

HABEMUS CAMMINUS? ARTICULAÇÕES ENTRE PSIQUIATRIA CONTEMPORÂNEA E PSICANÁLISE

Breno Freitas Burgardt¹
Luís Henrique Ramalho Pereira²

RESUMO: A demanda que se propõe na atualidade trabalha com um apelo cada vez mais veemente em relação a resultados e descobertas em nome da ciência. Tais exigências se estendem às relações e ao que diz respeito ao humano que é capitaneado pelo DSM-IV e legitimado pela psiquiatria contemporânea, reduzindo o que é do sujeito, em padrões comportamentais e eixos classificatórios psicopatológicos. O presente artigo se estabelece em uma pesquisa exploratória na forma de uma revisão bibliográfica em livros e artigos científicos, estabelecendo-se com o objetivo de investigar a influência na clínica contemporânea e na saúde mental, do DSM-IV, que é amparado por critérios diagnósticos, bem como, pelas classificações nosográficas. Este estudo visa a uma discussão que envolva a relação do DSM-IV e uma visão empirista que conduz à construção dos critérios diagnósticos, oferecendo, através da psicanálise, uma via de discussão em que se coloca o sujeito do inconsciente e a linguagem acima dos manuais diagnósticos e do discurso científico. Busca-se possibilitar uma crítica a um modelo que preza pelos diagnósticos e não permite a abertura do sujeito a questionamentos e elementos que são constitutivos e intimamente unidos à condição de sujeito.

Palavras-chave: DSM; psiquiatria; psicanálise.

ABSTRACT: The demand that is proposed today works with an increasingly vehement appeal to results and discoveries in the name of science. Such demands extend to relationships and to the human being who is captained by DSM-IV and legitimated by contemporary psychiatry, reducing what is of the subject, in behavioral patterns and psychopathological classificatory axes, as a result by including the subject of the discursive field. This article is set out in an exploratory research in the form of a bibliographic review in scientific books and articles, established with the objective of investigating the influence in the contemporary clinic and mental health of the DSM-IV, which is supported by diagnostic criteria, as well as by the nosographic classifications. This study aims at a discussion that involves the relationship of the DSM-IV and an empiricist view that leads to the construction of the diagnostic criteria, offering, through psychoanalysis, a way of discussion in which the subject of the unconscious and language above the manuals Diagnostics and scientific discourse. It seeks to enable a critique of a model that values the diagnoses and does not allow the subject to open to questions and elements that are constitutive and closely linked to the condition of subject.

Key words: DSM; psychiatry; psychoanalysis.

¹ Graduado em Psicologia pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Pós-Graduando em Gestão de Organização Pública em Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria-RS (UFSM). Email: bburgardt@hotmail.com

² Mestre em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria-RS (UFSM). Email: luishp7@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O que se coloca na atualidade é uma busca frenética por respostas em um curto espaço de tempo, com isso, há um apelo cada vez mais veemente a uma decifração de tudo que é oculto e incompreensível. Nessa lógica capitalista atual, o que rege a “*sociedade é o que chamamos American way of life determinado pela sentença do Time is money (tempo é dinheiro)*” (QUINET, 2007, p.74), implantando uma influência que embasa a necessidade de estabelecer uma via que seja comum e acessível a todos. Os manuais de diagnósticos, juntamente com a psiquiatria contemporânea, oferecem “*doses*” generosas de possibilidades que figuram como uma aclamação de um caminho a seguir para se chegar ao topo da excelência que cada um deseja. A interrogação “*habemus camminus*” contrasta com um questionar em relação a este caminho. Será que há um caminho? Que caminho é este? Será que ele leva mesmo onde se quer? Ou melhor, que saber é esse amparado pelos manuais diagnósticos e pela psiquiatria que mostra tendências, comparando-se a um guia que dá a direção a um povo?

