Instituto Vox de Pesquisa e Formação em Psicanálise

NÃO HAVERÁ PSIQUIATRIA SEM PSICANÁLISE

Mauro Mendes Dias – mauro.m.dias@uol.com.br

Resumo: Partindo da singular inversão ao esperado no título, porém conforme previsto por Freud em 1917,e sem a pretensão de esgotar um problema, utilizando uma figura de autoridade, o artigo parte da tendência avassaladora a se conceber a clínica psicanalítica por meio dos significantes da psiquiatria. Os conceitos de transtornos, distúrbios, ou mesmo os de humor não mantêm nenhuma proximidade com os significantes da Psicanálise, podendo até mesmo ser considerados como sua negação sistemática. Retificações são propostas à utilização da experiência da clínica psiquiátrica valorizada pelo próprio Lacan.

Palavras-chave: inconsciente; nomeação; psicanálise; psiquiatria.

São Paulo
2023

Instituto Vox de Pesquisa e Formação em Psicanálise



THERE WILL BE NO PSYCHIATRY WITHOUT PSYCHOANALYSIS

Mauro Mendes Dias – mauro.m.dias@uol.com.br

Abstract: Starting from the singular inversion to what is expected in the title, but foreseen by Freud in 1917, and with no intention of exhausting a problem by using an authority figure, the article starts from the overwhelming tendency to conceive the psychoanalytic clinic through the signifiers of psychiatry. The concepts of disorders, disturbances or even of moods maintain no proximity to the signifiers of Psychoanalysis and can even be deemed as their systematic negation. Rectifications are proposed to use the experience of the psychiatric clinic valued by Lacan himself.

Keywords: nomination; psychoanalysis; psychiatry; unconscious.

São Paulo
2023

Não haverá psiquiatria sem psicanálise

Introdução

Começo por assinalar a singular inversão efetuada no título. Afinal, diante dos incontáveis recursos que a Psicofarmacologia coloca à disposição para os tratamentos, não se trataria exatamente do contrário?

Perguntamos ainda: sustentar uma afirmação como essa, na qual o futuro se encontra anunciado sob a condição da não sobrevivência de uma das partes, não seria a prova extrema de um gesto de recusa que, de fato, revela o obscurantismo que alimenta aignorância em relação aos benefícios da ciência? Esse é um argumento fértil, na medida em que serviria para comprovar que a Psicanálise não é nada além de uma nova religião. Contudo, não foi essa a posição esboçada por Freud quando, em 1917, adverte:

> É de se esperar que, em um futuro não muito distante, perceber- se-á que uma psiquiatria cientificamente fundamentada não será possível sem um sólido conhecimento dos processos inconscientes profundos da vida mental (Freud [1917] 1996), p. 262).

É certo que invocar o nome de Freud, assim como citar um texto de sua autoria, somente reafirma o ordenamento do título a uma tradição/filiação. Essa condição não se confunde com a pretensão de esgotar um problema, utilizando uma figura de autoridade. Por isso mesmo, nesse caso, a tradição deve ser situada segundo a condição de verdade que os textos do fundador da Psicanálise mantêm viva, enquanto a filiação implica a operação de redizer uma experiência, a partir da qual um psicanalista repassa o sentido de suas descobertas.

Evocar um texto de Freud, a título de condensar o que nele se pode recolher da verdade, exige situar os elementos que fundamentam. Trata-se, portanto, da distinção, da eficácia e da determinação da Psiquiatria pela Psicanálise. Ocasião em que se faz escutar um convite piedoso que adverte que se usem argumentos de prudência. Afinal, não é verdade que uma das figuras emblemáticas de nossa época se anuncia como exemplo de abertura e como portador do ideal de inclusão das descobertas da Psicanálise pela Psiquiatria? A perpetuidade desta última é sustentada pelo gesto nobre de se valer das contribuições de outros campos, dentre eles a Psicanálise. Se tal posição tem o mérito de manter os ouvidos abertos, no entanto, não é verdade que isso possa produzir qualquer tipo de afetação pela escuta do que vem deles. Ao contrário, em conformidade com o que se anuncia, introduzir uma compreensão psicanalítica da sintomatologia psiquiátrica permite, ao mesmo tempo, "não ignorar a revolução psicanalítica"

(MALEVAL 1980/2005, p.12), reduzindo-a a uma cosmetologia.

