processo de amadurecimento, ou seja, da psicose infantil (Dias, 1998).

O termo psicose é usado para indicar que o indivíduo em criança não foi capaz de atingir um grau de higidez pessoal que faça sentido em termos de complexo de Édipo, ou de outra forma que a organização da personalidade tem fraquezas que se revelam quando a tensão máxima do complexo de Édipo tem de ser suportada [...] Em alguns casos de psicose clínica, o que verificamos representa um *colapso das defesas*³¹; novas defesas têm de ser erigidas de um tipo ainda mais primitivo, mas o quadro clínico é dominado pelo colapso das defesas, de qualquer modo temporariamente; isso é o que usualmente queremos dizer com colapso nervoso; as defesas se tornaram insatisfatórias, e o paciente tem que ser cuidado enquanto novas defesas estão sendo organizadas (Winnicott, 1959-1964, p.120).

A interrupção desse processo gera um trauma³² no bebê que atinge o seu relacionamento interpessoal, uma vez que a invasão do ambiente foi superior ao que o bebê poderia suportar. Como consequência, há uma interrupção no seu processo de amadurecimento, além de não ocorrer a integração do sujeito numa unidade.

Assim, são os cuidados suficientemente bons que a mãe, e depois também o pai, oferecem ao bebê que impedem que ocorram episódios inesperados. Esses cuidados contínuos oferecem ao bebê uma previsibilidade com relação ao mundo externo, o que leva a um desenvolvimento subjetivo do bebê em que não houve interferências inoportunas do ambiente. Ou seja, a busca por uma unidade e a temporalização do bebê está salvaguardada, além de ter desenvolvido uma capacidade de lidar criativamente com os imprevistos.

Baseado nisso, Dias (1998) pontua os motivos pelos quais a história singular do psicótico é debilitada, bem como a razão pela qual a ocorrência de episódios

³¹ “Colapso significa a falência das defesas, e o colapso original terminou quando novas defesas foram organizadas, as quais constituem o padrão de doença do paciente [...] O colapso original ocorreu em um estágio de dependência do indivíduo no ego auxiliar materno ou dos pais” (Winnicott, 1959-1964, p.127).

³² Nos estágios iniciais do processo de amadurecimento do sujeito, “trauma significa quebra de continuidade na existência” (Dias, 1998, p.254).

inesperados constitui um trauma. Quando o ambiente não é previsível, o bebê não se temporaliza. Nesse sentido, o bebê passa a reagir sempre contra esse ambiente e a recomeçar tudo. Esse começar tudo novamente não é sem consequências.

Começar tudo de novo é estar privado da raiz pessoal, isto é, da espontaneidade; é não poder juntar experiências, não formar passado, não poder projetar o futuro, não adquirir a crença num mundo encontrável e perdurável; é dispersar-se num presente eterno, onde a luta para nunca mais sofrer a agonia impensável priva o indivíduo de que algo venha a acontecer, que haja acontecimentos. O indivíduo fica preso na teia de sua própria defesa (Dias, 1998, p. 249).

Além disso, Winnicott defende que a intensidade e as repercussões do trauma variam de acordo com o período do amadurecimento em que o bebê se encontra. Nesse sentido, ele classificou os traumas de acordo com esses estágios, o que permite a visualização sobre em qual etapa do amadurecimento é desenvolvida a psicose devido a essas experiências traumáticas.

Quando esse trauma ocorre no período de dependência absoluta, pode levar a um rompimento no sentimento de confiabilidade do bebê com relação ao ambiente. Isso ocorre uma vez que, quando não há previsibilidade do ambiente, é gerada uma quebra na capacidade do bebê de se integrar e na confiança do seu mundo subjetivo. Além disso, o bebê ainda não tem condições de compreender os cuidados da sua mãe. Dessa maneira, pode-se observar apenas se eles estão sendo positivos ou negativos, ou seja, se estão favorecendo o seu desenvolvimento ou se estão facilitando o surgimento de sofrimentos (Dias, 1998).

Se tudo ocorre de modo satisfatório nesse primeiro período, o bebê avança para o estágio de dependência relativa. Nesse estágio, ele pode sentir a necessidade de perceber os pormenores do cuidado da mãe (Winnicott, 1960). Depois de proporcionar um sentimento de confiabilidade e a experiência ilusória de onipotência, cabe a mãe suficientemente boa permitir a desilusão do bebê para que ele possa continuar amadurecendo, estimulando assim que ele utilize seus próprios recursos mentais para preencher a falha ocorrida propositadamente.

Segundo Winnicott, essa desilusão alude a um espaço para ilusão³³ que obteve êxito, assim como uma amamentação bem-sucedida sugere que haverá um desmame (Winnicott, 1952). Esse resultado só se dá quando a mãe, exercendo plenamente a sua função materna, é capaz de falhar, de acordo com o processo de amadurecimento do bebê, a fim de incitar a capacidade intelectual dele.

A experiência de ilusão proporciona ao bebê uma vivência de haver criado o que encontrou. Neste encontro, no qual são essenciais as características reais do objeto, o bebê se enriquece subjetivamente na medida em que os dados reais de visão, cheiro e tato são incorporados à sua experiência subjetiva [...] um estudo acerca da subjetividade nos conduz à conclusão de que não é possível entendermos a sua emergência tendo como parâmetro unicamente fatores subjetivos. Ou seja, a subjetividade não se encontra sob o domínio de nenhuma instância em particular (Gomes, 2010, p. 29 - 30).

Segundo Winnicott (1975b), essa ilusão permite a criação do objeto transicional: objeto que diz respeito à área intermediária das experiências. Ele pode ser representado por um urso de pelúcia, chupeta ou a ponta de um pano, por exemplo. O surgimento desses objetos aponta para o desenvolvimento emocional, uma vez que fazem parte do processo ilusório e da experiência. Isso mostra a passagem do bebê de um nível de fusão com a mãe para a percepção dela como um objeto externo, ou seja, da dependência absoluta para uma possível autonomia (M. Santos, 1999).

Winnicott observa

A experiência ilusória em um percurso que vai da ilusão individual aos fenômenos culturais, criando uma trama para a vida, afirmando que todo esse processo constitui uma proteção contra

³³ De acordo com Safra (1999), o conceito de ilusão em Winnicott difere do da psiquiatria. Para Winnicott, ela diz respeito a um “fenômeno pelo qual um sentido de realidade é estabelecido: a realidade subjetiva”. Já para a psiquiatria, a ilusão é vista como uma distorção da realidade, ou seja, como um sintoma de um distúrbio psicopatológico. E ele prossegue enfatizando a importância desse fenômeno: é “fundamental em todos os momentos do processo maturacional, quando um novo aspecto da vida, uma nova dimensão do mundo ou uma nova dimensão da realidade precisa ser encontrada e criada pelo indivíduo. O indivíduo só poderá integrar novas possibilidades de existir em seu processo de vir-a-ser se elas emergirem no campo da ilusão”.

consolidações patológicas. Para o autor, os fenômenos transicionais conduzem à criatividade, às mudanças, à liberdade individual e aos potenciais da civilização (Mello & Lima, 2010, p. 566).

Ainda nesse estágio do amadurecimento, poderá haver trauma quando o bebê, por algum tempo e por diversas razões, precisará retornar a uma etapa anterior e a sua mãe não tiver condições de sustentar, compreender e facilitar esse regresso devido a diversos fatores, como por exemplo, por querer voltar às suas atividades profissionais (Dias, 1998).

Ocorrido especificamente os traumas nesses estágios iniciais do processo, o bebê reage automaticamente para que essas intrusões do ambiente, que geram as agonias impensáveis³⁴, não voltem a ser vivenciadas. Ele reúne as suas defesas, constituintes da psicose, a fim de evitar sentir novamente essas experiências. No entanto, essas defesas ocorrem de forma diferente da neurose. Nas neuroses, apesar de existir um eu esvaziado, as defesas visam à proteção do eu e o afastamento da ameaça.

Já nas psicoses, essas defesas geram uma decepção e impedem a constituição do eu. Para Winnicott, a psicose diz respeito ao modo defensivo que o sujeito se organizou, de modo a evitar “a experiência traumática de uma agonia impensável, provocada pela falha do ambiente nos estágios iniciais do amadurecimento [...], e que se constitui numa cisão resultante da interrupção do processo de amadurecimento” (Dias, 1998, p. 230).

Segundo Dias (1998), essas agonias impensáveis ocorrem em um momento em que ainda não houve a integração do sujeito em uma unidade, em que ainda não há uma existência. Além disso, elas levam à sensação de ameaça para a existência ou de que, caso já tenha se formado, que se perca como uma morte psíquica devido à demasiada reação do bebê contra a intrusão do ambiente. Winnicott nos diz ainda que essas experiências traumáticas, decorrentes de alterações no núcleo central do

³⁴ “As agonias são impensáveis, primeiro, porque elas são de tal natureza que ‘*não* são definíveis em termos de relações pulsionais de objeto, baseadas em relações representacionais de objeto (percepção, fantasia, simbolização)’ (Loparic, 1996). Segundo porque estamos exatamente nos referindo a um momento pré-verbal, pré-psíquico e pré-representacional, anterior ao início de qualquer capacidade relacionada a mecanismos mentais e muito anterior ao reconhecimento dos impulsos instituais como fazendo parte do si-mesmo e tendo um significado” (Dias, 1998, p. 257-258).

bebê, geram uma ameaça de aniquilamento, bem como um modo de defesa de caráter primitivo e esquizofrênico.

Tendo em vista esses percalços e a interrupção no processo de amadurecimento do sujeito, observa-se o surgimento de dificuldades no desenvolvimento rumo à constituição do eu integrado, uma vez que agora esse bebê passa a agir de modo a evitar outras situações semelhantes ao colapso vivido.

Assim, esses sujeitos podem se organizar de forma a tentar constantemente evitar essa experiência que está presente em sua memória, ou o seu amadurecimento fica distorcido, o que leva a uma personalidade deturpada. No entanto, independente do rumo que o amadurecimento do sujeito vá tomar, existem alternativas de tratamento que visam proporcionar uma melhor qualidade de vida para esses sujeitos, tais como a psicoterapia e o tratamento medicamentoso.

2.4 Clínica winnicottiana

A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é (Winnicott, 1975a, p. 59).

A clínica winnicottiana é composta por princípios que a diferem da psicanálise tradicional, como a importância dada ao tempo, uma vez que o amadurecimento, a integração e a singularização do homem necessitam dele para que aconteçam. Um exemplo do valor do tempo pode ser observado na relação entre o analista e o seu paciente. Nela, o analista espera o paciente realizar “o gesto de apropriação do mundo [...] criando o lugar em que o acontecer humano possa ocorrer” (Safra, 1999).

Outro ponto observado por Winnicott, fundamental em sua teoria e prática, diz respeito à importância do ambiente, especialmente durante o período de dependência do bebê para a sua constituição psíquica. Essa atenção especial surgiu

da sua prática como pediatra. Nela, ele observou que diversas crianças eram vistas como fisicamente saudáveis pelos seus médicos. No entanto, elas adoeciam cada vez mais cedo (Lescovar, 2004).

Diante desses aspectos observados, a atuação analítica de Winnicott é fundamentada na sua concepção de mãe suficientemente boa. Ou seja, para que o analista possa realizar um trabalho eficaz, ele deve cuidar e se adaptar às necessidades do seu paciente como essa mãe faz com o seu bebê. Assim, ao passo que o analista consegue prover um ambiente previsível e confiável, ele favorece a experiência de continuidade de ser do sujeito (Lescovar, 2004).

Essa prática, que é fundamentada na psicanálise e que objetiva a constituição, integração e atualização do sujeito num si-mesmo, Winnicott denominou de consultas terapêuticas – mais uma alternativa para a avaliação e intervenção sobre os sofrimentos dos pacientes. Essas consultas dizem respeito a uma “possibilidade nova e breve de coligir a história de um caso clínico por meio de contato *com* o paciente, ou seja, obter e conduzir os elementos vitais que possam ajudá-lo na elaboração de um sofrimento ou dificuldade” (Lescovar, 2004, p.45).

Essas consultas têm por objetivo “favorecer um tempo, um espaço e uma relação humana especial dos quais possa emergir, pelo contato analítico, a problemática mais significativa do paciente” (Lescovar, 2004, p.59). Tudo isso através da comunicação entre o terapeuta e seu paciente, de forma a unir “a problemática mais significativa do paciente devido à confiabilidade e previsibilidade fornecidas pelo psicoterapeuta” (Lescovar, 2004, p.59).

Para que o processo analítico venha a propiciar meios para que o sujeito possa existir, e/ou continuar existindo, o analista observa o modo pelo qual o sujeito organiza as suas questões, como ele expressa a sua criatividade, bem como ele se veste e se comunica. Diante disso, o analista poderá delinear o perfil do paciente, bem como estudar e traçar qual o melhor caminho a ser seguido. Ele poderá “diagnosticar como se organiza o *self* do paciente, a fim de que o analista possa permitir que o seu analisando crie a situação clínica segundo as suas necessidades e em um tempo singular” (Safra, 1999).

Após esse diagnóstico é que o analista poderá aplicar a técnica que melhor se adéque ao caso. Mais uma vez, salienta-se que essa escolha só pode ser feita a partir das necessidades e do modo que o *self* do paciente é organizado. Para Winnicott, a escolha e aplicação de uma técnica à revelia do caso não traz

benefícios para o paciente, uma vez que ela não diz respeito à realidade dele (Lescovar, 2004).

Além das necessidades do paciente, a escolha da técnica deve levar em consideração que, assim como a existência humana, a sessão deve ter um começo, meio e fim, de modo a trabalhar todas as questões trazidas naquela sessão. Por esse motivo, a duração da sessão da abordagem winnicottiana não tem um tempo comum, rígido como, por exemplo, na psicanálise tradicional (Safra, 1999).

Essa organização do tempo da sessão decorre do fato de que, em algumas situações, o paciente pode não estar preparado para o término da sessão – o que, segundo Safra (1999), pode gerar consequências no campo transferencial, uma vez que “o paciente precisará de seu analista não só na próxima sessão, mas também durante todo o período de tempo que transcorrerá até o próximo encontro, ou seja, o analista torna-se excessivamente necessário na vida do paciente”.

Essa relação transferencial é de suma importância para a condução do tratamento, uma vez que, quando realizada de forma satisfatória, ela favorece ao paciente a experiência completa de constituição. Assim, essa interação entre paciente e analista se torna terapêutica no momento em que o sujeito começa a perceber que o analista consegue compreender o seu sofrimento. Ou seja, quando esse outro é significativo, o paciente tem a possibilidade de tentar integrar a sua personalidade através da continuação do seu processo de amadurecimento, anteriormente interrompido.

Na prática, Winnicott defende que o analista pode utilizar qualquer recurso terapêutico – conversar, jogar, desenhar – desde que a técnica escolhida seja condizente com a questão, com o sofrimento trazido pelo paciente.

Jogos de rabisco que Winnicott criou [...] é apenas uma maneira de entrar em contato com o paciente pelo uso de lápis e papel. Caracteriza-se pela flexibilidade [...] e consiste no seguinte: o analista faz um rabisco a esmo, que pode ser transformado pelo paciente em um desenho. Depois o paciente faz o seu rabisco e o analista o transforma em um outro desenho, construindo paulatinamente um caminho de comunicação [...] Durante o jogo, o analista deixa o paciente escolher livremente se prefere desenhar sozinho, nomear os rabiscos, em vez de produzir ativamente transformações

gráficas, ou parar o jogo e conversar (Lescovar, 2004, p.48).

Essa é outra característica da clínica de Winnicott: a relevância que ele deu ao brincar como uma forma de comunicação entre o paciente e o analista, uma vez que, através do brincar é possível estabelecer uma comunicação “sem violar o núcleo mais secreto do si-mesmo do paciente” (Winnicott, 1963 citado por Lescovar, 2004, p.57). Apesar disso, há pacientes que são incapazes de brincar – e esse é um dos sintomas do seu sofrimento psíquico.

É a brincadeira que é universal e que é própria da saúde: o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; finalmente, a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros (Winnicott, 1975a, p. 63).

Assim, na clínica de Winnicott, é diante de aspectos como o ambiente, o tempo e o brincar que podemos observar o seu funcionamento. Para ele, é a partir dessa relação no processo analítico que o sujeito poderá realizar o “gesto de apropriação do mundo [...] O ponto importante é: *a finalização da sessão está subordinada ao gesto do paciente*. Ele é fundamental, não só para uma única sessão de análise, mas para todo o processo de análise” (Safra, 1999).

CAPÍTULO III: FORMAS DE TRATAMENTO DA PSICOSE

“Não recuar diante da psicose” (Quinet, 2009, p. XIV).

Cada vez mais, o constante crescimento do uso de psicofármacos, influenciado por diversos fatores, tem nos levado a pensar e a considerar o ser humano em sua totalidade. Vivemos numa época caracterizada por diversas transformações e algumas delas nos levam a doenças como expressão dos nossos sofrimentos, quando o indivíduo não consegue dar sentido a essas mudanças tão violentas ocorridas nas últimas décadas (Farias et al., 2007).

A utilização de psicofármacos foi de suma importância nos tratamentos dos sofrimentos psíquicos, uma vez que, em sua atuação, eles conseguiam diminuir tanto o tempo para se alcançar uma melhora sobre a dor, quanto uma diminuição das despesas. Por outro lado, em decorrência do crescimento desses resultados terapêuticos positivos, observa-se que, quanto às propostas clínicas, a psicanálise passou a se situar num lugar complicado, já que essas crescentes mudanças enfatizam a rapidez e eficiência (Pereira, 2005a).