A clínica psicanalítica contemporânea se vê marcada por uma demanda por parte da sociedade que exige respostas imediatas, perpétuas e bem definidas dos psicoterapeutas e da psicologia. De um modo mais geral, a sociedade contemporânea vem sendo marcadamente inscrita por um sujeito abreviado, ou melhor, o campo discursivo. A primazia do antídoto, do operacional e da eficiência produz seus contornos mais claros na psiquiatria contemporânea. Alicerçando-se nos manuais diagnósticos, a psiquiatria contemporânea encontra a possibilidade de uma categorização científica para o avanço de seu próprio discurso de ciência, partindo dos avanços rápidos da tecnologia que fabricam uma fascinação sobre nós mesmos, sobre o que chamamos homem. A psiquiatria traz em si uma sensação de força sem fim na superação dos limites e também no apogeu de uma eficácia imaginária que compreende uma completude e também a extração do sintoma como uma tentativa de erradicação do mal-estar que é próprio do sujeito (BETTS, 2006).

A multiplicação dos quadros nosográficos amparados na psiquiatria e as técnicas cognitivo-comportamentais por via do DSM demonstram uma tendência de abordagem

psicoterápica implicada em uma visão instantânea e simplificada do sujeito. Tais considerações levam a uma procura de uma felicidade juntamente com um cessar de questionamentos e considerações que são inevitáveis a qualquer sujeito. Reflexo da influência baseada no cientificismo médico e mecanicista, a sociedade contemporânea busca, a cada dia, mais respostas e “receitas” para estancar seu sofrimento. Os quadros nosográficos do DSM resguardados nas neurociências, ênfases biologizantes e pesquisas que levam em conta respostas comportamentais dão o ritmo de uma tendência massiva de modo de vida. Em relação a tais considerações, a psicanálise não se opõe à psiquiatria e sim se opõe a qualquer discurso que suprima o sujeito e, portanto, que toque o campo do inconsciente (QUINET, 2001 apud KUPFER & VOLTOLINI, 2005). A psicanálise, em sua abordagem, oferece uma via clínica que coloca o sujeito em um ritmo diferenciado, levando à reflexão com uma ética distinta da contida no DSM. Isso proporciona ao sujeito uma possibilidade de questionamento sobre si, com sua subjetividade, com diferenças e conflitos que dizem significativamente o que é de si e de seu discurso.

Com tal artigo, pretende-se investigar a influência do DSM-IV na clínica contemporânea e sua ação no campo da saúde mental, hoje amparado pelos critérios diagnósticos, bem como pelas classificações nosográficas. Busca-se levantar uma discussão que envolva a relação entre o DSM e uma visão empírica que rege a construção dos critérios diagnósticos. É importante oferecer uma via de discussão que contraponha a visão empirista de clínica baseada em transtornos, síndromes e uma ênfase exacerbada em critérios biológicos. Tal via é trazida pela psicanálise, que oferece um discernimento distinto que não é baseado em uma operação positiva, restritiva, que organize em eixos classificatórios nos quais as bases são dadas por pesquisas que visam a uma padronização e a um cientificismo. Portanto, ao produzirmos um cerceamento frente ao pragmatismo do DSM, passamos a questionar a inclusão do sujeito de tais manuais, e, acima de tudo, ter certezas e verdades oriundas das insígnias psiquiátricas, biológicas e neurologizantes.

Alguns elementos, como o elevado número de pacientes sendo medicados, a rotulação em categoria diagnóstica e uma busca por resultados rápidos dão o tom de uma modernidade que preza por resultados aliados à rapidez, esquecendo um espaço que é

pertinente ao questionamento e à dúvida. Este é preenchido com medicação ou fontes didáticas que possam categorizar o sofrimento, colocando o sujeito à parte de suas próprias questões. Desse modo, uma abertura para a possibilidade de outra via através da linguagem e do sujeito do inconsciente se faz necessária para levar em consideração premissas que já estavam esquecidas havia tempo. Na trajetória que vai se construindo, o ver e escutar o sujeito com todas as suas dificuldades e seu sofrimento foi se apagando, sendo substituído pelos dados ordenados segundo uma classificação nosográfica que apaga o sujeito.