Se, em 1917, a relação da Psiquiatria com a Psicanálise foi apresentada por Freud através da relação da Anatomia com a Histologia, hoje o que se constata é que não apenas se reduziram ao extremo as iniciativas de problematizar essa questão, como também se pode reconhecer a invasão, na Psicanálise, de termos e da forma de conceberos tipos clínicos utilizados pela Psiquiatria. Por acaso, não se recolhem da boca de psicanalistas expressões tais como 'síndrome do pânico', ´transtorno bipolar', '*déficit* de atenção´, 'depressão endógena´ e outras mais?

Tudo se passa como se se tratasse de uma mesma clínica, em que só se altera a maneira de explicar. Se não existe mais tanto interesse em se interrogar o tipo de relação vigente entre a Psiquiatria e a Psicanálise, não é apenas porque não há mais qualquer possibilidade de diálogo entre elas, devido à dominância expressiva da Psiquiatria biológica. Mais do que isso, é preciso reconhecer o avanço de uma tendência avassaladora, no sentido de conceber a clínica psicanalítica por meio dos significantes da Psiquiatria. Essa condição se torna tão mais problemática quando se supõe que a utilização dos termos psicanalíticos para situar a posição subjetiva de um sujeito elimina a alienação que aqui se insiste em articular.

Sabe-se que, historicamente, a clínica psicanalítica é tributária da clínica psiquiátrica e se vale das mesmas nomeações que advêm desta última. Contudo, desde o início da descoberta freudiana, as leis de funcionamento do inconsciente anunciadas em A *interpretação dos sonhos* (1900) vão levar Freud a retomar e a redizer a dinâmica de entendimento da neurose, da psicose e da perversão. A começar pelo fato de que o avanço de tais elaborações será circunscrito ao binômio Édipo-castração, enquanto experiência estruturante das diferentes posições subjetivas do ser falante, na dialética do desejo.

Parte-se aqui do principio de que a importação dos conceitos psiquiátricos não foi sem consequências para o fundador da Psicanálise. Isso porque, em se tratando do campo das psicoses, por exemplo, Freud foi levado a integrar a paranoia no conjunto das neuroses, seguindo a tradição psiquiátrica de sua época.

Mesmo que tal posição lhe tenha permitido alinhar-se com a contracorrente da tendência organicista dominante, por influência do *Tratado de Kraepelin* (1827-1883), de fato, o isolamento de uma estrutura para as psicoses, distintas daquela das neuroses, só vai surgir em 1924, nos textos *Neurose e psicose* e *A perda da realidade na neurose e na psicose*. Por outro lado, é verdade também que Freud se viu levado a fazer derivar o quadro da loucura histérica para o campo das esquizofrenias, continuando a promover, até os dias de hoje, uma dificuldade de diferenciação entre o delírio histérico e o delírio dissociativo. Em outras palavras, trata-se da dificuldade de distinguir um delírio, que tem sua origem na "perturbação da relação com a

imagem especular" (MALEVAL 1980/2005, p.31), de um outro, que implica a "deriva metonímica da cadeia significante suscitada por um vazio que ela não pode dizer" (p. 24).

Tal distinção é correlativa da possibilidade de uma abordagem diferenciada, no que diz respeito à condução dos tratamentos. Isso porque é verdade também que o que importa considerar é uma diferença que se estabelece entre o que é possível de ser ligado com os significantes latentes e uma outra condição, na qual se trata de constatar a não remissão a uma outra significação.

Quando se afirmar a semelhança das manifestações da histeria e as da psicose, tal afirmação se sustenta na condição delirante a que ambas são suscetíveis, ainda que a causa do delírio e a forma de sua abordagem no tratamento não sejam as mesmas. Contudo, quando se reconhece a foraclusão fundante, que é operatória – em termos de eficácia – no discurso da ciência, depreende-se que aquilo que passa a interessar é que o sujeito em questão delira, ou seja, ele se encontra numa condição perturbada na relação com a realidade. Entenda-se que essa perturbação implica uma adulteração da consciência em termos do julgamento, da atenção e da memória.

Nesse sentido, se não há privilégio da dimensão do sujeito do inconsciente que permitiria distinguir entre o que é assimilável simbolicamente e aquilo que retorna pelo real, não há como não se tender a incluir tais manifestações do campo das psicoses. Em vez disso, de fato, trata-se de investigar até que ponto um determinado sujeito tem condições de se manter em uma zona de relações que é co-extensiva ao discurso comum, sendo capaz de sustentar um equilíbrio em termos do funcionamento do aparelhosenso-perceptivo e do humor.