Além disso, podemos observar que o aumento do uso/prescrição, não diz respeito apenas a sua relação com a doença, mas também a uma possível promoção da saúde. Assim, a medicina torna-se um agente de propagação de um novo estilo de vida a ser consumido. Ou seja, a saúde passa a ser fabricada e comercializada na sociedade em prol de sua organização e de uma pseudo-felicidade dos sujeitos que a compõe.

No entanto, Sibemberg (2005) nos alerta sobre o risco de se depositar grandes expectativas sobre essa prescrição e uso, bem como pontua a responsabilidade do psicanalista diante dessas transformações:

O avanço recente da psicofarmacologia enquanto terapêutica do sofrimento psíquico impõe a nós, psicanalistas, uma reflexão que, sem menosprezo, vá além das críticas ao império da indústria farmacêutica e sua influência na construção da nosografia psiquiátrica, bem como daquilo que o

remédio opera como economia de um trabalho subjetivo [...] a relação de um sujeito com a droga prescrita pelo seu psiquiatra clínico não se resume aos efeitos da química sobre os neurotransmissores, mas depende da relação intersubjetiva que se impõe entre o paciente e seu clínico, sem deixar de lado as referências de ambos ao discurso social, à cultura (p.6).

Ele prossegue:

A prescrição e a tomada de um psicofármaco não se resume aos efeitos sobre a modulação neurotransmissora nas sinapses neuronais [...] irão interferir fortalecendo ou enfraquecendo a eficácia da intervenção clínica [...] A psiquiatria necessita resgatar a proximidade com a psicanálise, porém a psicanálise corre importantes riscos na mera oposição aos psicofármacos, significando-os perenemente do lado do veneno (p.10).

A partir disso, podemos perceber que a busca pelo equilíbrio constitui um círculo vicioso, ou seja, uma crescente intolerância quanto ao sofrimento psíquico. Nota-se que, de forma crescente, sofrimentos relativos à existência humana são transformados em patologias. Estas, por sua vez, precisam ser tratadas e, quase sempre, por meio da utilização de psicofármacos.

Assim, supõe-se que o aumento do uso de medicamentos se dá porque há um crescente número de doentes. À medida que novos medicamentos surgem, novas patologias são criadas. Além disso, a vasta divulgação dos sintomas e das doenças através da mídia intensifica o pensamento de que tratar e medicar são sinônimos (Winter, 2008).

De acordo com Winter (2008), o programa de especialização em Saúde Mental, Psicopatologia e Psicanálise realizou uma pesquisa cujo resultado evidenciou um aumento na prescrição de alguns remédios, ou seja, houve a prevalência de um critério do mercado sobre o critério clínico.

O discurso vigente, que se preocupa de forma exacerbada com os impactos negativos desse sofrimento dentro da sociedade e, como decorrência, com uma possível improdutividade do sujeito, mas não com o sofrimento e as formas para se cuidar e proporcionar uma re-significação desse sofrimento, na verdade valoriza o apaziguamento dos sintomas em prol de sujeitos felizes e produtivos.

Tudo isso tem gerado indagações sobre a medicalização, sobretudo, quando percebemos que, tanto a família do sujeito quanto a sociedade, incluindo os sistemas de saúde, têm recorrido de forma crescente a essa terapêutica. Dessa forma, pensando no uso desmedido, especificamente com o sujeito psicótico, na sua atuação e conseqüências, alguns questionamentos surgem. Ao mesmo tempo em que o psicótico é contido em suas formas de expressão decorrente do uso de medicamentos, ele se torna dependente de outro sujeito para viver, o que poderia não ser considerado algo positivo e produtivo para a sociedade.

Diante disso, quando pensamos em um meio criativo onde o psicótico poderia se expressar e viver, nos indagamos: como “Daniel Schreber, o paciente psiquiátrico mais famoso da História da Psiquiatria, teria podido escrever seu relato autobiográfico se tivesse tomado haloperidol ou sido submetido à eletroconvulsoterapia?” (Costa, 2007, p. 3).

Na tentativa de responder estas questões, traçamos um percurso no qual é possível compreender de forma um pouco mais ampla e detalhada alguns dos recursos terapêuticos existentes, leia-se aqui a abordagem psicanalítica e a psiquiátrica. Dessa maneira, no que diz respeito à Psicanálise, abordamos essas questões através do pensamento de Winnicott, com sua visão sobre o processo de amadurecimento do sujeito e sobre a psicose.

Para o presente capítulo nos detivemos ao uso de psicofármacos como uma das formas utilizadas para o tratamento da psicose. Para tanto, iniciamos o capítulo com uma breve introdução sobre a clínica psicanalítica freudiana e lacaniana, porque ambas deram contribuições significativas ao estudo das psicoses.

Em seguida, percorremos o surgimento da psiquiatria até a sua atuação nos dias de hoje, bem como sobre o surgimento dos psicofármacos e seu crescente uso, para então tentarmos entender como a ciência médica e suas ramificações foram se adequando aos imperativos impostos pela sociedade. A partir desses estudos, fomos tecendo uma articulação a fim de tentar compreender a inter-relação destas questões com a clínica.

No dia-a-dia constata-se que as abordagens terapêuticas que atuam como espaço de acolhimento do sofrimento psíquico – a clínica psicanalítica – têm tentado alcançar as transformações velozes que acontecem na sociedade. Algumas formas de tratamento têm conseguido dar respostas de forma mais rápida, contudo às

vezes sem levar em consideração os meios utilizados para atingi-las e as suas respectivas consequências.

Essa tentativa de articulação, por sua vez, nos levou a outras interrogações: o que a Psicanálise tem feito para alcançar as transformações que vem ocorrendo no mundo? Pensando na atuação da Psicanálise com sujeitos psicóticos, em que medida o uso de psicofármacos ajudariam no seu processo de elaboração? Em que medida o uso deste tipo de medicamento empobrece e/ou apaga a sua produção delirante de modo a reduzir o material associativo do sujeito gerado pelo seu sofrimento?

Diante destes questionamentos, pudemos observar que, à medida que as angústias, logo transformadas em transtornos, são enfatizadas, discutidas e pesquisadas, há a desconsideração do fato de que os sintomas podem ter sido o único meio encontrado pelo sujeito para expressar o seu sofrimento diante do contexto em que está inserido e, não raras vezes, pedir ajuda.

Isto pode ser entendido porque o uso excessivo de medicamentos tende a considerar o sujeito a partir de uma categoria nosográfica, o que inviabiliza a sua escuta, apreendida em suas nuances e dimensões subjetivas. E, como categoria, apagam-se as diversas dimensões do sujeito, ou seja, quando ele é medicado, os agentes de saúde deixam de lidar com todo o entorno que está envolvido na sua sintomatologia. O excesso de categorização coloca o sujeito numa armadilha e favorece o esquecimento das condições que estão, de alguma maneira, implicados no adoecimento.

3.1 A clínica psicanalítica e suas formas de cuidado

As psicoterapias, que são métodos de tratamento para os sofrimentos psíquicos, têm por objetivo favorecer um restabelecimento do equilíbrio psíquico dos pacientes que buscam ajuda, através da re-significação e eliminação de seus sintomas, bem como da re-organização do sujeito frente aos seus conflitos.

Vale salientar que existem diversos tipos de psicoterapias, que variam de acordo com a abordagem teórica que seguem – o que leva a diferentes objetivos,

técnicas, duração do tratamento, entre outros aspectos. Nesse sentido, independente da abordagem, todas elas visam dar um suporte psicoterapêutico ao paciente e a sua família.

3.1.1 A clínica psicanalítica freudiana

A Psicanálise, nos primórdios, foi baseada nos trabalhos do médico e fisiologista Joseph Breuer. A partir das pesquisas dele, Freud identifica o método catártico e afirma que os sintomas histéricos eram baseados em acontecimentos do passado, que geravam o trauma e eram posteriormente esquecidos. Esse método, no estado de hipnose³⁵, fazia com que os pacientes lembrassem e reproduzissem essas experiências, uma vez que os sintomas eram produzidos através da impossibilidade de sua expressão (Macêdo, 2010).

Já Charcot, através de suas pesquisas, mostra que a partir do uso da hipnose, é possível eliminar os sintomas dos pacientes histéricos. A partir dessa perspectiva, bem como dos trabalhos de Breuer, Freud observa a histeria baseada em princípios básicos, o que nos leva à via que seria percorrida até a descoberta do método psicanalítico de pesquisa e tratamento. Assim, “o abandono da hipnose e do método catártico, a favor da utilização do dispositivo analítico da associação livre e do divã, significa a fundação da técnica analítica” (Fulgêncio, 2002, p. 36).

O progresso de suas pesquisas leva Freud a fundar a Psicanálise que consiste num campo teórico, um método de investigação e uma prática clínica, assim como a compreender, a partir dos estudos de Charcot, o funcionamento da histeria³⁶ traumática – como consequência de uma divisão da consciência.

Deste modo, Freud passa a observar que há na cisão das ideias conscientes e inconscientes a causa psicogênica dos sintomas histéricos (Fulgêncio, 2002), acrescenta que a palavra serve de substituta para a experiência e revela o caráter

³⁵ “Com ajuda da hipnose, o ato de fala que expressa lembrança da cena traumática faz desaparecer seu efeito somático que é o sintoma como retorno do reprimido” (Kaufmann, 1996, p. 248).

³⁶ Segundo Kaufmann (1996), “Freud descobre [...] que há um vínculo entre o sintoma somático e sua causa, isto é, um traumatismo de ordem psíquica [...] causa da histeria, é uma experiência sexual prematura que surpreendeu o sujeito” (p. 248).

simbólico da formação dos sintomas. Foi, portanto, a partir desses estudos que Freud descobriu a etiologia das neuroses no campo da sexualidade (Macêdo, 2010).

Segundo Macêdo (2010), Freud observa que muitos sintomas histéricos possuíam aspectos desencadeantes que se encontravam nos traumas psíquicos, bem como descobre nos sonhos, dados importantes para o estudo do inconsciente. A partir dessas descobertas, Freud passa a conceber o inconsciente como principal elemento na teoria e prática psicanalítica.

Assim surge a Psicanálise: inaugurada a partir do trabalho de Freud ao descobrir um novo saber sobre os processos mentais, que tinha por objetivo compreender a origem das “doenças nervosas”. Para ele, “o sintoma histérico, reconhecidamente causado por um trauma de ordem psíquica, estabelece um conflito entre as ideias conscientes e as inconscientes, e é justamente esse conflito que produz o sintoma, e não a falta de articulação entre as partes” (Fulgêncio, 2002, p. 10).

Feita essa breve introdução sobre o percurso que deu origem à Psicanálise, observamos que na prática os pacientes procuram ajuda através de seus sintomas que precisam ser apreendidos com o trabalho psíquico. Esse trabalho psíquico, que tem como modelo de atuação a interpretação de sonhos bem como os atos falhos, os chistes e o caráter simbólico da formação dos sintomas, possibilita uma via de acesso ao inconsciente, lugar de onde emerge o sujeito (Macêdo, 2010).

Numa escuta psicanalítica, o sintoma não é um corpo estranho que atrapalha, que deve ser eliminado, mas sim um elemento precioso, entre outros, para possibilitar que o paciente compreenda a si mesmo, conheça-se melhor, em outras palavras, tome posse de si como um ser desejante, que se responsabilize pelo seu desejo, seja para sua felicidade ou seu sofrimento, independente do diagnóstico psicopatológico que venha ou não a receber (Reis Filho, s/d).

Para Freud o conteúdo manifesto do sonho consiste em numa transformação de algo inconsciente, uma vez que ele é produzido a partir da realidade psíquica do sujeito (Frej & Vilar de Melo, 2006). Assim, a clínica psicanalítica atua no deslocamento fundamental, o que permite uma formulação acerca do espaço no

qual devemos situar as manifestações da subjetividade humana (Rocha & Fernandes, 2004).

O psicanalista pedirá que o paciente fale o mais livremente possível e irá ouvi-lo sem privilegiar qualquer parte do relato, pois ele sabe que o sintoma tem um sentido para quem sofre e que este está inserido na trama de uma história marcada pelo desejo inconsciente do sujeito. Por esse motivo, ele não procurará curar, eliminar ou aliviar o sintoma; o psicanalista não só não dá resposta ao paciente, como transforma a resposta pedida em questão para o sujeito.

No entanto,

A intervenção sobre a psicose está bastante distante de uma demanda dirigida ao analista. Ela é uma demanda posta por alguém, em geral próximo do psicótico – podendo ser ele próprio, embora mais raramente – pelas mais diversas razões, enfim, dirigida para a sociedade, representada pelo psiquiatra diante da ameaça de passagem ao ato e da “insuportabilidade” das manifestações concretas da loucura (Rocha & Fernandes, 2004, p.49).

Nesse sentido, o objetivo da Psicanálise não é eliminar o sintoma, uma vez que ele tem um sentido subjetivo e é portador de uma verdade que necessita ser revelada. A cura do sintoma virá como um desdobramento do próprio processo analítico. Ele baseia-se na escuta das narrativas que os pacientes fazem sobre suas vidas e, particularmente, de suas dificuldades. Freud sugeria-lhes que aguardasse e se pusesse a falar, pois seria no exercício dessa fala que ele encontraria alívio e/ou solução para seus sofrimentos e sintomas. Deste modo, observa-se que a clínica freudiana é, antes de tudo, orientada para e pela palavra (Rocha & Fernandes, 2004).

3.1.2 A clínica psicanalítica lacaniana

A Psicanálise lacaniana se constitui a partir da tese de doutoramento de Jacques Lacan no campo da Psiquiatria, que defende a palavra como único meio de

investigação é a palavra, uma vez que o que está em questão é a estrutura da linguagem, ou seja, a relação do sujeito com o significante³⁷. Ao explicar pontos do discurso médico-psiquiátrico, Lacan “vai escutar o sujeito que reivindica, na sua concreticidade, ou seja, o que vai lhe interessar é ouvir o sujeito enquanto aquele que fala” (Chaves, 2006, p. 157). “No primeiro momento a mãe é o agente do *Outro*, e é esse *Outro* que torna possível o reconhecimento do pai, ou seja, o que é um pai passa a ser estabelecido para a criança quando a mãe abre um espaço para apresentá-lo” (Macêdo, 2010, p. 39). Porém, a exclusão desse *Outro* - representante da lei, o pai - faz com que na psicose o inconsciente revele-se a céu aberto.

Desde o início, a relação do psicótico com o Outro é singular, uma vez que, por não haver a barreira simbólica, constitui-se como predominantemente imaginária. Assim, cabe ao analista conduzir essa relação, pois ele também é colocado pelo psicótico nesse lugar de Outro (Maciel, 2008).

A outra vertente da estrutura da demanda de análise do psicótico é o pedido ao analista de fazer barreira ao gozo do Outro – barreira ao Outro que o persegue, que fala em sua cabeça, que o manipula ou que o olha na rua. Trata-se de um pedido de asilo para exilar-se do Outro. Esse pedido também é feito ao asilo, ao hospício, onde a barreira é de concreto como se o Outro pudesse ser barrado na porta (Quinet, 2009b, p.127).

Lacan situa o tratamento analítico com psicóticos a partir de um constante questionamento sobre a essência do Outro primordial: a mãe e sua gravidez (Aulagnier, 1991), uma vez que “é a partir da fala [...] que podemos escutar e identificar o sujeito. Na medida em que o sujeito é falante, sua relação com o outro não se fecha numa relação dual, já que inclui um terceiro, o grande Outro” (Meyer, 2008, p.300).

De acordo com Prizskulnik (2000), no momento em que o indivíduo pede ajuda, ele já pressupõe que o profissional tem algum conhecimento ou solução para seu caso. Porém, Calligaris (1989) diz que o analista pode entender como um

³⁷ Lacan define o significante (S) como uma estrutura sincrônica do material da linguagem, onde cada elemento tem seu emprego exato por ser diferente dos outros; ele é a língua como sistema - a letra ou os sons. Já o significado – representado por s minúsculo – é o sentido de uma experiência relatada no discurso - a fala (Lemaire, 1989). Assim sendo, na Psicanálise há uma barra que separa o significante e do significado (S/s) e que pode ser identificada ao recalque (Quinet, 2009).

desafio e agir com resistência ao perceber que o paciente psicótico demanda explicações acerca dos seus conhecimentos.

O psicótico se dirige ao analista como sujeito para que este presencie sua experiência na linguagem e o modo como ele consegue se colocar nesse lugar, uma vez que não há um endereçamento de um suposto sujeito dividido pela linguagem para o analista, como alguém que tem o conhecimento acerca do seu sintoma (Maciel, 2008). Quinet (2009b) acrescenta que, no momento em que o psicótico procura o analista, já apareceram significações em sua vida, as quais ele pretende extinguir.

É através da condução do Outro, na transferência, e do surgimento de um sujeito na psicose que se pode observar a sua disposição perante a linguagem. “O analista corre, então, o risco de situar-se numa posição de gozo, instaurando-se uma erotomania mortífera³⁸ ou uma relação persecutória” (Maciel, 2008, p.34).