É desta maneira que se transporta o autismo para a esfera dos transtornos do desenvolvimento, é deste modo que os problemas deixam de ser problemas e se transformam em transtornos. Coloca-se como uma transformação epistemológica importante, e não uma simples modificação terminológica. Um problema é um elemento para ser interpretado, decifrado, resolvido; já um transtorno é algo para ser eliminado porque molesta. A nomenclatura das categorias representa a colocação do homem pela ordem do discurso como objeto sacrificial, objeto descartável, não havendo nada a ser perguntado: é um número ou um dado a se registrar, um elemento a mais ou a menos na estatística (JERUSALINSKY, 2011). O discurso psicanalítico, ao ser indagado por tal clínica, continua a se destacar por privilegiar um discurso centrado no sujeito. Invariavelmente no CID ou no DSM, embora existam critérios diagnósticos para cada categoria nosológica, não há preocupação em definir de modo preciso os sinais e sintomas ou explicar o seu reconhecimento na prática (CHENIAUX, 2005 apud COSTA, 2010, p.88).

O presente artigo será calcado em uma pesquisa exploratória na forma de uma revisão bibliográfica, em livros e artigos científicos, em autores contemporâneos e clássicos, que, de diversas formas, contribuíram no estudo da relação de cumplicidade entre a psiquiatria e os manuais diagnósticos. Há também a utilização de escritos psicanalíticos que trazem a psicanálise como uma via que foge ao “mecanicismo empírico”, dando a possibilidade de oferecer uma opção de expressão do sujeito do inconsciente. Em meio a uma realidade mecanicista que se estabelece na atualidade, este estudo passa por uma concepção de conceitos fundamentais, como o sujeito, a fantasia e o corpo. Observa-se

também a questão do DSM-IV como uma categorização do sofrimento em uma dita “anormalidade”, preocupando-se em tecer alguns diálogos que são de natureza do próprio DSM, finalizando com uma interrogação proposta pelo DSM como um caminho, ressaltando a importância ética da psicanálise, ou seja, uma ética em que o sujeito está colocado. Surge uma questão, um caminho de nossa indagação, algo que se apresenta como fundo fundamental. Qual a pregnância do DSM-IV no discurso do sujeito hoje? Essa indagação nos acompanhará por todo o desfiladeiro que pretendemos atravessar sobre os vales entre a psiquiatria contemporânea e a psicanálise.

DO SUJEITO, FANTASIA E CORPO.

Discorrer sobre alguns pressupostos básicos é essencial para a continuidade de um questionamento mais aprofundado voltado à questão do DSM e suas asserções. Foi escolhida a temática do sujeito e da fantasia, pois são elementos que, pelo que se constata, não possuem menção alguma no DSM-IV, sendo de extrema importância para uma discussão em relação ao tema dos diagnósticos nosográficos e para a compreensão da clínica psicanalítica. Segundo Elia (2007), ao tratar da questão do sujeito, é imprescindível abordar a relação do seu processo de constituição, uma vez que não há um desenvolvimento ou nascimento do sujeito. Este se constitui, a saber, no campo da linguagem, colocado em um sistema de representações, traços de memória, de signos de percepção que são organizados e condensados em deslocamento.

Com base em referências de ordem simbólica, há uma articulação sistemática de elementos materiais simbólicos, ou seja, a linguagem. O que o inconsciente freudiano exige em relação ao sujeito é uma base metodológica enfaticamente voltada a um corpo e ao simbólico. Conforme Elia (2007, p.14), a ciência moderna estabelece condições para a aparição real do sujeito, ao mesmo tempo em que não se ocupa dele, não operando com ele tampouco sobre ele. A ciência exclui o sujeito de seu campo operatório, ocorrendo que, ao mesmo tempo que constitui o campo operatório, supõe o sujeito. Este é suposto pela ciência para dela ser excluído, ou seja, excluído do campo em que opera a ciência. Em

relação ao sujeito de que se ocupa a psicanálise, aponta Jacques Lacan em seus Escritos (1966/1998, p.878):

Eis por que era importante promover, antes de mais nada, e como um fato a ser distinguido da questão de saber se a psicanálise é uma ciência (se seu campo é científico), exatamente o fato de que sua práxis não implica outro sujeito senão o da ciência (LACAN, 1998, p.878).