Se se pode admitir que uma não diferenciação da posição do sujeito pelo inconsciente possa levar à sua inclusão no campo dos distúrbios e dos transtornos, é verdade que tal aceitação se sustenta num campo, o da Psiquiatria, que se funda e se mantém pela exclusão desse mesmo sujeito. Diferentemente do que se tende a esperar, tal admissão não tem outro objetivo que não seja o de evidenciar os limites que são responsáveis por concepções quanto à casualidade, assim como quanto a intervenções distintas. Em relação a esse ponto, vale lembrar que, quer tomemos o conceito de transtornos, o de distúrbios, ou mesmo o de humor, estes não mantêm nenhuma proximidade com os significantes da Psicanálise, podendo até mesmo ser considerados como sua negação sistemática.

Alega-se sempre, e com uma frequência que não deixa de nos surpreender, que a utilização da experiência da clínica psiquiátrica foi valorizada pelo próprio Lacan em diferentes momentos de seus ensinamentos. Sobre esses aspectos, ao menos três retificações se fazem necessárias.

A primeira se refere à diferença, extraordinária para um observador, entre a tradição da clínica psiquiátrica a que Lacan se refere e a clínica psiquiátrica de hoje. Sem entrar em mais detalhamentos, basta lembrarmos que o conceito de cérebro, tal como adotado hoje na Psiquiatria, não mantém qualquer parentesco com a concepção que se tinha dele na época clássica. Além disso, todo um conjunto de ciências e técnicas vieram a se ligar com a Psiquiatria, em virtude de suas pesquisas sobre a atividade cerebral, passando da Cibernética à Neurologia, das neuroimagens à Bioquímica cerebral, da Genética à Neurocirurgia, assim como à Psicofarmacologia, para citar as mais atuais.

Em segundo lugar, tende-se a perder de vista o tipo de apropriação feita por Lacan da herança da Psiquiatria clássica para a Psicanálise. Um retorno a seu comentário sobre a definição kraepeliniana de paranoia no *Tratado*, realizado no dia 23 de novembro de 1955, na segunda lição de O *Seminário, livro 3, As psicoses*, merece ser lembrado. Ele inicia com uma citação do mestre alemão, em que se lê:

> A paranoia se distingue dos outros, porque ela se caracteriza pelo desenvolvimento insidioso de causas internas, e, segundo uma devolução contínua, de um sistema delirante, durável e impossível de ser abalado, e que se instala com uma conservação completa da clareza e da ordem no pensamento, no querer e naação (LACAN [1955-1956/1985, p.26).

Em seguida, Lacan comenta: “Essa definição, que se deve à pena de um clínico eminente, tem isto de notável: ela contradiz ponto por ponto todos os dados da clínica. Nada nela é verdadeiro.” (p.26)

Quando se perde de vista que o recurso utilizado por Lacan junto à Psiquiatria clássica tem como objetivo situar uma clínica do imaginário, baseada no rigor das descrições, passa despercebido que tal estratégia tem como finalidade poder destacar as estruturas freudianas que, por sua vez, vão permitir recortar o lugar do sujeito pela Psicanálise. Essa operação se encontra em curso nos primeiros momentos de sua obra, através do trabalho de revelação dos fundamentos simbólicos da experiência psicanalítica.

Em terceiro lugar, pode-se conjecturar que há um distanciamento que se faz notar em relação à presença da Psiquiatria clássica, tanto no que ela passa a constar sob o título de discurso da ciência e, consequentemente, pela operação de foraclusão do sujeito que a determina na relação com os outros discursos, quanto pelo avanço que Lacan faz vigorarem sua obra, a partir da invenção do objeto *a* em 1962-1963, bem como pela introdução do nó borromeano em 1971-1972.

Tudo isso irá determinar uma Outra articulação da clínica psicanalítica: com efeito, se

em 1955 há um trabalho de destacamento da estrutura simbólica do imaginário, através da paranoia, *Tratado de Kraepelin*, mais adiante, em 1974/1975, sua definição de paranoia vai se encontrar referida inteiramente ao conjunto de suas próprias elaborações. É o que podemos recolher na lição do dia 8 de abril de 1975, no *Seminário RSI*, em que Lacan afirma: "A paranoia é um grude imaginário. É a voz que sonoriza o olhar que se faz prevalente, é um caso congelamento do desejo"[1] (Lacan 1974-1975, p.57).