Outra questão posta por Calligaris (1989) no tratamento de psicóticos, diz respeito ao delírio, uma vez que é por meio dele que se expressa o que é a base da estrutura neurótica e da sua subjetividade – o relacionamento com a dinâmica paterna. Assim,

O que pode se apresentar como a tentativa terapêutica de permitir ao psicótico fundar-se sem a metáfora delirante, na verdade é muito mais, para um terapeuta neurótico, a tentativa de reprimir o que ele está aprendendo sobre o que funda a sua própria subjetividade [...] Então, o ideal de normalização [...] na verdade talvez seja um ideal de repressão da sua própria metáfora paterna; não querer saber nada do que o sustenta como sujeito (p.103-104).

Nesse sentido, essa normatização vai de encontro à ideia de que o analista deve ocupar o lugar da função paterna para o psicótico, visto que ele deve assumir no Real essa função e garantir infinidade a sua presença. Ao ser colocado nessa

³⁸ Segundo Quinet (2009), “Schreber colocou Flechsig em posição de objeto de uma erotomania mortífera [...] Schreber passou por um período [...] em que se sentia vítima de uma conspiração dirigida por Flechsig. Essa conspiração tinha por objetivo [...] ver seu ‘corpo transformado em um corpo feminino e como tal entregue ao homem em questão, [Flechsig] para fim de abusos sexuais e no final, simplesmente ser deixado largado, isto é, abandoná-lo à putrefação’ [...] Situando-se como o Outro de Schreber para fins de abusos sexuais, ele era o objeto de convergência da erotomania mortífera schreberiana” (p. 129).

posição pelo paciente, o analista tem a possibilidade de trabalhar o simbólico do psicótico (Calligaris, 1989).

Segundo Coutinho (2005), o psicanalista intervém mais efetivamente sobre o paciente psicótico do que na neurose por causa da intensa transferência. Ele também compara o tratamento de pacientes psicóticos com o atendimento a crianças, uma vez que, além de orientar e amparar o sofrimento da família, há a necessidade de se obter informações acerca do histórico do paciente.

Por fim, Lacan propõe que não se deve tentar compreender a psicose, uma vez que ela aparece na tentativa de enganar a lei simbólica através da fala (Lacet, 2004). No trabalho clínico, proporcionar um espaço para a fala é de suma importância para que o psicótico organize o conteúdo que vem do Outro, para que ele encontre um espaço de existência (Meyer, 2008).

Nesse sentido, o tratamento da psicose tem por objetivo deixar o sujeito falar o maior tempo possível. “Está aí um lugar possível ao analista, como secretário do alienado, fazer circular sua produção e procurar junto a ele um significante que possa reorientar sua posição subjetiva” (Lacet, 2004, p. 253). Quinet (2009b) completa: que “os alienistas sejam os secretários do alienado, ou seja, que tomemos ao pé da letra o que este nos conta. Trata-se de saber escutar aquilo que os psicóticos manifestam de sua relação com o significante” (p.130-132).

No tratamento com psicóticos, além de orientar e amparar o sofrimento da família, o psicanalista tem por função obter informações acerca do histórico do paciente. Ele também deve proporcionar um espaço para a fala, onde o psicótico possa organizar o conteúdo que vem do Outro e encontrar um espaço para a sua existência.

Outras formas de cuidado também são utilizadas no tratamento com o psicótico como, por exemplo, as atividades em grupo que têm por objetivo, proporcionar um espaço de fala e de produção para esses pacientes, bem como fornecer uma prática educativa. Assim, devemos propor estruturas de cuidado a esses pacientes para que eles não se cristalizem na sua história.

Diferente das ofertas disponibilizadas pelo mercado e pela ciência, a psicanálise não busca tamponar a falta. Desde Freud (1930) trabalhamos sob a orientação de que estas medidas de alívio são apenas paliativas, sendo necessário, portanto,

construir um novo modo de lidar com o sofrimento (Vieira & Besset, 2008, p. 44).

É com essa citação que entramos na discussão de um outro método de tratamento dos sujeitos acometidos por um adoecimento psíquico: o tratamento medicamentoso. Ao longo do texto, discutiremos em que medida ele tem favorecido ou não o alívio sobre os sintomas e sofrimentos expressados pelo sujeito na atualidade.

3.2 Psiquiatria: diagnóstico e tratamento

A partir da década de 1950, a psiquiatria começa a basear a sua atuação na observação dos sintomas apresentados pelo sujeito, para então buscar um medicamento eficaz. No entanto, apesar de conseguir tratar os sintomas, a patologia continua a existir.

Sobre essa atuação específica dos psicotrópicos nos sintomas e não na causa do transtorno, o psiquiatra Édouard Zarifian, representante da psiquiatria biológica francesa contemporânea, escreveu “Os limites de uma conquista”, artigo que foi publicado na revista *La recherche*. Nessa pesquisa, apesar de propor meios para realizar a pesquisa pelo viés biológico, ele evita apontar resultados muito abrangentes e tenta focar nas expressões psicopatológicas (Pereira, 2005a).

Na prática médica, além dessa valorização do biológico, psicotrópico e sintomático, o seu espaço de acolhimento se torna cada vez mais restrito para atender a crescente demanda.

Gradualmente houve insatisfação com a confiança exagerada nos tratamentos farmacológicos para a esquizofrenia, e uma proporção elevada de indivíduos com esquizofrenia continuava a experimentar sintomas psicóticos positivos apesar de tomar antipsicóticos. De maneira semelhante, verificou-se que a utilidade dessa medicação para remediar os prejuízos cognitivos e sociais

associados à doença era limitada (R. Silva, 2006, p.277).

Assim, durante uma breve consulta psiquiátrica, o sujeito sai com um diagnóstico, um tratamento medicamentoso e, muitas vezes, com o mesmo sofrimento, uma vez que nem sempre é oferecido um espaço para ele expressar sua singularidade. Apesar disso, até os anos 50 era possível observar certa confusão entre as abordagens existentes sobre os fenômenos psicopatológicos no momento de se formular um diagnóstico:

O maior obstáculo para o progresso da psiquiatria é a dificuldade na comunicação. Todos os que têm acompanhado a literatura e escutado as discussões acerca da saúde mental, logo percebe que aparentemente os psiquiatras compartilham da mesma orientação, mas frequentemente não falam a mesma linguagem (Stengel citado por Pereira, 2003, p. 47).

Para nortear essa atuação do profissional e do leigo, surge em 1952 o DSM (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), o qual identifica o transtorno do sujeito através dos sintomas que ele apresenta. Esse manual, fundamentado em critérios empíricos, busca uma anuência no plano descritivo entre as diversas disciplinas que contribuem com a psicopatologia, a fim de formular categorias diagnósticas.

Baseado nisso, a prática de alguns profissionais tem minimizado a necessidade de uma interpretação subjetiva das causas singulares dessa doença, uma vez que utilizam esse manual como um compêndio de psiquiatria, como se ele fosse o único meio para se fornecer conhecimento específico. No entanto, o próprio manual traz um capítulo chamado “Uma palavra de cautela”, o qual frisa a importância de se estabelecer uma relação entre o profissional e o paciente (Gomes de Matos et al., 2005).

A eventual participação da subjetividade do paciente no surgimento de suas crises não é propriamente negada. Ela simplesmente não é levada em conta para fins de descrição operacional do quadro. É mais importante que o diagnóstico seja “confiável” do que sofisticado, do ponto de

vista da elucidação dos elementos em jogo na constituição daquela condição psicopatológica específica. Outra característica dessas classificações é seu caráter necessariamente precário e aberto: embora o DSM-IV defina de uma maneira muito precisa cada um de seus transtornos, tais “constelações diagnósticas” são provisórias, uma vez que se aguarda o acúmulo de novos conhecimentos experimentalmente validados para que seja organizada uma nova edição que atualize as categorias diagnósticas ao estado atual dos conhecimentos. Tudo isso tem por pano de fundo um ideal de comunicação que diminua ao máximo as ambigüidades no campo do diagnóstico (Pereira, 2005a, p.14).

Em outras palavras, Pereira (2005a) aponta para o fato de que enquanto na época de Kraepelin buscava-se basear a precisão dos transtornos psiquiátricos a partir da ampla experiência do psiquiatra, hoje o sistema de classificação desses transtornos será estimado à medida que coincidir com a visão de diversos psiquiatras sobre um mesmo transtorno. Ou seja, quanto maior for a coincidência entre as opiniões, mais valorizado será esse sistema.

‘ A quem serve organizar o campo da experiência do sofrimento psíquico segundo critérios empíricos e operacionais?’ A tal pergunta, a resposta só pode ser às disciplinas cujos fundamentos são empírico experimentais, notadamente as neurociências, a epidemiologia e, naturalmente, a psicofarmacologia (Pereira, 2005a, p.15).

O DSM assumiu uma posição de validade internacional e passou a ser adotado como único meio científico, legítimo e com critérios experimentais para classificar as expressões psicopatológicas. Ao fazer isso, o modo como o sujeito se expressa deixou de ser considerado desvio para ser entendido como um transtorno – termo comumente usado nos manuais diagnósticos. Estes, por sua vez, surgiram como guia para quem observa o comportamento do sujeito, poder avaliar e classificar (Esperanza, 2011).

A criação dos DSM’s trouxe pontos positivos para profissionais e pacientes, uma vez que, por não haver um consenso nos diagnósticos, muitos deles eram feitos de maneira errônea, o que gerava diversos preconceitos por parte da

sociedade para com esses sujeitos. Por exemplo, um paciente que tinha transtorno de humor, podia ser diagnosticado como esquizofrênico e tinha que carregar todo o estigma advindo desse transtorno.

Assim, Gomes de Matos et al. (2005) aponta algumas das particularidades do DSM-IV:

1. Descrição dos transtornos mentais; 2. Definição de diretrizes diagnósticas precisas, através da listagem de sintomas que configuram os respectivos critérios diagnósticos; 3. Modelo atóricico, sem qualquer preocupação com a etiologia dos transtornos; 4. Descrição das patologias, dos aspectos associados, dos padrões de distribuição familiar, da prevalência na população geral, do seu curso, da evolução, do diagnóstico diferencial e das complicações psicossociais decorrentes; 5. Busca de uma linguagem comum, para uma comunicação adequada entre os profissionais da área de saúde mental; 6. Incentivo à pesquisa (p.313).

Diante dessas particularidades do DSM-IV apontadas acima, vale a pena fazer uma ressalva quanto ao tópico três. Neste, há uma defesa de que esse manual foi construído a partir de um modelo “atóricico”, no entanto, podemos perceber esse modelo como equivalente aos moldes de submissão da validação e aos seus critérios empírico-experimentais (Pereira, 2005a).

Agora, a defesa de que há uma melhor definição e delimitação dos transtornos a partir destes manuais, leva-nos a supor que o psiquiatra pode atuar no tratamento de modo específico e mais eficaz. Como dito acima, isso favoreceu o crescimento de pesquisas na área da saúde mental, uma vez que visavam desenvolver técnicas que melhorassem a qualidade de vida dos pacientes (Gomes de Matos et al., 2005).

Ordem psiquiátrica que trata o transtorno como a alteração de uma ordem que deve ser restituída adaptativamente, que legisla desde categorias próprias da realidade fantasmática do observador e que, ao mesmo tempo, desresponsabiliza o sujeito que viola os direitos dos demais, na medida em que lhe atribui um transtorno de personalidade (Esperanza, 2011, p.56).

Por outro lado, a formulação destes manuais também trouxe conseqüências negativas para a sociedade, uma vez que, eles têm sido utilizados como um manual com uma lista de sintomas e seus respectivos transtornos que, ao serem preenchidas, fornecem o diagnóstico psiquiátrico. Quando, na verdade, ele é um sistema de descrição de doenças – o que não substitui a prática clínica (Gomes de Matos et al., 2005).

Frente a esta facilidade de enquadrar o sujeito num dado transtorno, observa-se uma ampliação diagnóstica, uma proliferação desmedida de novos transtornos, uma demasiada segmentação dos quadros clínicos dos transtornos mentais, um alargamento do campo de medicação e um apagamento da dimensão experiencial e singular do sofrimento do sujeito.

Diante deste cenário, Amarante (2011, p.109 citado por Macêdo, 2010, p. 12), nos diz que “a psiquiatria clássica esqueceu-se do sujeito para se ocupar apenas da doença”, assim é necessário “reinventar a clínica como possibilidade de ocupar-se de sujeitos e de responsabilizar-se com esse sofrimento”.

O psiquiatra americano Reiser, por exemplo, critica esse novo modelo de atuação da psiquiatria, que tem sido defendido cada vez com mais ênfase entre profissionais de diferentes áreas do saber: “À medida que eles fizeram o ‘inventário’ do DSM-III³⁹ e identificaram sintomas-alvo para a terapia farmacológica, o processo diagnóstico e a comunicação do sentido pararam [...] o mesmo também aconteceu com a curiosidade dos residentes sobre o paciente” (Aguiar, 2004a, p. 23).

Assim, a doença torna-se apenas um conjunto nosológico observável, um sintoma isolado que surge no sujeito, ao invés de ser percebido como uma experiência subjetiva (J. Rodrigues, 2003). “A tarefa propriamente teórica e científica da psiquiatria é a de constituir uma nosologia e uma nosografia, ou seja, uma descrição precisa das entidades mórbidas e um sistema de classificação que introduzisse uma racionalidade em suas relações” (Pereira, 2010, p. 67).

Esse fato fica claro na definição de transtorno no DSM-IV:

³⁹ “O DSM-III (1980) foi o mais revolucionário de todos e tornou-se um marco na história da psiquiatria moderna. Novas categorias diagnósticas foram descritas [...] Além disto, uma característica importante do DSM-III foi a hierarquização dos diagnósticos [...] Desta forma, era atendida a velha máxima da medicina, que preconiza a identificação de uma única patologia para explicar todos os sintomas que compõem o quadro clínico de um paciente” (Gomes de Matos et al., 2005, p. 312-313).

É uma síndrome ou um padrão comportamental ou psicológico que tem significação clínica. Qualquer que seja sua causa é a manifestação individual de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica. Deve estar associado a um mal-estar (dor), a uma incapacidade (deterioração de alguma área de funcionamento) ou a um risco significativamente aumentado de morrer, sofrer dor, incapacidade ou perda de liberdade (Esperanza, 2011, p.56).

Nesse sentido, por se tratar de uma atuação a partir da observação de comportamentos, cada vez mais os novos psiquiatras estão sendo influenciados pelo behaviorismo e cognitivismo. Assim, é nesse cenário que observamos a crescente atuação da TCC (Terapia Cognitivo Comportamental), uma vez que, além de se aproximar da nova atuação da psiquiatria biológica, ela tenta responder às demandas na velocidade que as mudanças ocorrem. Sua “característica [...] é o conceito de que os sintomas e os comportamentos disfuncionais são cognitivamente mediados e, logo, a melhora pode ser produzida pela modificação do pensamento e de crenças disfuncionais (Knapp & Beck, 2008, p. 56).

O mundo atual e seus fatores sociais não permitem que o sujeito elabore suas questões – não há tempo a perder. A busca desenfreada por soluções rápidas e mágicas favorecem esse tipo de abordagem. Esse fato fica claro quando observamos o tempo de tratamento recomendado pelos manuais da TCC: no caso de transtornos de ansiedade e depressão, recomenda-se de 12 a 16 sessões. Já os casos mais graves, como os transtornos crônicos e os de personalidade, faz-se necessário um tempo de tratamento mais longo, como de 1 a 2 anos (Knapp & Beck, 2008).

No caso da atuação com pacientes psicóticos, em 1952 Beck utilizou essa técnica cognitiva para atuar nos sintomas psicóticos da esquizofrenia. Ao mesmo tempo em que sua atuação visava os comportamentos relacionados a esse transtorno, ela se distanciava do objetivo de encontrar um diagnóstico psiquiátrico (R. Silva, 2006).

Dessa forma, devido a sua sistematização e a forma que estuda o objeto psicopatológico, essa terapêutica, além de ser utilizada como uma das formas de abordagem na atuação do profissional de psiquiatria, acredita favorecer avanços de pesquisas no campo das neurociências, psicofarmacologia, entre outros.

Testes cognitivos comportamentais, por exemplo, são adaptados para atender um maior número de transtornos que começa a surgir: bulimia, dor crônica, relacionamentos conjugais conflituosos, entre outros. Concomitante a esse fato, pesquisas são realizadas através da neuroimagem para mostrar as mudanças nas áreas cerebrais produzidas pela Terapia Cognitivo Comportamental (Knapp & Beck, 2008).

Dito isto, para a formulação de um diagnóstico, observamos que com essas transformações ao longo dos anos sobre as formas de tratamento do sofrimento do sujeito e com o auxílio do DSM e/ou da abordagem da TCC, o julgamento sobre os transtornos psicóticos expressos pelo sujeito tem como base o conceito de normalidade e o juízo de realidade do avaliador.

Sobre essa prática, Infante (2011) acrescenta que na saúde mental ela tornou-se a simples observação e descrição dos sintomas a partir de um distúrbio nos mediadores químicos do sujeito. Além disso, para esse autor, na tentativa de se firmar como área científica, a psiquiatria proporciona “uma ilusão de controle do próprio sujeito sobre seu mal-estar a partir de paliativos químicos produzidos pelo saber científico unidos aos interesses da indústria farmacêutica” (p. 68). Fato que pode ser observado com a criação do DSM-V:

Parece ser a tendência à medicalização dos comportamentos humanos de nossa época, ao transformá-los em patológicos em seus mínimos detalhes [...] o DSM-V reforça a tendência de assegurar e ampliar o mercado da saúde mental: 1) o consumo arbitrário de medicamentos de natureza psicotrópica, sem qualquer cuidado com os seus efeitos sobre a própria saúde de seus consumidores; (2) a expansão de serviços de diagnóstico e de consultas; (3) a medicalização da vida (Amarante & Freitas, 2012).