No tocante à articulação da psicose paranoica pelo nó borromeano, encontramos a seguinte elaboração realizada na lição do dia 16 de dezembro de 1975, em *O Seminário, livro 23, O Sinthoma*:

> Na medida em que um sujeito enoda a três o imaginário, o simbólico e o real, ele é suportado apenas pela continuidade deles.O imaginário, o simbólico e o real são uma única e mesma consistência, e é nisso que consiste a psicose paranoica (LACAN, 1975-1976, 2007, p.52).

Não nos parece que as citações indicadas anteriormente possam encontrar alguma aproximação com a questão das psicoses, tal como mantidas pela tradição psiquiátrica. Pode-se ainda objetar que as apresentações de pacientes, realizadas por Lacan até poucos meses antes de seu falecimento, reafirmam uma herança psiquiátrica da qual ele não se desfez e que, por sua vez, se conectam com a Psiquiatria clássica, na qual elas tiveram origem. A nosso ver, tal suposição carece de uma distinção entre as apresentações de pacientes na Psicanálise e na Psiquiatria.

De forma sumária, pode-se afirmar que a apresentação de pacientes se insere no quadro da invenção da clínica psicanalítica, inscrevendo em Outro lugar, o do hospital psiquiátrico, a função do psicanalista, a do paciente, assim como a do público em sua função de terceiro, enquanto lugar em que a verdade se faz escutar de maneira retroativa, ao término das apresentações.

Se se pode reconhecer que há novamente em curso, na Psicanálise, um movimento de psicanalistas, no sentido de se valerem dos significantes da Psiquiatria, tal constatação não haverá de ser reduzida, como é feito habitualmente, a identificar nessa tendência uma aproximação no entendimento de questões, residindo a diferença apenas na maneira de nomear. A mudança de nomeação implica uma mudança do objeto a ser abordado. Como nos adverte Jean-Claude Maleval (1980/2005):

---

[1] La paranoïa, c'est pas ça, la paranoïa, c'est un engluement imaginaire .C'est la voix qui sonorise, le regard qui devient prevalente,cést um affaire de congélation dún désir (...)". p. 69. Lacan, Jacques. R.S.I. (1974-75), Leçon 9, 08 Avril 1975. " http://staferla.free.fr/S22/S22%20R.S.I..pdf

> Como é possível que dois enfoques tão diferentes entre si como o da Psiquiatria e o da Psicanálise possam utilizar uma mesma clínica? O exame atento das manifestações do inconsciente no discurso conduziria aos mesmos quadros nosológicos elaborados nos princípios do século por Kraepelin, que considerava que não conhecer o idioma do enfermo constituía, em "medicina mental", uma condição excelente para a observação? Devemos continuar em estado de admiração diante da Revelação Kraepeliniana? Ou tomar nota da insuficiência da investigação psicanalítica? (p.11, tradução nossa).

Pelo exposto até o presente, seria mais acertado afirmar que não haverá Psicanálise sem Psiquiatria, invertendo o titulo do texto, mas desde que se admita que tal inversão não é apenas tributária de uma história de filiação que consta nas origens desse novo campo. Também se trata de poder reconhecer que essa vinculação indissociável a uma história é tributária de um fantasma, fantasma esse que cumpre a função de deixar reservado aos cânones da História da Psiquiatria, assim como a seus contemporâneos, a preservação de uma identidade cientifica da qual se padece. Encontra-se aí um dos pontosde recobrimento para a angústia que se faz presente na não identidade do psicanalista.

Se o Vazio que habita o lugar do psicanalista puder ser colocado em operação pelo desejo que anima sua *práxis*, aí, sim, haverá condição de se cultivar um tipo de relação com a Psiquiatria, no qual o que se passa a importar é a indicação prevalente da dinâmica do desejo e da economia de gozo, como elementos necessários a serem levados em consideração quando se pretende realizar a retomada e a renovação de uma experiência. Nesses termos, a aproximação da Psiquiatria com a Psicanálise não tenderá a continuar se perdendo em acusações mútuas responsáveis pelo despertar das paixões indômitas de reconhecimento. Mais do que isso, tratar-se-á de poder contabilizar a foraclusão do sujeito, responsável pela ilusão da eficácia terapêutica; na verdade, de poder cobrar seu preço no mesmo lugar em que se pretende que a conquista se tenha concluído. Se hoje podemos falar de uma Psiquiatria biológica é mesmo porque já não é mais apenas a Psiquiatria que está em jogo, mas também diferentes campos da ciência que a ela vêm se superpor. O que se dá a ver é uma identidade psiquiátrica, lá onde se reúnem diferentes tecidos que compõem uma colcha de retalhos, carente de identidade e de concordância entre as partes.