Assim, a medicação tornou-se um meio pelo qual os sujeitos podem se utilizar para agir de acordo com as diferentes demandas da sociedade: profissional, tecnológica, econômica, cultural, entre outras. Nesse sentido, passamos a nos indagar sobre a atuação de alguns psiquiatras que visam responder essa demanda social, através da redução do sofrimento para um desvio do comportamento e normalização do sujeito através da medicação (Kamers, 2013).

Esse poder, atribuído ao psiquiatra, parece ser legitimado pelas políticas públicas e pela medicina, uma vez que visam, a qualquer preço, a mais perfeita ordem e funcionamento do social, mesmo que essa atuação leve a um apagamento do sujeito. Cabe “à sociedade recusar esse projeto medicalizante e patologizante” (Amarante & Freitas, 2012).

3.3 Tratamento medicamentoso

O Phármakon é aquela substância que porta em si a capacidade de funcionar como remédio ou como veneno; como fator de cura ou como agente do esquecimento: tudo depende da palavra do médico que acompanha sua prescrição (Pereira, 2005a, p. 20).

Os psicofármacos são agentes químicos utilizados no tratamento de distúrbios psiquiátricos, uma vez que alteram as funções psicológicas do sujeito, bem como seu comportamento, humor e emoções (R. Rodrigues, 2013). Assim, ao escolher o melhor psicofármaco para o seu paciente, o psiquiatra deve observar qual o estado em que ele se apresenta, qual o seu sofrimento, o seu diagnóstico e quais os sintomas ele pretende atingir, de forma a melhorar o quadro do paciente. Além disso, ele deve levar em consideração as pesquisas acerca do psicofármaco, os sintomas e a presença de comorbidades, os outros medicamentos que o paciente faça uso, o histórico do transtorno, entre outros aspectos (Cordioli, s.d.).

Feito isso, ele deverá fazer

um plano de tratamento que envolve a fase aguda, a manutenção e as medidas para prevenção de recaídas. Deverá ainda ter em mente as doses que irá utilizar em cada uma destas fases, o tempo necessário e os critérios nos quais se baseará para concluir sobre a efetividade ou não da droga, bem como a opção de associar ou não outras estratégias terapêuticas (Cordioli, s.d.).

O psicofármaco, quando utilizado de modo comedido – ou seja, quando é levado em consideração todos esses aspectos citados anteriormente, quando seu uso é feito de modo confiável e a partir de um diagnóstico preciso – é uma substância que pode proporcionar uma redução do sofrimento e dos sintomas que o sujeito apresenta. Além de um corpo saudável com habilidades sociais para o trabalho, um estado de prazer e a integração do sujeito à sociedade na qual está inserido. Nesse sentido, o surgimento e a evolução de medicamentos nos poupam de sofrimentos e de um mal-estar às vezes insuportável.

De acordo com Patrícia Monteiro, da Escola Técnica de Saúde de Brasília (ETESB), esse uso de modo consciente e comedido, também depende da atuação dos profissionais de saúde. Para ela, “o profissional desta área é mediador no processo de conscientização social quanto ao uso abusivo e indiscriminado de medicamentos, ponto importante a ser aplicado no processo de formação” (J. Santos, 2012, p.7).

Nesse sentido, observamos que os psicofármacos surgiram no século XX como um meio psicoterapêutico da Revolução Farmacológica da Psiquiatria. Eles consistiam em aliviar os sintomas experienciados pelos sujeitos que apresentavam alterações na sua percepção da realidade e nas suas funções psicológicas, como por exemplo, nos casos de psicose (R. Silva, 2006).

Sua utilização foi de suma importância no tratamento da loucura, uma vez que, além de ter retirado o eletrochoque do escopo do tratamento, possibilitou uma ampliação acerca do conhecimento químico e biológico das doenças psíquicas – o que favoreceu as formulações de diagnósticos e de seus respectivos tratamentos.

Quando surgiram, os psicofármacos tinham o intuito de colaborar nos tratamentos psicoterápicos, já que atuavam no controle dos sintomas e, como consequência, favoreciam a condução da terapia em busca de uma reorganização do paciente frente aos seus conflitos (Rozemberg, 1994 citado por Kimura, 2005).

No entanto, os psicofármacos têm se tornado instrumentos predominantes no tratamento do adoecimento psíquico, o que tem levado a uma redução do campo de atuação de diferentes abordagens do cuidado ao sujeito. Dentre os diversos fatores, essa restrição das outras abordagens de tratamento para a ênfase no medicamentoso se dá a partir da velocidade das mudanças que ocorrem na sociedade. Neste sentido, o uso de medicamentos transforma a química em um potencializador da saúde psíquica:

Tudo se passa como se a psiquiatria biológica de hoje, sobretudo a psicofarmacologia, colocasse assim a questão à psicanálise: “nós abordamos o fenômeno psicopatológico por seu vértice biológico. E não necessitamos, para tanto, sustentar uma teoria biológica da constituição da subjetividade. Contudo, por mais modesta que seja nossa abordagem, ela tem propiciado indiscutivelmente resultados positivos nos planos clínico e terapêutico. Além disso, conseguimos dar conta de nossos procedimentos segundo um modelo de ciência empírico-experimental” (Pereira, 2005a, p.16-17).

Apesar do auxílio no tratamento da psicose, é importante salientar que esses medicamentos atuam apenas nos sintomas apresentados pelo sujeito psicótico e não na cura da psicose – entendida como o restabelecimento da saúde; bem como se faz necessário observar os inevitáveis efeitos colaterais que eles produzem, apesar das tentativas em aperfeiçoá-los. Nesse sentido, os psicofármacos se propõem a viabilizar a reabilitação social do sujeito, diminuir os sintomas que ele apresenta e a preveni-los de possíveis recaídas.

Infelizmente, os antipsicóticos não fazem mais que atenuar a intensidade das manifestações psicóticas agudas, sendo incapazes de curar o paciente. São fundamentalmente efetivos no tratamento dos sintomas positivos da doença, sendo questionável sua ação sobre sintomas negativos. Entretanto, centenas de ensaios clínicos controlados comprovam que o tratamento de manutenção, a longo prazo, com neurolépticos⁴⁰ reduz drasticamente a frequência de recidivas e re-hospitalizações (R. Silva, 2006, p. 274).

Assim sendo, para essa psicopatologia existem duas principais classes de psicofármacos, os antagonistas do receptor da dopamina (também chamados de antipsicóticos de primeira geração, tradicionais ou típicos) e os antagonistas da

⁴⁰ “Os neurolépticos causam efeitos colaterais típicos [...] a síndrome de Parkinson, reações distônicas agudas, acatisia, acinesia e síndrome neuroléptica maligna. A incidência desses efeitos é bastante elevada, chegando até a 90% em alguns estudos, e costuma ocorrer nas primeiras semanas de tratamento” (R. Silva, 2006, p. 274- 275).

serotonina-dopamina (também chamados de antipsicóticos de segunda geração ou atípicos).

Segundo Sadock e Sadock (2008), a primeira classe é eficaz nos sintomas positivos (delírios, alucinações, comportamentos bizarros, entre outros) apresentados pelo psicótico. No entanto, seus resultados são observados em apenas 25% dos sujeitos. Além disso, ele pode gerar consequências significativas: acatisia⁴¹, tremor, síndrome neuroléptica maligna, rigidez e discinesia tardia⁴². Já a segunda classe, dos antagonistas da serotonina-dopamina, é eficaz nos sintomas negativos (embotamento afetivo, anedonia, alogia) além de produzir, em menor escala, efeitos adversos endócrinos, neurológicos e sintomas extra-piramidais.

Alguns estudos sugerem que os APG (Antipsicóticos de Primeira Geração) ainda são mais escolhidos no tratamento dos psicóticos durante as fases agudas devido ao fato de serem reconhecidos como mais eficazes. Além disso, seu custo é menor (Pádua et al., 2005).

Por outro lado, outras pesquisas defendem que os ASG (Antipsicóticos de Segunda Geração) representam a preferência nesse tipo de tratamento, uma vez que são tão eficazes quanto os APG e apresentam menores riscos de efeitos colaterais, como o prejuízo cognitivo e a discinesia tardia. No entanto, são psicofármacos mais caros (Cordioli, s.d.).

De acordo com Edílson Pastore, psicólogo da Clínica Pinel, “a medicação é essencial para o controle da crise [...] ‘Os medicamentos modernos provocam sonolência e deixam a pessoa mais prostrada, mas são efeitos que não se comparam ao dos antipsicóticos mais antigos’” (Ferreira & Sibonis, 2007).

Sobre a utilização de um ou outro antipsicótico, Kayo (2010) nos diz que os antipsicóticos de primeira geração ainda tem forte influência no tratamento psiquiátrico aqui no Brasil. Apesar do uso dos ASG ter aumentado, seu uso ainda é bem abaixo quando comparado aos Estados Unidos. Isso decorre de fatores como o fato de que, na maioria das vezes, eles são a única opção na rede de atendimento primário, “a dificuldade burocrática da obtenção do medicamento, a falta esporádica dos medicamentos [...] ou até mesmo a falta de informação do profissional de saúde” (p.23).

⁴¹ “Refere-se ao estado de desconforto intenso nos membros inferiores, acompanhado de incapacidade de ficar com as pernas paradas” (R. Silva, 2006, p. 275).

⁴² “Movimentos estereotipados involuntários, principalmente da face, como sucção com os lábios, movimentos laterais da mandíbula e movimentos anormais da língua” (R. Silva, 2006, p. 275).

No que diz respeito ao tempo de atuação do antipsicótico, Pádua et al. (2005) apontam que esse psicofármaco apresenta respostas após o uso durante “3 à 8 semanas em doses médias, pode-se tentar elevar sua dose até os níveis máximos permitidos e tolerados, e mantê-la por mais duas semanas, com reavaliação depois deste período” (p.6). Eles acrescentam que, “após 6-8 meses de tratamento apropriado, com boa resposta, pode-se cogitar uma redução da dose do medicamento” (p.11).

Eis o esquema para o tratamento com antipsicóticos (Pádua et al., 2005):

Quadro 1. Algoritmo para o tratamento farmacológico da esquizofrenia

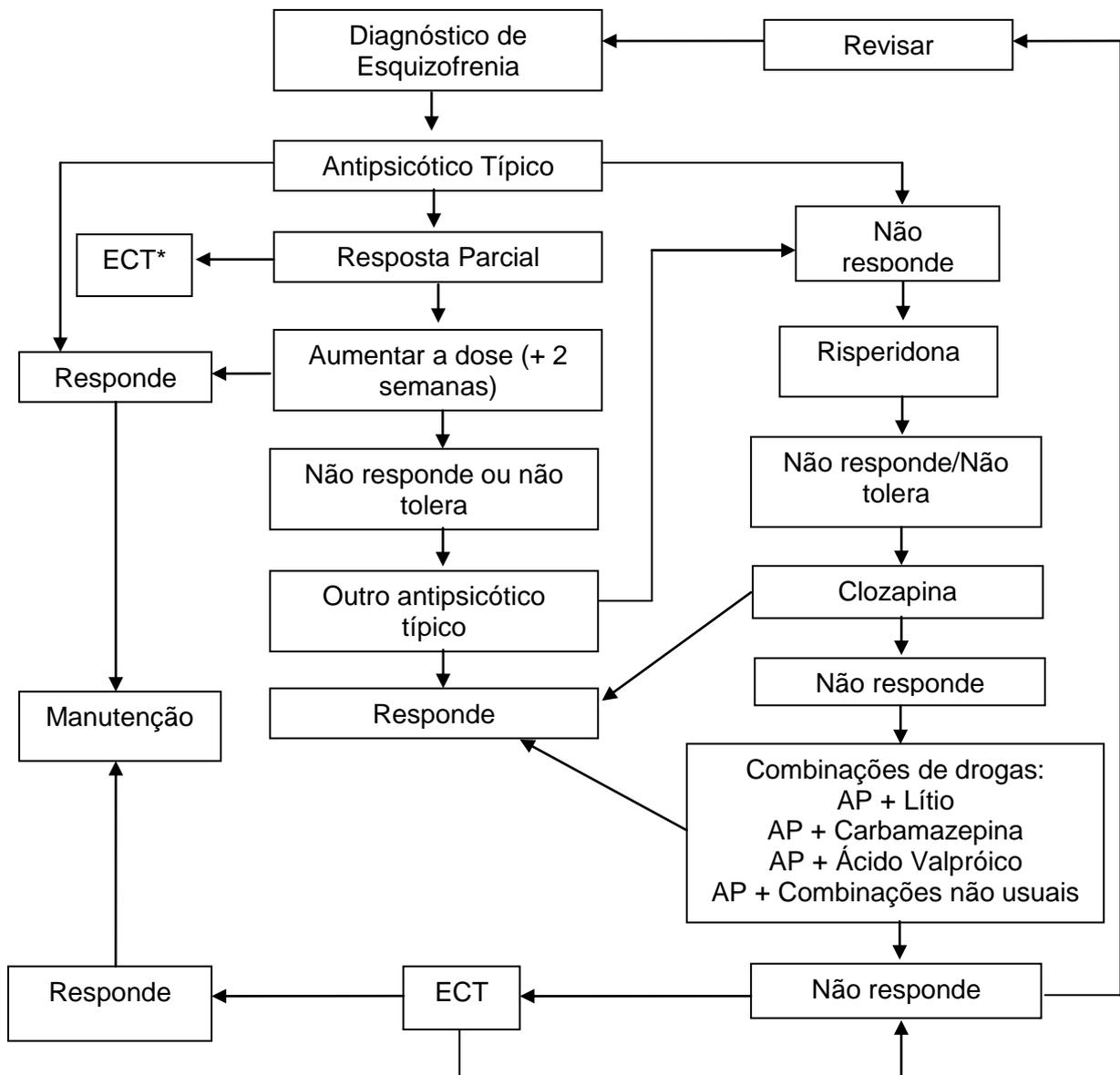


Figura 1. Algoritmo para o tratamento farmacológico da esquizofrenia

*Se catatonía.

Dito isso, vale salientar a importância de se observar com afinco os efeitos colaterais do medicamento no sujeito para que haja uma maior adesão ao tratamento, visando eliminá-los, diminuir a dosagem da medicação ou até mesmo trocá-lo.

Em geral, os pacientes acometidos pelo primeiro episódio de surto usam menores doses de medicamentos do que os que já são considerados crônicos. Pesquisas de PET (Tomografia por Emissão de Póstron) apontam que doses baixas dos antipsicóticos:

São suficientes para bloquear adequadamente os receptores implicados na esquizofrenia [...] Uma vez controlado o episódio agudo, segue-se o tratamento de manutenção para evitar recaídas ou novas crises. Conforme a evolução clínica do paciente, é possível reduzir gradualmente a dose do antipsicótico, em geral até cerca de 50% daquela utilizada durante a crise. O uso da menor dose efetiva é importante para, ao mesmo tempo, garantir o efeito profilático da medicação e minimizar os efeitos colaterais (Louzã Neto, 2000, p. 45).

Essas informações reforçam a necessidade de um tratamento eficaz no início, juntamente com outras formas de abordagem, de modo a prevenir o desenvolvimento da doença e a proporcionar uma reintegração desse sujeito na sociedade; uma vez que, “apesar dessas drogas terem significado um grande avanço no tratamento da doença, elas tem uma taxa de resposta de 60 a 80%” (Pádua et al., 2005).

Além disso, elas apontam que, para que o tratamento tenha resultados positivos, é necessário equalizar uma dosagem que responda às necessidades de cada indivíduo. “O uso continuado em doses ajustadas individualmente possibilita uma redução no tempo de hospitalização e a manutenção dos pacientes por mais tempo em seus lares” (Pádua et al., 2005).

3.4 Uso abusivo de psicofármacos

Vivemos hoje sob o imperativo das exigências da saúde, felicidade e do consumo a qualquer custo. Como dito ao longo do presente estudo, isto tem repercutido nos tratamentos relativos aos diferentes sofrimentos psíquicos. “Em contrapartida, o mesmo consumo exacerbado de bens e drogas que podem funcionar como alívio, também se apresentam como sofrimento” (Vieira & Besset, 2008, p. 43).

Essa quantidade de meios disponíveis no mercado retrata a demanda da sociedade atual, que busca soluções imediatas e a qualquer custo para o seu sofrimento. Nesse sentido, em muitos contextos, observa-se um uso abusivo de psicofármacos, que vai na contramão daquilo que o sujeito demanda para a sua qualidade de vida e amadurecimento. Wannmacher (2012) nos diz que esse uso deveria ser racional, ou seja, deveria ser baseado na “necessidade de o paciente receber o medicamento apropriado, na dose correta, por adequado período de tempo, a baixo custo para ele e a comunidade” (p.10).

Debates contemporâneos têm evidenciado que mudanças sociais trazem no seu bojo consequências psíquicas, e elas têm sido confundidas com adoecimentos. Dentre essas mudanças, observa-se também o crescimento do uso e da prescrição de medicamentos. Os psiquiatras de base biológica, por exemplo, ou os “psiquiatras DSM [...] apoiam-se exclusivamente no DSM na construção de um diagnóstico e, previamente, usam (e abusam) da prescrição de psicofármacos, às vezes sem nenhum critério clínico” (Poli dos Santos, 2014, p. 19).

Com o surgimento do termo psicotrópico em 1950, algumas mudanças começaram a aparecer. Elas ocorreram quase que concomitantemente ao período de reconstrução do mundo após a guerra e ao surgimento do primeiro DSM.

Mas a medicação, concebida para aliviar estados de dor insuportáveis, torna-se banal ao “ser aplicada” preventivamente ao “transtorno” [...] o mal-estar, a dor psíquica, o sintoma - no qual a psicanálise reconhece a presença do conflito subjetivo -, pela via do poder do psicotrópico aplicado à desordem banalizada, mostra, contrariamente, o risco de que os seres humanos,

devidamente anestesiados, se tornem zumbis adictos ao sistema (Fendrik, 2011, p. 34).

A partir de 1952, os psicotrópicos deixam de ser visto como um meio para o alívio do sofrimento e passam a ser utilizados como uma forma de eliminar rapidamente os sintomas. Contudo, além de não curar o sujeito, o uso indiscriminado produz um ser desprovido de desejo, apático, tratando as fobias, neuroses, psicoses e depressões como simples estados ansiosos devido a um ambiente difícil (Roudinesco, 2000).

No entanto,

É importante ressaltar que os instrumentos psiquiátricos tomados em si mesmos não têm poder de calar a loucura como uma autêntica manifestação humana [...] o que reduz o campo do sujeito é o discurso que, apoiando-se na efetividade dos instrumentos extra-subjetivos que operam no real da bioquímica cerebral ou das relações sociais, reduzem a loucura a uma espécie de invasão desse real no campo da subjetividade, invasão que tem o poder de anulá-la como potência inerente ao homem, porque ali onde o sujeito poderia advir se situa a coisa molécula, enzima, enfim, coisas por definição mudas ou procedimentos interpretativos de normalização, em que o louco é visto como tela vazia e passiva à recepção dos mandamentos do bom funcionamento social (Rocha & Fernandes, 2007, p. 58-59).

No entanto, essa atuação não eliminará a doença mental, mas extinguirá a cultura frente à dimensão da loucura (Kamers, 2013). Concomitante a esse fato, Pereira (2005a) nos fala que a atuação dessa psicofarmacologia adquire um lugar influente dentro do seguinte contexto: de um lado, temos o nascimento de um pensamento social interessado nos avanços das ciências que estudam a mente, de outro, temos a explosão de novas patologias psiquiátricas que logo são propagadas para a sociedade.

A respeito dessa disseminação, Pierre Fédida nos alerta para os perigos desse discurso na sociedade, em que se cria e deposita as expectativas de uma solução para os sofrimentos psíquicos nos psicofármacos. Para ele, essa atuação

pode gerar um “esvaziamento da própria vocação clínica da psicanálise, que sobreviveria apenas como discurso sobre o sujeito e seu desejo” (Pereira, 2005a, p.19). Roudinesco (2000) também critica essa transformação: “Não surpreende, portanto, que a infelicidade que fingimos exorcizar retorne de maneira fulminante no campo das relações sociais e afetivas” (p. 17).

Atualmente, esse uso visa ocultar a dor própria da condição do sujeito. O medicamento passa a ser inserido como um modulador de características físicas e psíquicas, denominando como patologia cada característica singular da personalidade. E para cada nova patologia, surge um psicofármaco (Kimura, 2005). Com relação a esse uso, Rodrigues (2003 citado por Kimura, 2005) acrescenta que o “medicamento vem sendo utilizado como um instrumento, no sistema capitalista, de modelização e normatização para constituir um sujeito sem conflitos, que dá conta de todos os paradoxos da existência humana” (p.11).

Observa-se assim que o discurso vigente defende que, para ser bem sucedida, a sociedade capitalista precisa dominar, medicalizar e eliminar o sofrimento controlando as doenças e suas consequências. A dor e o sofrimento adquiriram lugar fundamental na angústia do nosso tempo (Tesser, 2006), uma vez que, numa sociedade que valoriza a anestesia dos sintomas, a expressão da subjetividade passa a ter menos valia.

Vieira e Besset (2008) nos falam dessa atuação. Para elas, quando se espera obter um estado de bem-estar, não há objeções quanto ao “uso e descarte de bens” (p.44). No entanto, observa-se que o uso que é feito desses objetos não tem alcançado esse objetivo: “esse objeto escolhido pelo sujeito para tamponar a falta não sustenta essa função e o mal-estar sobrevém. O sofrimento retorna apesar de todas as tentativas de eliminá-lo por meio dos objetos” (p. 44).

Já em 1930 no livro “O mal-estar na civilização”, Freud defende a impossibilidade de dominarmos totalmente o corpo e a natureza, bem como nos leva a refletir sobre de que maneira o sujeito, em diversos momentos históricos, lida com uma condição que é própria do ser humano, ou seja, o mal-estar (Kamers, 2013).

Além desse mal-estar próprio do sujeito, acrescenta-se o fato de que constantemente há a inserção de novas patologias e a re-nomeação das antigas, que também variam de acordo com o contexto (Ferrazza, Rocha e Rogone, 2010). Como por exemplo, a histeria na época de Freud, a homossexualidade até alguns

anos atrás, o crescimento no número de pessoas com depressão, dentre muitas outras.

Nesse cenário, a medicalização passava a ampliar o campo da medicina para outras esferas da vida, o que levaria a uma transformação dos problemas sociais em problemas médicos, ao controle desses problemas e, como consequência, elevaria o poder desse profissional – poder este que influenciaria no modo como o sujeito entende e experimenta a sua realidade (Aguiar, 2004b).

Poli dos Santos et al. (2012) acrescenta que a medicalização é um procedimento utilizado pela medicina para normatizar os comportamentos expressos pelo sujeito. No entanto, a medicalização

Desnorreia o sujeito sem que ele tenha outros recursos senão entregar-se ao tratamento médico. A cultura medicalizada deixa o homem desamparado e incompetente, pondo-o nas mãos do trato médico profissional, estranho à compreensão tradicional ou pessoal do doente e desagregador das relações entrelaçadoras do homem com sua doença, seu meio, a natureza, seus próximos e com ele mesmo. Assim, a compaixão [...] e o conhecimento cultural sobre a saúde [...], de gerações anteriores e do entorno social do doente [...], transformam-se em virtudes obsoletas e muitas vezes indesejadas (Tesser, 2006, p. 65).

Baseado nisso, podemos perceber que ainda hoje há na prescrição excessiva do medicamento, uma tendência à medicalização do sujeito, uma espécie de ‘controle social’⁴³ que favorece uma massificação das subjetividades e padronização dos comportamentos. Isto nos leva a comparar o uso excessivo de medicamentos ao modelo dos hospitais psiquiátricos, onde internavam as pessoas excluídas e predominava o saber do psiquiatra, com o intuito de curá-las e reinseri-las na sociedade. Ou seja, houve uma troca das camisas-de-força pelo tratamento farmacológico.

⁴³ “Conceitua-se controle social como as formas pelas quais a sociedade minimiza, elimina ou normaliza o comportamento desviante. Essa intervenção, da forma que caracteriza o controle social, busca limitar, modificar, regular, isolar ou eliminar os comportamentos desviantes por meios médicos e em nome da saúde” (Conrad & Schneider, 1992 citado por Brzozowski & Caponi, 2013, p. 216).

Ferrazza (2009) realizou uma pesquisa no Pronto-Atendimento de um Ambulatório de Saúde Mental de uma cidade de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo. Nela investigou, através de 430 prontuários de 2005 a 2008, o caminho percorrido pelos usuários: desde “sua condição de entrada até a definição do procedimento terapêutico, com especial atenção aos fatores determinantes da prescrição de psicofármacos” (p.82).

A autora observou que “o atendimento do ambulatório estendeu em 119% as prescrições de antipsicóticos à população que já se apresentara medicada ao serviço” (p.120). Como justificativa para esse aumento, ela aponta duas possíveis causas. A primeira, baseada no modelo médico-psiquiátrico, defende que esse aumento decorre de uma atuação efetiva da psiquiatria para com os transtornos mentais graves. Por outro lado, o crescimento no uso de antipsicóticos estaria numa estreita ligação com a banalização de psicofármacos (Ferrazza, 2009).

Assim,

A psicofarmacologia, compondo uma ciência que tudo sabe, socorre, pretendendo silenciar o sofrimento, anunciando que tudo é passível de cura ou que tudo tem uma causa mensurável, palpável. A medicalização das queixas e dos distúrbios do comportamento, longe de pretender se direcionar para a cura, ao amordaçar ou vestir uma camisa de força química no sujeito, assume um forte colorido policialesco, não lidando com a escuta, a realidade psíquica e o desejo (Albuquerque, 2010, p. 217-218).

É nesse sentido que conseguimos observar a almejada ‘eficácia’ dos medicamentos, uma vez que eles eliminam os sintomas e, como consequência, ‘resolvem’ o desvio, o sintoma apresentado. No entanto, percebe-se que cada vez mais, as pessoas “passam a viver seus problemas existenciais como *sendo* alterações de substâncias químicas no cérebro, e buscam solucionar tais problemas recorrendo exclusivamente aos psicotrópicos” (Aguiar, 2004b, p.135). Eis que surge uma problemática nessa nova visão para o tratamento do adoecimento psíquico: o uso abusivo de psicofármacos. Ou seja, por não se tolerar o inesperado, medica-se.

Esse tipo de uso oferece, “sob a égide da ética [...] a alienação, o apagamento, a letargia com uma mão e com a outra a inserção na sociedade do consumo com o psicofármaco” (Poli dos Santos, 2014, p. 23). E, como

consequência, adequa o sofrimento do sujeito a “uma descrição médica, prescreve-se um psicofármaco e a sua subjetividade é colocada à margem do tratamento, visto que todos os desequilíbrios mentais estão previamente listados no DSM” (Poli dos Santos, 2014, p. 24).

De acordo com uma pesquisa realizada por Kimura (2005), os psicólogos entrevistados afirmaram que, entre os pacientes que atendiam, houve um aumento significativo daqueles que fazem, paralelamente ao tratamento psicológico, um tratamento medicamentoso. Esses profissionais relatam que diversos fatores favorecem esse aumento: conceito de cura através dos psicofármacos, surgimento de fármacos com menos efeitos colaterais, difusão de diagnósticos psiquiátricos e conversão de estados de humor em patologia.

Essa nova atuação difere da que ocorria há alguns anos quando, por exemplo, a eficácia do medicamento, sua atuação para uma possível cura era medida pela quantidade de efeitos colaterais que ele proporcionava:

Eu aprendi que algumas pessoas usavam assim: só sabe que o remédio está fazendo efeito quando começa a dar efeito colateral. Se você não tem o sujeito bem robotizado, é porque o remédio não está numa dose adequada. Então, antigamente se dava remédio demais porque o padrão de melhora, o padrão de resposta tinha a ver com a quantidade de efeitos colaterais (Entrevista realizada com psiquiatra no dia 10.05.2012).

Apesar disso, a distorção no conceito de doença e de cura gera diversas consequências, uma vez que, além de produzir e vulgarizar diagnósticos, enfatiza o tratamento medicamentoso e retira do escopo das patologias o aspecto subjetivo do indivíduo. “A psiquiatria subtrai do campo da palavra/subjetividade a loucura, seja pela abolição, seja pela normalização” (Rocha & Fernandes, 2007, p. 58).

Assim, essa nova prática se torna mais viável devido a variedade de psicofármacos que dispomos no mercado e que atuam nas mais diversas doenças, síndromes e transtornos que, como dissemos, começam a surgir, uma vez que a cada dia novos medicamentos são produzidos com a promessa de eficácia, sem abrir espaço para se pôr em questão, dentre muitas outras coisas, os seus efeitos colaterais – tanto os físicos quanto os subjetivos.

A partir disso, começamos a nos indagar sobre esse lugar de sucesso ocupado pela indústria farmacêutica, bem como pela psiquiatria na contemporaneidade, onde ambos incitam a universalização dos métodos e hegemonia nos diagnósticos. O que leva a uma atuação dos profissionais quase que exclusivamente voltada para uma dimensão reducionista e neurobiológica. Segundo Poli dos Santos (2014), em março de 2012, o jornal Folha de São Paulo publicou uma reportagem a qual indicava a crescente influência das indústrias farmacêuticas na elaboração do último DSM – o DSM-V.

De forma a ilustrar o que foi dito acima, observamos que pesquisas no mercado mundial de medicamentos de 2008 mostram que ele atingiu cerca de US\$ 773 bilhões. E o prognóstico para 2010 apontou que essas indústrias alcançariam algo entre US\$ 820 e 830 bilhões (Brasil, 2010). No que diz respeito aos psicofármacos, “cerca de 29 milhões de prescrições de Ritalina foram feitas no ano passado nos Estados Unidos para tratar *déficit* de atenção e hiperatividade, 23 milhões destas, para crianças” (Harris, 2005).

Há também a atuação de alguns profissionais de psiquiatria, que passam a ser prescritores de medicamentos. Sobre essa prescrição banalizada, alguns autores, como Quinet (2001 citado por Ferrazza, 2009), defendem que essa prática abandona uma clínica que é fundamentada nos sintomas como expressão da estrutura do sujeito – e passa a ser baseada num acordo estatístico: “alguns autores que estudam a banalização da prescrição de psicofármacos, problematizam a condução de terapêuticas medicamentosas que tendem a produzir sujeitos medicados em série” (Ferrazza, 2009, p. 46).

No entanto, essa prática é defendida por diversos psiquiatras. É o caso, por exemplo, do psiquiatra Gentil Filho et al., 2007 (citado por Ferrazza, 2009). Em sua pesquisa, ele defende a necessidade de se prescrever psicofármacos para todos os sujeitos – inclusive os que não apresentam algum tipo de sofrimento psíquico – para que possam se sentir ainda melhor (Ferrazza, 2009; Poli dos Santos, 2014). Nesse sentido, ele defende a ideia através da eficácia da prescrição de psicofármacos para todos os sujeitos, uma vez que, é melhor esperar pelos efeitos positivos do psicofármaco do que ter medo dos seus efeitos colaterais (Ferrazza, 2009).

Diante dessa prática, essa função de prescritores gera diversos benefícios para os mesmos, sempre financiados pelas indústrias farmacêuticas. Muitas vezes são estas indústrias que financiam suas pesquisas, viagens, entre muitos outros

(Poli dos Santos et al., 2012). “Presentes e amostras grátis, contratos [...] A indústria farmacêutica também subsidia as reuniões da APA e outras conferências psiquiátricas. Cerca de um quinto do financiamento da APA vem agora da indústria farmacêutica” (Angell, 2011, p.11).

A esse respeito, temos a informação de que:

O Departamento de Justiça dos Estados Unidos anunciou nesta sexta-feira (26/04) a instauração de um processo contra a indústria farmacêutica Novartis por pagar subornos multimilionários a médicos para que recomendassem seus produtos a farmácias e doentes [...] Entre as ações descritas no processo judicial, a companhia pagava banquetes, viagens e honorários aos médicos que recomendassem a compra dos seus medicamentos (Anônimo, 2013).

A partir desses dados, podemos observar que, unida ao médico e à comercialização do profissional farmacêutico, cada vez mais a indústria farmacêutica se transforma em um grande império econômico. Os medicamentos e farmácias são inseridos na lógica capitalista dessas crescentes indústrias, o que nos aponta para uma atuação que visa o lucro (Borges, 2010).

Ao investir nos médicos, as indústrias farmacêuticas estão formando seus representantes mais competentes. Já os médicos ganham

com a propaganda da suposta eficácia do novo medicamento, pois além de ter aumentadas sua credibilidade, produtividade e possibilidade de um maior número de atendimentos, ainda tem sua fidelidade recompensada por meio de uma série de vantagens e oferecimentos cujo significado financeiro não é nada desprezível (Greenland, 2009 citado por Ferrazza, 2009, p. 49).

Aliado a isso, com a crescente difusão da propaganda em diversas classes sociais, observa-se que estados de sofrimento e angústia tornaram-se obsoletos. Nesse sentido, para a propagação desse comportamento modelo dentro da sociedade, as indústrias farmacêuticas contam com o auxílio de outro recurso: a publicidade, uma vez que ela “traz, ao consumidor, promessas de felicidade e de satisfação absolutas. Nas imagens veiculadas, há sempre um sorriso estampado

nos rostos, de plastificada beleza, que vende a proposta de viver um prazer contagiante” (Pelegri, 2003, p.39).

Segundo Bucci (citado por Kehl, 2008) a publicidade, em sua atuação, propõe a inclusão do sujeito a partir da exclusão de outros – a publicidade funciona a partir da venda da exclusão do sujeito, do outro e não de sua inclusão. Assim, as indústrias farmacêuticas contam com a colaboração de uma forte manipulação sobre a sociedade e a classe médica.

Essa parceria surge ainda durante a formação universitária do médico. Nela, as indústrias farmacêuticas, com suas propagandas, expandem o conhecimento do profissional através da divulgação das substâncias do psicofármaco. Assim, segundo Rozemberg (1994, citado por Kimura, 2005), estudos mostram que as propagandas da medicação pela sua indústria também são um meio para que o médico amplie seu conhecimento acerca das substâncias químicas.