Se, no percurso da análise de um psicanalista, se supõe que o advento de um desejo inédito possam ser encontrados lugar e função, isso se sustenta na condição de poder redizer os significantes que marcaram sua origem, permitindo modificar sua relação com a causa do desejo. Não é também de um redizer que se trata, ao se retomar o que se encontra em jogo na relação entre Psiquiatria e a Psicanálise? Em caso afirmativo, o surgimento da invocação "Não haverá Psiquiatria sem Psicanálise" participa de uma renovação necessária da causa do desejo, não

apenas para manter reafirmado o voto de Freud em 1917, mas também para fazer vigorar o compromisso com a perpetuidade do desejo, através da invenção de uma relação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FREUD, S. (1924). A perda da realidade na neurose e na psicose. In: _____. **Edição** Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2007. v. III.PSICOSE https://psiquiatriabh.com.br/wp-content/uploads/2015/01/Perda-da-realidade-na-neurose-e-psicose.pdf

_____. (1924). Neurose e psicose. In: ____. **Obras completas,** volume 16, O ego e o Id, "autobiografia" e outros textos (1923-1925). Tred: P. C. Coelho, vol. 16, pp. 158-164). São Paulo: Companhia das Letras, 2011. Disponível em: https://joaocamillopenna.files.wordpress.com/2013/10/freud-obras-completas-vol-16-1923-1925.pdf

_____. (1917). Psicanálise e Psiquiatria. Conferência XVI. In: Conferências introdutórias sobre Psicanálise. **Edição** Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, vol. XVI,1996, pp. 251-263.

KRAEPELIN, E. (1827-1883). **Compendium der Psychiatrie**. Leipzig: Abel. Traduzido inicialmente para o português e publicado pela primeira vez em 1905, na revista Arquivos brasileiros de psiquiatria, neurologia e ciências afins.

LACAN, J.(1975-1976). **O seminário, livro 23: o sinthoma**. Trad: Sérgio Lima. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

_____. (1974-1975). **R.S.I. Lição de 8 de abril de 1975.** Disponível em: https://clinicand.com/wp-content/uploads/2020/06/22-Jacques-Lacan-O-semin%C3%A1rio-Livro-22-RSI.pdf.

_____. (1971-1972). ...**Ou pior. Seminário XIX**. Salvador: Espaço Moebius. Publicação não comercial.

_____. (1962-1963). **O Seminário, livro 10: a angústia**. Trad: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

_____. (1955-1956). **O Seminário: livro 3: as psicoses.** Trad: AluisioMenezes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

.

MALEVAL, J-C. (1980). Prólogo. Deíirio histérico no es delírio dissociado. In: _____. **Locuras histéricas ypsicosis dissociativas**. Buenos Aires: Padois, 2005, pp.17-59. Disponível em: Convert JPG to PDF online - convert-jpg-to-pdf.net (wordpress.com)

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

DIAS, M. M. (2009a). Clínica do psicanalista e apresentação de pacientes. Seminário**. Escola de Psicanálise de Campinas**, 2009. inédito.

_____ (2009b). A escola da psicose. **Revista Literal** nº 12. Escola de Psicanálise de Campinas.

_____(2009c). **Seminário em curso: "Fundamentos da clínica do psicanalista, pelas psicoses"**. A partir de julho de 2009, Centro Clínico Pinheiros, SP.

_____. A voz na experiência psicanalítica. **III Jornada Seminário Fundamentos da clínica do psicanalista pelas psicos**es. São Paulo: Zagodoni, 2015

PORGE, E. A apresentação de doentes. **P u l s i o n a l**: **Boletim de Novidades**, n.87, ano IX.

_____. **Jacques Lacan, um psicanalista: p**ercurso de um ensino. Trad: Claudia Thereza de Lemos, Nina Virginia de Araújo Leite e Viviane Veras. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006.

_____. La presentacion de enfermos: uma clínica de la presentacion. In:_____. **Transmitir la clínica psicoanalitica**. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visio, 2007, pp. 201-213. Disponível em: https://toaz.info/doc-view-2