Dessa forma, podemos perceber que, apesar do privilégio em alguns aspectos dessas transformações, como a promoção para altos cargos e o financiamento de congressos, que vem ocorrendo ao longo dos anos, há pontos positivos que precisam ser ressaltados. Por exemplo, se por um lado a criação do DSM favoreceu a banalização dos diagnósticos, por outro ele ampliou seu campo de atuação, o que possibilitou a minimização do estigma acerca da saúde mental. Se por um lado a mídia, de uma forma geral, amplia o conhecimento dos sujeitos sobre as psicopatologias, por outro ela pode favorecer uma interação entre o paciente e a sociedade.

Dito tudo isso, podemos perceber que apesar do apoio dessas indústrias a uma prática voltada para as neurociências e os mediadores químicos, o discurso atual existe em decorrência de uma demanda que foi solicitada pela sociedade, que está voltada para o comportamento e performances do sujeito, negligenciando a complexidade que envolve as expressões subjetivas diante do contexto em que se está inserido.

Acima de tudo, devemos atentar para os impactos e as consequências das rápidas mudanças na sociedade sobre a subjetividade do sujeito. Ou seja, como situações de instabilidade, falta de tempo, entre outras, interferem no nosso processo de amadurecimento e qual é esse espaço que deixamos em aberto para que as indústrias farmacêuticas e a psiquiatria com suas classificações atuem de forma tão ativa.

3.5 Repercussões do uso exacerbado de medicamento na interrupção do amadurecimento no psicótico

O antipsicótico, além de eliminar os sintomas, “apresentava propriedades e características [...] como atenuação/ cessação de delírios e alucinações, lentificação psicomotora e indiferença afetiva sem prejuízo das funções cognitivas” (Bogochvol, 2001). Ele ainda equaliza alguns elementos que estão desestabilizados no cérebro do sujeito para que ele possa voltar ao tônus necessário, como podemos ver na tabela a seguir (Bogochvol, 2001):

Quadro 2. Esquema básico de orientação da Psiquiatria Biológica.

Alt. / Neurotransmissão	Efeito Clínico	Tratamento
↑ Da dopamina no Sistema Mesolímbico	Transtornos Esquizofrênicos	Neuroléptico: bloqueio dos receptores pós sinápticos.
↓ Das monoaminas Cerebrais	Transtornos Depressivos	Antidepressivos: inibição da recaptação da serotonina ou da noradrenalina.
↓ Dos sistemas GABAérgicos	Transtornos de Ansiedade	Ansiolíticos: potencialização do efeito inibidor do GABA.

É aí que podemos pensar na atuação fundamental dos antipsicóticos. Eles devem fazer parte de uma ampla gama de tratamentos para pacientes com diagnóstico de psicose, de forma a viabilizar a sua reabilitação social, a diminuir os seus sintomas e preveni-los de possíveis recaídas. Uma vez que, a partir do momento que eles tentam apaziguar os sintomas psicóticos, iriam diminuir essa angústia. Esses sintomas muitas vezes estão relacionados a tais dificuldades, ou seja, às reações do sujeito perante a possibilidade de vivenciar novamente as agonias impensáveis.

Percebe-se assim que a continuidade do existir do sujeito, que só ocorre perante condições favoráveis, está posta durante todo o seu processo de

amadurecimento. E o psicofármaco, como um agente externo, pode favorecer o sujeito a estabelecer um equilíbrio.

Quando surgiu em 1950, o antipsicótico clorpromazina iria atuar nos sintomas da psicose. Durante a Renascença, manifestações como a alucinação, delírio, agitação, lentificação, inibição, entre outras, eram vistas pela sociedade como exemplos de comportamentos desviantes e perigosos.

No entanto, não é exatamente esse o pensamento predominante hoje em dia. Na verdade, o que observamos é que há uma supervalorização do modelo biológico do sofrimento psíquico, uma diminuição da preocupação e um crescente interesse com o sofrimento desse sujeito, além de um atendimento mecânico devido às transformações no mundo e à exigência de rapidez, o que tem levado a um aumento no uso desses medicamentos (Pelegri, 2003; Poli dos Santos, 2014).

Esta atuação não gera poucas consequências. Como dissemos, quando há o uso comedido do antipsicótico, espera-se que ele traga benefícios para o sujeito, de modo a favorecer o seu processo de amadurecimento e a possibilidade de criar a sua própria existência.

Esse tipo de uso fica claro quando Abreu, Bolognesi e Rocha (2000) ressaltam a importância de que o tratamento medicamentoso se restrinja às especificidades apresentadas por cada sujeito. Além disso, eles defendem a restrição de antipsicóticos apenas aos pacientes que, de fato, necessitam.

Por não existir uma fórmula universal para esse tipo de tratamento, deve-se estar atento aos efeitos colaterais, bem como “deve-se optar pela utilização da menor dose possível, pois pode haver uma pequena variabilidade individual na dose necessária para induzir vários dos efeitos indesejáveis” (Abreu, et al., 2000, p.43). E eles prosseguem: “cautela, detecção precoce de efeitos adversos, diminuição de dose, troca por outra droga, suspensão de associações desnecessárias [...] são as estratégias recomendadas” (Abreu, et al., 2000, p. 43).

Cordioli (s.d.) também enfatiza a importância do diagnóstico correto para a escolha do antipsicótico e o seu tempo de uso. Nos casos de episódios psicóticos breves, ele aponta que quando os sintomas são cessados, pode haver a retirada do psicofármaco. Já nos casos de esquizofrenia, por exemplo, o tratamento deve ser mais longo (6-8 meses) em decorrência da prevenção de possíveis recaídas. Após esse período de tratamento “utilizando doses adequadas” (Cordioli, s.d.), se o psiquiatra perceber uma melhora no seu paciente, ele pode reduzir a dosagem.

Desse modo, são essas estratégias que caracterizam o uso comedido de psicofármacos. Ana Virgínia Mendonça, coordenadora do curso Técnico em Enfermagem da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), reforça a importância do conhecimento acerca do uso excessivo, “para que os pacientes recebam a medicação adequada às necessidades clínicas, nas doses correspondentes aos seus requisitos individuais e pelo período de tempo apropriado” (J. Santos, 2012, p.8).

Por outro lado, quando o uso é desmedido, podemos pensar que há artifícios – como o uso de medicamentos – que podem bloquear a expressão singular do psíquico, o que pode comprometer a sua criatividade. Esse tipo de uso “pode sacrificar seriamente qualquer perspectiva de autonomia e liberdade” (Ferrazza, 2009, p.122). E esse não é o objetivo da sua utilização. Ao invés de neutralizar o sujeito, ele deve “fazê-lo se expressar [...] operacionalizar o fluxo discursivo” (Poli dos Santos, 2014, p. 20).

Além disso, Sweetman (2005 citado por R. Rodrigues, 2013) também aponta para a importância de se pensar no uso excessivo de psicofármacos e dos efeitos colaterais como decorrência de um longo período de tratamento medicamentoso. Desse modo, ele defende que “sua indicação deve ser pautada pela administração de doses terapêuticas menores e também pelo um tempo menor por causa dos riscos de dependência e abuso” (p. 22).

Uma pesquisa realizada por Ferrazza (2009, p.122) deixa claro esse aumento de prescrições de psicofármacos:

Quadro 3. Quantidade de psicofármacos prescritos pela psiquiatria entre 2005 e 2008 em uma cidade de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo.

Quantidade de medicamentos	2005-2007	2008
Um ou dois medicamentos	67%	32%
Três medicamentos	-	68%
Quatro medicamentos	5%	27%
Mais de quatro medicamentos	-	*

*Foram encontradas prescrições de até sete psicofármacos.

Tudo isso nos leva a pensar no cuidado e na atuação dos profissionais que convivem com psicóticos e em toda a trama que os envolve. Assim, o psiquiatra, de certa forma detentor do poder sobre a saúde psíquica dos seus pacientes, é influenciado pelas intensas divulgações dos amplos laboratórios farmacêuticos e de seus crescentes interesses econômicos.

Esse profissional, geralmente de ênfase voltada para o modelo biológico, passa assim a atuar como um agente de controle social, uma vez que, tanto ele quanto as indústrias, passam a defender ser possível medicalizar a vida para se alcançar um objetivo maior, ou seja, o equilíbrio e o conseqüente “progresso” da sociedade.

E os meios utilizados para isso resumem-se basicamente à defesa de categorizações e patologizações dos comportamentos observáveis nos sujeitos e, conseqüentemente, sua medicalização. Inclusive, sem distinguir os sofrimentos derivados dos transtornos psiquiátricos dos sofrimentos gerados por dificuldades existenciais. Estas classificações são inúteis para Winnicott, uma vez que ele defende que esse tipo de atuação não nos mostra resultados relevantes, uma vez que não leva em consideração, por exemplo, o ambiente em que o sujeito está inserido, nem o estágio em que o amadurecimento do sujeito foi interrompido.

Ele justifica:

Claro que podemos ver os mecanismos primitivos trabalhando em psicóticos [...] na verdade em todas as pessoas. Não podemos diagnosticar doença psicótica só por encontrar mecanismos mentais primitivos [...] em doença psicótica é com as defesas primitivas que nos defrontamos, defesas que não têm de estar organizadas se nos estágios mais precoces de dependência quase absoluta a provisão ambiental suficientemente boa existe de fato [...] Estou sugerindo que no estudo de uma psicose se deve tentar fazer uma classificação do meio e dos tipos de anormalidades ambientais, e do ponto no desenvolvimento do indivíduo em que essas anormalidades atuam, e que tentar classificar indivíduos doentes na base do quadro clínico que eles apresentam não leva a resultados úteis (Winnicott, 1959-1964, p. 124).

Desse modo, a universalização dos critérios diagnósticos a fim de não induzir o observador à ambigüidade sobre o transtorno expresso pelo sujeito, dificulta a

atuação de outras áreas, outros saberes que não se enquadram no modelo das ciências naturais. Além disso, e, principalmente, ela passa a recriminar a singularidade e o comportamento do sujeito psicótico.

A psicanálise, por exemplo, é uma das disciplinas afetada por estas mudanças, uma vez que ela não comunga com essa nova atuação e seu trabalho não se resume a observação e descrição dos sintomas. No entanto, faz-se necessário salientar o perigo da psicanálise se eximir totalmente dessas transformações que ocorrem no mundo:

Uma posição cômoda – mas extremamente perigosa – para a psicanálise é a de omitir-se desse debate a título de possuir sua própria delimitação clínica e ética das relações entre sintoma, subjetividade e cura. Enclausurada em suas certezas, sem experimentar qualquer necessidade de se situar num nível mais amplo de discussão, a psicanálise corre o risco de ficar fora de construção cultural das relações mente-corpo de sua época (Pereira, 2005a, p.18).

Ao invés disso, ela atua a partir da dimensão subjetiva do sujeito levando em consideração todos os fatores que possam influenciar essa manifestação, inclusive as repercussões da relação médico-paciente, que agora sai da posição de neutralidade. No entanto, essa relação torna-se possível se o analista puder:

Brincar com a criança, sustentar essa relação no tempo e espaço da consulta e, principalmente, esperar a comunicação da criança em sofrimento, acreditando nos processos integrativos da própria criança. Esperar significa conduzir clinicamente o processo da consulta ou sessão analítica a partir do ritmo e do manejo da temporalidade própria a cada criança (Lescovar, 2004, p. 55).

Para essa área do saber, os sintomas apresentados pelo psicótico são de suma importância durante o seu tratamento. Por exemplo, o delírio expresso por ele pode ter sido a forma encontrada para tentar se relacionar com o mundo externo. Além disso, Winnicott nos fala que a regressão, também expressa pelo psicótico, diz respeito à expectativa dele em reviver os momentos em que o ambiente falhou. No entanto, agora obtendo sucesso e favorecendo o seu amadurecimento.

É nesse ponto que percebemos os limites dos benefícios e malefícios dos psicofármacos. Do ponto de vista da Psicanálise, o medicamento não deve interferir a ponto de abolir essas expressões que, mais uma vez, são meios encontrados pelo sujeito para tentar se reestruturar, integrar e continuar o seu processo de amadurecimento a partir do ponto que foi interrompido.

Além disso, deve-se atentar ao fato de que, além dos diversos efeitos colaterais que podem advir da medicação principal, muitas vezes é necessário o uso de outros medicamentos para combatê-los. Isso ocorre uma vez que, como já dissemos ao longo da presente pesquisa, além de não curar o sujeito, o uso constante e excessivo de antipsicótico tende a ter a sua eficácia atenuada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar essa pesquisa, é preciso retomar alguns pontos fundamentais do processo de amadurecimento do sujeito. Esses itens seriam: as dificuldades no estabelecimento da relação do bebê nos estágios mais primitivos de vida com a mãe e a busca pela integração, ou seja, o amadurecimento pessoal.

Embora essa tendência ao amadurecimento seja inata, ela não acontece com o mero passar do tempo. Ao contrário, são necessários cuidados suficientemente bons, principalmente nos estágios iniciais e por parte do ambiente facilitador, para que o bebê conquiste o sentimento de ser num mundo real, de existir. Isso porque, nessa fase, o bebê depende de maneira absoluta da sua mãe. E esta deve estar pronta para adaptar-se as suas necessidades.

Nesse sentido, as pesquisas de D. W. Winnicott estudam as primeiras interações do bebê com o outro – cuja função seria lhe oferecer os cuidados necessários para o início do seu amadurecimento. Nesse lugar, a mãe cria condições para que o bebê possa, pouco a pouco, reconhecer a si mesmo e se reconhecer pelo outro. Essa fase diz respeito à dependência absoluta do bebê, uma vez que sua mãe é quem vai proporcionando sustentação física e emocional (Mello & Lima, 2010).

O bom desenvolvimento da criança está intimamente ligado à capacidade dela sentir-se real. Durante esse desenvolvimento psíquico saudável, a mãe suficientemente boa alimenta o potencial criativo da criança. Isso ocorre uma vez que essa atenção da mãe proporciona, além do alimento, a possibilidade da criança utilizar seu potencial criativo para imaginar o seio da mãe. Assim, essa ilusão permite a criação do ‘objeto transicional’ (M. Santos, 1999).

Além desse desenvolvimento, nesse momento também começam a surgir os processos criativos a partir da relação que o ambiente, ou seja, que a mãe estabelece com o bebê. Ela atua como um ‘ego auxiliar’ fundamental para a constituição do *self* do bebê, uma vez que permite que o bebê a tenha como uma concepção sua. Assim, essa relação criativa entre a realidade interna e externa vai se constituindo como o ‘espaço potencial’, ou seja, um espaço entre o mundo interno

e externo que potencializa a inserção da criança no mundo simbólico (Gomes, 2010).

Winnicott, que tinha como primeira formação a pediatria, percebeu que algumas problemáticas das crianças e mesmo dos bebês, ocorriam em um estágio muito primitivo do seu desenvolvimento. Para ele, o amadurecimento do sujeito diz respeito ao seu aspecto pessoal, ou seja, ao estar e sentir-se vivo; e não relacionada ao biológico ou ao pulsional. Isso fica claro quando Dias (1999) traz que alguns bebês podem ter suas estruturas biológicas e cerebrais intactas, mas não ter o sentimento de um eu, de um ser humano.

Nesse sentido, são os cuidados oferecidos ao bebê após a sua concepção que irão facilitar essa integração e o seu amadurecimento. No entanto, quando o ambiente falha em fornecer meios que favoreçam essa tendência ao amadurecimento e age com uma sucessão de falhas, o bebê pode ser acometido por um trauma. Como decorrência desse trauma, pode haver o desencadeamento da psicose.

De acordo com a teoria de Winnicott, há uma interrupção no processo de amadurecimento do psicótico. Sobretudo porque o canal que lhe permitiria transitar entre o mundo interno e externo fica obstruído. Vale salientar, entretanto, que essa interrupção depende do nível de amadurecimento em que esse indivíduo se encontra. Ou seja, se o indivíduo encontra-se numa angústia severa, ele terá mais dificuldades para retomar o seu processo de amadurecimento. Por outro lado, se ele está numa angústia branda, há algo que escoar em prol desse amadurecimento.

Ao longo da pesquisa, pudemos perceber que diversos autores observam que, apesar desses obstáculos que o bebê psicótico enfrenta, há um processo de amadurecimento, mesmo que precário, nesses sujeitos. E os recursos que eles utilizam são os mais diversos para tentar alcançar um existir (Dias, 1999; Araújo, 2003).

Para Winnicott (1959-1964), a regressão adquire outra conotação quando se refere aos sujeitos psicóticos, uma vez que ela diz respeito à esperança dele para vivenciar novamente aspectos do ambiente que falharam anteriormente – agora, de forma a facilitar o seu desenvolvimento e amadurecimento.

Já Dias (1999) defende que na psicose “há interrupção do processo de amadurecimento pessoal. Uma cisão da personalidade se estabelece e uma organização defensiva se arma para evitar o retorno da experiência traumática”

(p.17). E ela prossegue: “o indivíduo continua a crescer, física e intelectualmente, mas a integração em um cerne pessoal não pode ser realizada” (p.17).

Araújo (2003), por sua vez, completa que, com o passar do tempo “a criança estabelece alguns poucos contatos com as pessoas que vão se tornando mais familiares e isso permite alguns ganhos, mesmo que precários, em razão de ela sempre recorrer ao isolamento diante da ameaça da angústia” (p.45).

A partir de tais recortes, observamos que esses autores concordam que a psicose diz respeito a uma interrupção, a um bloqueio nos estágios mais primitivos do desenvolvimento maturacional do indivíduo. No entanto, para clarificar essa ideia proposta por esses autores, faz-se necessário o auxílio etimológico de dois termos usados de forma recorrente para se referir ao conceito de psicose.

De acordo com o Mini-dicionário Aurélio (2001):

Bloquear: 1. Pôr bloqueio (2) a; sitiar. 2. Obstar, impedir. 3. Refrear, inibir. 4. *Esport*. Neutralizar ou defender (ataque [4]) em bloqueio (p.101).

Interromper: 1. Fazer parar, ou deixar de fazer, por algum tempo. 2. Fazer cessar. 3. Cortar o discurso a. 4. Estovar. *P*. 5. Cessar o que vinha fazendo (p. 398).

Pensamos que na psicose há uma paralisação, por algum tempo, do processo de amadurecimento do sujeito. Assim, os recursos que o bebê utiliza para amenizar as suas angústias impensáveis e as relações, mesmo que precárias, que ele vai tentando estabelecer ao longo da vida, podem ocorrer como fruto de uma tentativa de amadurecimento.

Freud (1924), por sua vez, na análise de seus pacientes, observou que o “delírio se apresenta como um remendo aplicado no lugar onde originalmente havia surgido uma fenda [*Einriss*] no relacionamento do Eu com o mundo externo” (p. 97). No entanto, ele continua, esse fato não é mais evidente porque “no quadro mórbido das psicoses, as manifestações da tentativa de cura e reconstrução frequentemente se sobrepõem às manifestações do processo patológico” (p. 97). Kaufmann (1996) completa: “o intenso investimento das representações de palavra [...] constitui a primeira das tentativas de restauração ou cura que dominam de maneira tão patente o quadro clínico da esquizofrenia” (p. 368).

Estas observações nos levam a indagar sobre a atuação excessiva dos antipsicóticos nos sintomas do sujeito psicótico, ou seja, nas suas precárias tentativas de estabelecer relações. É inegável a existência de investimentos em novas pesquisas a fim de aperfeiçoar esses medicamentos, bem como os seus benefícios quando utilizados de modo comedido e durante o tempo necessário para cada sujeito, levando-se em consideração as ideias propostas por Winnicott: todo o entorno em que o paciente está inserido e as suas singularidades. Assim, quando utilizado de modo pertinente quanto as necessidades do paciente, ele pode facilitar os seus modos de expressão, uma vez que consegue estabilizar os sintomas apresentados (Poli dos Santos, 2014).

A dose do medicamento a ser usado depende de fatores como o estágio em que o paciente se encontra. Em geral, na fase de manutenção da doença, a posologia deve ser menor do que nos períodos agudos. Para Albano (2012), “deve procurar-se sempre a dose mínima eficaz, o que é, normalmente, mais fácil de conseguir na fase de manutenção” (p. 91). Assim, é a partir dessa dosagem que podemos atribuir os limites do “*phármakon*”: que tanto pode aliviar os sintomas do sujeito e o seu sofrimento, quanto pode envenená-lo, intoxicá-lo.

No entanto, apesar do avanço da psicofarmacologia, observa-se que os efeitos adversos do medicamento surgem, muitas vezes, devido ao modo como é prescrito, ou seja, quando a quantidade em que foi receitado não condiz com o estágio da doença do sujeito, bem como quando não se leva em consideração a interação com outros psicofármacos (Tandon, 2011). Acima de tudo, quando não se considera o sofrimento psíquico.

Além disso, Ferrazza et al. (2010) acrescentam que conceber todos os sofrimentos como sendo de ordem biológica, leva a uma prática de “prescrever medicações por um tempo indeterminado [...] a concepção de que todos os problemas [...] teriam uma explicação exclusivamente neurológica, levaria a psiquiatria a determinar tratamentos psicofarmacológicos permanentemente” (p. 40).

Percebe-se assim que o sujeito não é implicado no seu sintoma, mas visto sob o desequilíbrio neuroquímico e suas visíveis conseqüências, que podem ser corrigidos a partir de psicofármacos, muitas vezes sem que haja uma escuta sobre o seu sofrimento.

Neste sentido, medicar o sintoma, visando sua eliminação, é a rasura da própria subjetividade. Na busca por uma vida esterilizada de sofrimento, almeja-se a produção de um bem-estar, só que pode ser um “bem que conduz ao pior” (Lacan). O conforto que o medicamento propicia não pode favorecer a estagnação do sujeito; a convocação do sintoma, na psicanálise, é um convite à subjetivação do desejo (Poli dos Santos, 2014, p. 66).

E é essa atuação que também observamos no tratamento dos psicóticos. O profissional, influenciado pela crença de ser o detentor do suposto saber e pelas exigências externas – sociais, familiares, profissionais, capitalistas, etc. – é colocado na posição em que se exige que ele forneça respostas rápidas e visíveis. Observa-se ainda que, devido às rápidas mudanças na sociedade, há uma crescente intolerância quanto às expressões singulares – incluindo os sintomas – o que tem levado há um aumento no uso de medicamentos, que visam apagar esses sintomas. Contudo, ao fazer isso, é preciso verificar se há repercussões no processo de amadurecimento no psicótico que foi interrompido, uma vez que ele não pode mais se utilizar do delírio, por exemplo, como tentativa de estabilização no contato entre o mundo interno e o externo.

Assim, por apresentarem resultados mais rápidos,

Vendeu-se a falácia de que os comprimidos, por terem resultados mais rápidos, logicamente, seriam mais eficientes que as psicoterapias, sendo capazes de encapsular anos de tratamento psicoterápico, já que outras terapêuticas demorariam anos para conseguir o efeito de remissão dos sintomas. Contudo, atualmente, perguntamo-nos se a pílula atinge os mesmos resultados (Cosser, 2003 citado por Poli dos Santos, 2014, p.15).

E aí observamos a falsa impressão de estar curando: quanto mais medicamentos, mais visível é a mudança do sujeito – o que nem sempre é sinônimo de melhora – e a esperança de curar mais rápido. No entanto, estudos sugerem que, doses elevadas de antipsicóticos podem resultar em alguns sintomas irreversíveis

como, por exemplo, a discinesia tardia, ou pior, em um tratamento ineficaz (BMA & The Royal Pharmaceutical Society, 2011 citado por Albano, 2012).

Diante do exposto, observamos que se ministrado em doses que permitam uma equalização, parece que, temporariamente, o antipsicótico pode tirar o sujeito da crise e fazer escoar aqueles elementos que precisam fluir do ponto de vista do amadurecimento. Por outro lado, se em doses excessivas, parece que há um prejuízo do ponto de vista de um trabalho psíquico, uma vez que ele também poderá ficar paralisado. E o excesso paralisa essa relação entre mundo interno e mundo externo.

Nesse sentido, reforçamos a ideia de que a atuação da Psicanálise e da Psiquiatria tem muito a contribuir para o tratamento do sujeito psicótico. E isso pode acontecer na forma em que se trata esse sujeito. Isso porque tratar implica em uma ética do cuidar, implica em escutar e olhar o sujeito em sua singularidade; acompanhar o sujeito em suas transformações. E o medicamento entra em cena de forma a suspender o que é insuportável e a favorecer a saída do sujeito desse sofrimento, através de suas elaborações e construções (Poli dos Santos, 2014).

É desejável integrar, no tratamento do psicótico, os avanços destas na área da Psicofarmacologia e o espaço privilegiado para a fala do paciente oferecido por aquela. No entanto, tem ocorrido nas últimas décadas um “autismo” dessas duas tendências científicas, que se fecham nos próprios discursos e dificultam a multidisciplinaridade, tão necessária no tratamento do sujeito psicótico e no acolhimento daqueles que o cercam. O abandono de crenças e ideologias isolacionistas é condição para a interação harmoniosa das diferentes visões sobre as psicoses, com o intuito de oferecer o melhor para o seu tratamento (Coutinho, 2005, p. 60).

A partir do momento em que os profissionais de ambas as áreas se abrem para a troca de conhecimentos, não significa que eles estão negando a sua filosofia de origem. Pelo contrário, eles estão dando maior ênfase ao acolhimento e cuidado desses pacientes. Eles estão procurando agir como as mães, segundo Winnicott, ou seja, estão entendendo o valor da confiança para mostrar um comportamento previsível da mãe; da adaptação gradativa às necessidades do sujeito, que favorece

o seu desenvolvimento; da continuidade do ambiente para favorecer a integração do sujeito em uma unidade e, da provisão para que a criança possa realizar o seu impulso criativo.

REFERÊNCIAS⁴⁴

Abreu, P. B., Bolognesi, G., & Rocha, N. (2000). Prevenção e tratamento de efeitos adversos de antipsicóticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 41-44. Recuperado em 22 de fevereiro de 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-4446200000500014&script=sci_arttext

Aguiar, A. A. (2004). Psiquiatria biológica. In *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência* (pp.19-47). Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Aguiar, A. A. (2004). Medicalização. In *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência* (pp.133-142). Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Albano, D. (2012). Tratamento. In Albano, D. Esquizofrenia: patologia e terapêutica. Dissertação, Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências e Tecnologia, Portugal, 2012. Recuperado em 16 de fevereiro de 2014, de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:YnNkaPtFpDMJ:https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/3136/1/Monografia%2520Esquizofrenia%2520-%2520Patologia%2520e%2520Terap%25C3%25AAutica.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

Amarante, P. D. D. C. (2011). Reforma psiquiátrica e epistemologia. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 1(1), 34-41. Recuperado em 05 de dezembro de 2013, de <http://stat.ijkem.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/998/1107>

Amarante, P. e Freitas, F. (2012, 22 de março). *Psiquiatrização da vida e o DSM V: desafios para o início do século 21*. Recuperado em 12 de outubro de 2013, de <http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=4569&sid=4&tpl=printerview>

Angell, M. (2011). A epidemia da doença mental. *Revista Piauí*, v. 59, 2011. Recuperado em 9 de março de 2013, de <http://moodle.stoa.usp.br/mod/resource/view.php?id=47760%E2%80%8E>

Anônimo (2013). *Departamento de Justiça dos EUA processa indústria farmacêutica Novartis por suborno a médicos*. Brasília, DF: Agência Brasil. Recuperado em 27 de abril de 2013 <http://operamundi.uol.com.br/conteudo/noticias/28592/departamento+de+justica+dos+eua+processa+industria+farmaceutica+novartis+por+suborno+a+medicos.shtml>

Araújo, Conceição A. Serralha de. (2003). O autismo na teoria do amadurecimento de Winnicott. *Natureza humana*, 5(1), 39-58. Recuperado em 10 de dezembro, de

⁴⁴ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association.

2012, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302003000100002&lng=pt&tlng=pt. .

Ashok, A. H., Baugh, J., & Yeragani, V. K. (2012). Paul Eugen Bleuler and the origin of the term schizophrenia (SCHIZOPRENIEGRUPPE). *Indian Journal of Psychiatry*, 54(1), 95. Recuperado em 9 de setembro de 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3339235/>

Aulagnier, P. (2004). Observações sobre a estrutura psicótica. In Katz, C. S. (Ed.) *Psicose, um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Barros, J. A. (Org.) (2008). *Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Brasília, DF.

Berlinck, M. T. (1997). O que é psicopatologia fundamental. *Psicologia: ciência e profissão*, 17(2), 13-20.

Berlinck, M. T. (2005). O ensino da psicopatologia: Problemas e perspectivas. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, 18, 166-178.

Bezerra, B., Jr (2012). *A história da psicopatologia*. Recuperado em 4 de abril de 2013, de <http://www.cpfcultura.com.br/2012/10/25/a-historia-da-psicopatologia-no-brasil-benilton-bezerra/>

Bittencourt, P. C. T. (2008). Uso abusivo de medicamentos. *Visão Acadêmica*, 9(2). Curitiba, Jul. - Dez. Recuperado em 8 de maio de 2013, de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/academica/article/view/14653/9836>

Bogochvol, A. (2001). *Sobre a psicofarmacologia*. Recuperado em 08 de dezembro de 2013, de http://egp.dreamhosters.com/EGP/104-sobre_a_psicofarmacologia.shtml

Brasil. (2010). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Diagnóstico Situacional da Promoção de Medicamentos em Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)*/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa. 180 p.

Calligaris, C. (1989). *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Canestrelli, A. P. (2013). *Relatório Anual da JIFE: é preciso deter o abuso e a proliferação sem precedentes das 'drogas legais'*. Recuperado em 20 de fevereiro de 2014, de <http://www.onu.org.br/relatorio-anual-da-jife-e-preciso-deter-o-abuso-e-a-proliferao-sem-precedentes-das-drogas-legais/>

Caponi, S. (2009). Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Ciência & saúde coletiva*, 14(1), 95-103.

Carmona, G. (2013). Um assunto para se pensar. *Escola particular*. Julho de 2013. N. 184, pp. 4-12. Recuperado em 16 de setembro de 2013, de <http://www.escolaparticular.com/revista/184/#/0>

Chaves, W. C. (2006). O estatuto do real em Lacan: dos primeiros escritos ao seminário VII, a ética da psicanálise. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 16(34), 161-168. Recuperado em 04 de setembro de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000200004&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0103-863X2006000200004.

Ciccone, S. D. (2013). *Criatividade na obra de D. W. Winnicott*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em 03 de junho de 2013, de http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2013-03-08T122356Z-1784/Publico/Soraia%20Dias%20Ciccone.pdf

Collucci, C. (2011). Consumo de antipsicóticos cresce entre crianças e idosos. *Folha de São Paulo*, 25 de julho de 2011. Recuperado em 15 de dezembro de 2012, de <http://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/949286-consumo-de-antipsicoticos-cresce-entre-criancas-e-idosos.shtml>.

Cordioli, A. V. (s.d). *Psicofármacos nos transtornos mentais*. Recuperado em 19 de fevereiro de 2014, de http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Caballo%206_8.pdf.

Costa, S. C. (2007). Medicina e Psicanálise. In Trabalho apresentado no XXI Congresso Brasileiro de Psicanálise. Associação Psicanalítica do Estado do Rio de Janeiro. Recuperado em 17 de julho de 2013, de http://www.rio4.org.br/v2/artigos/medicina_e_psicanalise.pdf

Coutinho, A. H. S. A. (2005). Schreber e as psicoses na psiquiatria e na psicanálise: uma breve leitura. *Reverso*, 27(52), 51-61. Recuperado em 30 de dezembro de 2013, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952005000100008&lng=es&tlng=es.

Dalgalarrondo, P. (2000). Definição de psicopatologia. In Dalgalarrondo, P. (pp.22-24). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Dias, E. O. (1998). *A teoria das psicoses em D. W. Winnicott*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

Dias, E. O. (1999). A clínica das psicoses e a teoria do amadurecimento de Winnicott. *Infanto – Rev. Neuropsiq. Da Inf. e Adol.* 7 (supl.1): 8-41. Recuperado em 30 de maio de 2013, de http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_07S1/in_22_07.pdf

Doron, R. (Org.). (2007). *Dicionário de Psicologia*. São Paulo: Editora Ática.

Dutra, E. (2004). Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de psicologia*, 9(2), 381-387.

Esperanza, G. (2011). Medicalizar a vida. In A. Jerusalinsk e S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp.53-59). São Paulo: Via Lettera.

Estellita-Lins, C. (2007). Saúde e doença na psicanálise: sobre Georges Canguilhem e Donald W. Winnicott. In B. Bezerra Jr. e F. Ortega (Orgs.), *Winnicott e seus interlocutores* (pp.363-390). Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Farias, L., Pereira, F., Caldas, M. T., & Francisco, A. L. (2007). Da experiência da fala de sujeitos usuários na clínica psicológica às suas possíveis repercussões. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(3), 476-495.

Fendrik, S. (2011). O DSM-IV: uma metafísica comportamentalista? In A. Jerusalinsk e S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp.29-37). São Paulo: Via Lettera.

Fenichel, O. (n.d). *Teoria psicanalítica das neuroses*. Rio de Janeiro: Atheneu.

Ferrazza, D. D. A.(2009). *A medicalização do social: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos na rede pública de saúde*. Dissertação de Mestrado, Psicologia e Sociedade, Faculdade de Ciências e Letras (FCL-ASSIS). Universidade Estadual Paulista (UNESP). Campus de Assis. Assis, São Paulo. Recuperado em 20 de fevereiro de 2014, de http://www.fio.edu.br/psicologia/publicacoes/artigos/medicalizacao_social.pdf

Ferrazza, D. A., Rocha, L. C., & Rogone, H. M. H. (2010). A prescrição banalizada de psicofármacos na infância. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1), 36-44. Recuperado em 17 de julho de 2013, de <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/view/109/205>

Ferreira, M. e Sibonis, D. (2007). *A gota d'água: desvendando o surto psicótico*. Recuperado em 1 de novembro de 2013, de <http://www.ufrgs.br/ensinodareportagem/ciencia/surto.html>

Ferreira, A.B. (2010). *Novo dicionário Aurélio: dicionário eletrônico*. v. 5.

Ferreira, S. D. (2011). A noção de ego na obra de D. W. Winnicott. Dissertação de Mestrado, Psicologia como ciência e profissão, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas. Recuperado em 08 de junho de 2014, de http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2011-04-07T065157Z-1685/Publico/Saulo%20Durso%20Ferreira.pdf

Foucault, M. (1984). *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Focault, M. (2009). *História da loucura: na Idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.

Frej, N. Z. e Vilar de Melo, M. F. (2006). Psicanálise e linguagem: entretecendo um texto. In Acioly, M.; Vilar de Melo, M. F.; Costa, M. L. (Orgs.). *A linguagem e suas interfaces*. Olinda: Livro Rápido.

Freud, S. (1915). Pulsões e destinos da pulsão. In Freud, S. (2004). *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (pp. 133-175), volume I: 1911 – 1915. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1923). O Eu e o Id. In Freud, S. (2007) *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (pp. 13-92). (L. Hanns, trad., Vol. III). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).

Freud, S. (1924). Neurose e Psicose. In Freud, S. (2007). *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (pp. 93-102). (L. Hanns, trad., Vol. III). Rio de Janeiro: Imago.

Fulgêncio, L. (2002). A compreensão freudiana da histeria como uma reformulação especulativa das psicopatologias. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 5(4), 30-44.

Gabbard, G. O. (1998). *Psiquiatria Psicodinâmica*. Baseado no DSM-IV. (Luciana N. de A. Jorge e M. R. S. Hofmeister, trads.). 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Gomes de Matos, E., Gomes de Matos, T. M., & Gomes de Matos, G. M. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), 312-318. Retrieved November 02, 2013, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082005000300010&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0101-81082005000300010.

Gomes, M. C. F. (2010). Resistir é possível: Winnicott e os processos de constituição subjetiva. *Polêmica*, v. 9, n. 2, p. 25 – 33, abril/junho 2010. Recuperado em 20 de março de 2013, de <http://www.polemica.uerj.br/ojs/index.php/polemica/article/viewFile/19/40>

Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico. *Educação e pesquisa*, 33(1), 151-161. Recuperado em 10 de março de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>

Hall, C., Lindsey, G., Campbell, J. (2000). A teoria psicanalítica clássica de Sigmund Freud. In Hall, C., Lindsey, G., Campbell, J. *Teorias da personalidade* (pp.49-81). (M. A. V. Veronese, trad.). 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Harris, G. (2005, 1 de julho). *Report of Ritalin Risks Prompts a Federal Study*. Recuperado em 14 de julho de 2012 de, <http://www.nytimes.com/2005/07/01/health/01ritalin.html>

Infante, D. (2011). Psiquiatria para que e para quem. In A. Jerusalinsk e S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp.63-72). São Paulo: Via Lettera.

Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da Clínica*, 18(1), 153-165. Recuperado em 06 de julho de 2013, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100010&lng=pt&tlng=pt .

Kaufmann, P. (1996). *Dicionário enciclopédico de Psicanálise: O legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Kayo, M. (2010). *Tempo de resposta a tratamento antipsicótico na esquizofrenia de início recente: um estudo randomizado e controlado de 12 semanas*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 2014-02-20, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-01022011-175641/>

Kimura, A. M. (2005). *Psicofármacos e Psicoterapia: a visão de psicólogos sobre medicação no tratamento*. Trabalho de Conclusão de Curso (Formação em Psicologia). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade São Judas Tadeu, São Paulo. Recuperado em 11 de setembro de 2013, de <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/220.pdf>

Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Suppl. 2), s54-s64. Retrieved December 04, 2013, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600002&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1516-44462008000600002.

Lacet, C. (2004). Da forclusão do Nome-do-Pai à forclusão generalizada: considerações sobre a teoria das psicoses em Lacan. *Psicologia USP*, 15(1-2), 243-262. Recuperado em 10 de maio de 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v15n1-2/a23v1512.pdf>

Lemaire, A. (1989). *Jacques Lacan: uma introdução*. (D. Checchinato, trad.). Rio de Janeiro: Campus.

Lescovar, G. Z. (2004). As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W. Winnicott. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 21(2), 43-61. Retrieved January 09, 2014, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2004000200004&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0103-166X2004000200004.

Loparic, Z. (1996) *Winnicott: uma psicanálise não-edipiana*. Recuperado em 04 de Agosto de 2013, de http://www2.uol.com.br/percurso/main/pcs17/p17_14.htm

Lopes, J. L. (2001). A psiquiatria na época de Freud: evolução do conceito de psicose em psiquiatria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(1), 28-33. Retrieved October 06, 2013, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000100007&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1516-44462001000100007.

Louzã Neto, M. R. (2000). Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Suppl. 1), 45-46. Retrieved November 02, 2013, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500015&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1516-44462000000500015.

Macêdo, L. (2010). *A linguagem na esquizofrenia: uma questão de lugar*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco.

Recife, Pernambuco. Recuperado em 10 de janeiro de 2011, de http://www.unicap.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=530

Maciel, V. D. S. (2008). A transferência no tratamento da psicose. *Mental*, 6(10), x-xx. Recuperado em 27 de setembro de 2010, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272008000100003&lng=pt&nrm=iso

Mello, D. F., & de Lima, R. A. G. (2010). O cuidado de enfermagem e a abordagem Winnicottiana. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(3), 563-569. Recuperado em 12 de julho de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a19v19n3.pdf>

Meyer, G. R. (2008). Algumas considerações sobre o sujeito na psicose. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 11(2), 299-312. Recuperado em 10 de maio de 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982008000200009&script=sci_arttext&tlng=pt

Mezan, R. (1997). Subjetividades contemporâneas? In *Subjetividades contemporâneas*. Instituto Sedes Sapientiae. Ano 1. N.1. pp.12-17.

Mizrahi, B. G. (2010). *A vida criativa em Winnicott: um contraponto ao biopoder e ao desamparo no contexto contemporâneo*. Rio de Janeiro: Garamond.

Oliveira, M. (2011). *Relatório da ONU aponta uso abusivo de medicamentos no Brasil*. Recuperado em 18 de fevereiro de 2014, de Retirado de <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2011/06/relatorio-da-onu-aponta-uso-abusivo-de-medicamentos-no-brasil.html>

Pádua, A. C., Gama, C. S., Lobato, M. I., & de Abreu, P. B. ESQUIZOFRENIA: diretrizes e algoritmo para o tratamento farmacológico (Psicofármacos: Consulta Rápida; Porto Alegre, Artmed, 2005, p. 343). Recuperado em 19 de fevereiro de 2014, de <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Algoritmo%20da%20Esquizofrenia%20final.pdf>, em 19 de fevereiro de 2014

Pelegrini, M. R. F. (2003). O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade. *Psicologia: ciência e profissão*, 23(1), 38-41. Recuperado em 17 de julho de 2013, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000100006&lng=pt&tlng=pt .

Pereira, M. E. C. (2003). Pierre Fédida e o campo da psicopatologia fundamental. *PERCURSO, REVISTA DE PSICANÁLISE*. São Paulo, (31/32), 45-54. Recuperado em 15 de abril de 2012, de http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p31-32_texto07.pdf

Pereira, M. E. C. (2004). Pinel-a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(3), 113-116. Recuperado em 01 de dezembro de 2013, de

http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume07/n3/pinel_a_mania_o_tratamento_moral_e_os_inicios_da_psiquiatria_contemporanea.pdf

Pereira, M. E. C. (2005a). Psicanálise e psicofarmacologia: novas questões de um debate atual. *C. da APPOA*, Porto Alegre, n. 137, jul. 2005. Recuperado em 09 de novembro de 2013, de http://www.apoa.com.br/correio_apoa/psicanalise_e_farmacologia/486#.Un9tBvk_upc.

Pereira, M. E. C. (2005b). Ulysses Pernambucano ea questão da" Higiene mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8(1), 123-129. Recuperado em 01 de dezembro de 2013, de http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume08/n1/ulysses_pernambucano_e_a_questao_da_higiene_mental.pdf

Pereira, M. E. C. (2010). *Psicopatologia Fundamental*. Recuperado em 20 de setembro de 2013, de http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume01/n1/formulando_uma_psicopatologia_fundamental.pdf

Phillips, A. (2008). A desconfiança da coisa: notas para a definição da sanidade. In *Louco para ser normal*. (M. L. X. de A. Borges, trad.). Rio de Janeiro: Zahar.

Pimenta, S. (2005). A construção da metáfora no delírio psicótico. *Revista eletrônica da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro*, Triângulo Mineiro, v.9, n.1, p. 58-66, jan / jun.

Poli dos Santos, K., da Silva, A., Luzio, C., Yasui, S., & Dionísio, G. (2012). A explosão do consumo de Ritalina. *Revista de Psicologia da UNESP*, 11(2). Recuperado 2013-04-27, de <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/view/174/298>

Poli dos Santos, K., (2014). *Uma análise dos efeitos do uso a longo prazo de antidepressivos*. Dissertação de Mestrado, Psicologia e Sociedade, Faculdade de Ciências e Letras (FCL-ASSIS). Universidade Estadual Paulista (UNESP). Campus de Assis. Assis, São Paulo.

Prizskulnik, L. (2000). Clínica (s): diagnóstico e tratamento. *Psicologia USP*, 11(1), 11-28. Recuperado em 21 de março de 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100002&lng=en&nrm=iso.

Quinet, A. (2009a). Psicose: uma estrutura clínica. In *Teoria e clínica da psicose* (pp.3-26). 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Quinet, A. (2009b). Tratamento psicanalítico da psicose. In *Teoria e clínica da psicose* (pp.124-138). 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Reis Filho, E. (s.d). *Psicanálise e psicofármacos*. Recuperado em 11 de setembro de 2013, de

http://www.sedes.org.br/Departamentos/Formacao_Psicanalise/psicanalise_psicofarmacos.htm

Reuters, DA. (2011 em 9 de janeiro). *Estudo encontra uso excessivo de antipsicóticos nos EUA*.

Recuperado em 18 de dezembro de 2012, de <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/857207-estudo-encontra-uso-excessivo-de-antipsicoticos-nos-eua.shtml>.

Rocha, Z. *Freud: Aproximações*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 1993.

Rocha, E. D. C., & Fernandes, F. L. F. (2004). Um psicótico ajuizado: incidências da psicanálise no tratamento psiquiátrico da psicose. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 40-62. Recuperado em 18 de setembro de 2013, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017778004>

Rodrigues, J. T. (2003). A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 8(1), 13-22. Recuperado em 26 de maio de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8n1/v8n1a03>

Rodrigues, R. D. (2013). *O uso abusivo de psicofármacos na Atenção Primária no município de Lassance*. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). 33f. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Corinto.

Roudinesco, E. (2000). *Por que psicanálise?* (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Roudinesco, E. (Locutor). (2010). *Entrevista com Elisabeth Roudinesco a respeito do lugar das neurociências no mundo contemporâneo*. Recuperado em 10 de novembro de 2013, de Parte 1: <http://www.youtube.com/watch?v=M7Eqj6owTRU>. Parte 2: <http://www.youtube.com/watch?v=yb3DMQ8XIBs>

Sadock, B. & Sadock, V. (2008). Esquizofrenia. In *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (pp. 507-541). (C. Dornelles et al., trads). 9. ed. – Porto Alegre: Artmed.

Safra, G. (1999). A clínica em Winnicott. *Natureza humana*, 1(1), 91-101. Recuperado em 12 de dezembro de 2013, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24301999000100006&lng=pt&tlng=pt.

Santos, M. A. D. (1999). A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(3). Recuperado em 15 de julho de 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000300005&lng=en&nrm=iso.

Santos, K. M. C., & de Lima Santos, R. (2009). O mal-estar na cultura e a desinstitucionalização. Recuperado em 28 de dezembro de 2013, de

http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/212.%20o%20mal-estar%20na%20cultura%20e%20a%20desinstitucionaliza%C7%C3o.pdf

Santos, J. (2012). Consumo excessivo de medicamentos, um problema de saúde pública. *Revista RET-SUS*. Rede de Escolas Técnicas do SUS. Ano VII - Nº. 55 - agosto/setembro. Recuperado em 4 de dezembro de 2013, de http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/55/Retsus_55_EmRede02.pdf

Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial (2004) / *Ministério da Saúde*, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde.

Shirahige, E. & Higa, M. (2004). A contribuição da psicanálise à educação. In Carrara, K. (Org.). (2004). *Introdução à psicologia da educação: seis abordagens* (pp.13-46). São Paulo: Avercamp.

Sibemberg, N. A prescrição de psicofármacos: um ato de fala em transferência C. da *APPOA*, Porto Alegre, n. 137, jul. 2005. Recuperado em 9 de novembro de 2013, de http://www.apoa.com.br/correio_apoa/psicanalise_e_farmacologia/486#.Un9tBvk_upc.

Silva, E. P. (2001). Ética, loucura e normalização: um diálogo entre a psicanálise e Michel Foucault. *Psicologia: ciência e profissão*, 21(4), 16-25. Recuperado em 18 de maio de 2013, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400003&lng=en&nrm=iso>.

Silva, D. R. Q. D. (2004). Uma interlocução entre psicanálise e educação, compreendendo a psicose: a exclusão do diferente, a loucura em questão. *Estudos de Psicanálise*, (27), 27-31. Recuperado em 19 de maio de 2013, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372004000100004&lng=pt&nrm=iso>

Silva, R. C. B. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, 17(4), 263-285. Retrieved December 28, 2013, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642006000400014&lng=en&tng=pt.10.1590/S0103-65642006000400014.

Tandon, R. (2011). Antipsychotics in the Treatment of Schizophrenia: An Overview. *J Clin Psychiatry*. 2011, Vol. 72, pp. 4-8. Recuperado em 15 de fevereiro de 2014, de <http://www.psychiatrist.com/onlinefeatures/v72s0102.pdf>

Tesser, C. D. (2006). Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(19), 61-76. Retrieved December 05, 2012, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100005&lng=en&tng=pt.10.1590/S1414-32832006000100005.

Vidal, P. O legado de Freud. (2008). III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e IX Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental.

Recuperado em 09 de novembro de 2013, de http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/iii_congresso/mesas_redondas/o_legado_de_freud.pdf

Vieira, P. (2007). Reflexões sobre A História da Loucura de Michel Foucault. *Revista Aulas*. Dossiê Foucault. N. 3 – dezembro 2006/março.

Vieira, M. P., & Besset, V. L. (2008). Psicanálise e Laço Social: breves considerações. *Polêmica*. 7 (4), pp. 42-52. Recuperado em 9 de junho de 2013, de [http://www.polemica.uerj.br/7\(4\)/artigos/lipis_3.pdf](http://www.polemica.uerj.br/7(4)/artigos/lipis_3.pdf)

Wannmacher, L. (2012). Condutas baseadas em evidências sobre medicamentos utilizados em atenção primária à saúde. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Uso racional de medicamentos: temas selecionados / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)*. Recuperado em 18 de fevereiro de 2014, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso_racional_medicamentos_temas_selecionados.pdf

Winnicott, D. W. (1949). A mente e sua relação com o psicossoma. In Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 332-346). (D. L. Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago Ed.

Winnicott, D. W. (1952). Psicoses e cuidados maternos. In Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 305-315). (D. L. Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago Ed.

Winnicott, D. W. (1959-1964). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 114-127). (I. C. S. Ortiz, trad.). Porto Alegre, Artes Médicas.

Winnicott, D. W. (1960). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 38-54). (I. C. S. Ortiz, trad.). Porto Alegre, Artes Médicas.

Winnicott, D. W. (1962a). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 55-61). (I. C. S. Ortiz, trad.). Porto Alegre, Artes Médicas.

Winnicott, D. W. (1962b). Provisão para a criança na saúde e na crise. In Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 62-69). (I. C. S. Ortiz, trad.). Porto Alegre, Artes Médicas.

Winnicott, D. W. (1962c). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação:*

estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional (pp. 79-87). (I. C. S. Ortiz, trad.). Porto Alegre, Artes Médicas.

Winnicott, D. W. (1963). Os doentes mentais na prática clínica. In Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 196-206). (I. C. S. Ortiz, trad.). Porto Alegre, Artes Médicas.

Winnicott, D. W. (1975a). O brincar: uma exposição teórica. In Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade* (pp.59-77). (J. O. de A. Abreu & V. Nobre, trad.). Rio de Janeiro, Imago Ed.

Winnicott, D. W. (1975b). A criatividade e suas origens. In Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade* (pp.95-120). (J. O. de A. Abreu & V. Nobre, trad.). Rio de Janeiro, Imago Ed.

Winnicott, D. W. (1990a). O psicossoma e a mente. In Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana* (pp.29-32). (D. L. Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago Ed.

Winnicott, D. W. (1990b). A doença. In Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana* (pp.33-36). (D. L. Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago Ed.

Winnicott, D. W. (1990c). O conceito de saúde a partir da teoria dos instintos. In Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana* (pp.69-83). (D. L. Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago Ed.

Winnicott, D. W. (1990d). Integração. In Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana* (pp.136-142). (D. L. Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago Ed.

Winnicott, D. W. (1990e). Caos. In Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana* (pp.157-160). (D. L. Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago Ed.

Winter, C. A. F. C. (2008). *Para tudo tem remédio*. III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e IX Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental. Recuperado em 28 de abril de 2013, de http://en.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/iii_congresso/mesas_redondas/pra_tudo_tem_remedio.pdf

Programa de atendimento e pesquisa ao primeiro episódio psicótico. (2012). Recuperado em 2 de outubro de 2013 <http://www.unifesp.br/dpsiq/novo/d/pep/tratamentos/>

Tratamentos psiquiátricos passam por processo de humanização (2013). Recuperado em 05 de dezembro de 2013, de <http://redeglobo.globo.com/globouniversidade/noticia/2013/06/tratamentos-psi-quiatricos-passam-por-processo-de-humanizacao.html>