A psicanálise atua sobre um sujeito, acrescentando-se, ainda, que tal sujeito é o mesmo da ciência, apontando-se que a ciência não atua sobre o sujeito que é seu. A psicanálise atua sobre um sujeito e não sobre um indivíduo ou pessoa humana, tampouco sobre o corpo separado de sua ênfase constitutiva (ELIA, 2007, p.15). Assim como o sujeito, a fantasia é parte intrínseca das relações. Diferentemente de uma ênfase exacerbada em relação à realidade, a psicanálise dá um lugar de destaque ao que diz respeito à fantasia. Segundo Nasio (2007), o real é um perigo, é o sexo como um gozo inacessível ou proibido que atrai palavras, sintomas e fantasias. Os psicanalistas, quando verbalizam em relação ao real, não se referem ao real de um mundo físico, tampouco o real da ciência. O real para a psicanálise tem o atributo de ordem de representação que pode incluir o sexual, mas o mesmo real apresenta-se com sua faceta do impossível, uma repetição incessante que certamente produzirá efeitos no corpo do sujeito.

Segundo Laplanche & Pontalis (2001, p.169), a fantasia é estabelecida como um roteiro imaginário, no qual o sujeito é representado de um modo mais ou menos alterado por processos defensivos, ocorrendo a realização de um desejo ou desejo inconsciente. A fantasia se apresenta em uma relação íntima com o desejo, um termo que atesta tal relação é *wunschphantasie*, que é fantasia de desejo. Elementos como a entrada do sujeito na linguagem e a insatisfação fazem da fantasia uma base que representa de maneira significativa o sujeito. Fica estabelecida uma clara relação entre a pulsão, a fantasia e o sintoma (ELIA, 2007).

O que é a fantasia — que vai, em seu largo escopo, da fantasia inconsciente ao devaneio —, senão a manifestação mais palpável no psiquismo da

insatisfação inerente à própria pulsão sexual? A perda de gozo inerente à entrada do sujeito no mundo da linguagem, ou seja, na ordem simbólica, tem como corolário a entronização da fantasia como verdadeira “promessa de gozo” ao alcance do sujeito. É a ela que o sujeito recorre a cada vez que um obstáculo se erige em relação à satisfação pulsional. Como tais obstáculos são onipresentes, tem-se que a fantasia é também onipresente em sua função de produzir alguma homeostase psíquica e Freud manifestou repetidas vezes sua surpresa em relação à acentuada capacidade de fantasiar do neurótico. Há, assim, na neurose, certa genealogia que vai da pulsão ao sintoma, passando pela fantasia (JORGE, 2005, p.280).

A fantasia tem uma relação estreita com o desejo, caracterizando-se como um processo psíquico de extrema relevância ao sujeito, não podendo ser deixada de lado em troca de constatações comportamentais e biologizantes. Ao discorrer a respeito do corpo em psicanálise, é capital trazer em questão, juntamente com ele, o simbólico, pois o corpo coloca-se com a necessidade da presença do Outro. O Outro atua no corpo marcando, inscrevendo e “tatuando” faltas, buracos e também zonas erógenas, onde o real do corpo se perde, dando entrada a um corpo do desejo do Outro que configura a ordem simbólica própria do humano e necessária à subjetivação (LEVIN, 1995, p.217). A mestria ideal do saber se estabelece em um domínio do corpo. Tal domínio irá constituir-se desde o corpo biológico até o corpo social, político e psíquico. A humanidade estabelece conhecimentos e treinamentos visando dominar o corpo, pois a perda do controle do corpo causa pânico terríveis (COSTA, 2010, p. 90).

SOBRE O MANUAL DO “ANORMAL”

Foucault (1974-1975/2001), em seu curso no Collège de France, intitulado “Os Anormais”, abrange uma relação entre a loucura e o contexto judiciário. O autor faz um exame contemporâneo, mostrando a estreita relação entre os discursos médico e judiciário.

Em linhas gerais podemos dizer o seguinte: o exame contemporâneo substitui a exclusão recíproca entre o discurso médico e o discurso judiciário por um jogo que poderíamos chamar de jogo da dupla qualificação médica e judiciária. Essa prática, essa técnica da dupla

qualificação organiza o que poderíamos chamar de domínio da “perversidade”, uma noção curiosíssima que começa a aparecer na segunda metade do século XIX e que vai dominar todo o campo da dupla determinação e autorizar o aparecimento, no discurso dos peritos, e de peritos que são cientistas, de toda uma série de termos ou de elementos manifestamente caducos, ridículos ou pueris (FOUCAULT, 1974-1975/2001, p.40-41).

No DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Quarta Edição), acredita-se que a maior inovação não são as modificações no que diz respeito ao conteúdo, e, sim, o processo explícito e sistemático pelo qual foi desenvolvido e fundamentou-se. Essas alterações são mais do que meras nomenclaturas dos transtornos mentais, são um conjunto baseado em evidências empíricas (APA, 2002). O DSM traz uma praticidade que é incoerente com o que é do sujeito, ditando as normas do que deve ser feito ou não. Nos dias atuais, quem não conhece TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), TGD (Transtorno Global de Desenvolvimento) ou um TOC (Transtorno Obsessivo-Compulsivo)? Ninguém está isento de padecer de um transtorno alimentar, de sono, de adição ou um transtorno de comportamento sexual. A velocidade em que as pessoas são colocadas como anormais, muitas vezes de forma imprecisa, é proporcional à velocidade da expansão de domínio com que a psiquiatria contemporânea e a psicofarmacologia se estabelecem no mercado. Surpreende que a capacidade de curar tenha elevado em uma porcentagem considerável o número de “doentes mentais” (FENDRIK & JERUSALINSKY, 2011).

Segundo Bekerman (2010), o DSM não assume os elementos de sua própria inconsistência. Colocando-se em uma posição superficial, fazendo crer que determinada consistência pode ser alcançada através da evidência empírica, a medicina psiquiátrica fez sua escolha epistemológica desde o início. Como influência direta do empirismo voltado ao acesso do conhecimento, a medicina psiquiátrica faz da observação sua regra. Seguindo o entusiasmo com a objetividade científica de sua época, a psiquiatria escolhe o agrupamento nas categorias psicopatológicas como seu método de trabalho, de forma que somente o olhar pode discernir como semelhante ou diferente (PINTO, 2012). O fenômeno

bruto, concreto, colocar-se-ia de tal modo para a psiquiatria, que a realidade seria tangível; a observação empirista faria com que os princípios e as leis dessa realidade brotassem. Em seguida, ela é nomeada de forma precisa, de maneira que subsista cientificamente, para aperfeiçoar o controle da realidade em questão (PINTO, 2012).

De acordo com Pinto (2012), alicerçado em estudos estatísticos, O DSM-IV restabelece ou confirma uma divisão que não deve ser deixada de lado entre uma clínica da escuta e da observação – muito mais em relação a suas respectivas finalidades práticas. Um manual, como o citado, apresenta-se como uma ferramenta para chegar a um determinado critério em relação a suas categorias. O que é “esperado” é o agente que movimenta e alimenta os critérios de medição dos transtornos, o critério que tem o maior poder de decisão para avaliar o nível de gravidade dos comportamentos que estão agrupados em siglas (FENDRIK, 2011). Segundo Jerusalinsky (2002), atualmente, o sujeito vê no positivismo¹ um modo de se desresponsabilizar de seu sintoma e colocar que tudo o que ocorre é de uma ordem alheia a sua subjetividade, poupando-se da angústia de suportar a responsabilidade de admitir o que tem que fazer frente a isso, ocorrendo a dessubjetivação, ou seja, deixando de ser o que ele é. O discurso das neurociências oferece um rumo para o encaixe do sujeito na sociedade do espetáculo, que propõe uma demanda de culto à *performance* e a exigência da iniciativa individual (FORTES, 2012).

Conforme Roudinesco (2011), atualmente tem-se a crença de que tudo é do mecanismo cerebral, ao contrário de uma consideração em relação ao que o sujeito vive. No DSM, apenas os comportamentos são levados em consideração. O problema é: Qual o saber que diz sobre a loucura hoje? Se alguém checa três vezes a porta, é angustiado, logo, doente mental.

Não há uma preocupação em saber a que se reporta tal comportamento. Quem se preocupa em saber algo sobre o íntimo? O DSM, entre suas últimas versões, é caracterizado como um tratado behaviorista de patologização mental da vida privada, no

¹ De acordo com Schultz & Schultz (1991, p.43) o positivismo diz respeito a um sistema que se baseia de modo exclusivo em fatos objetivamente observáveis e indiscutíveis. Tudo que se referir a uma natureza especulativa, inferencial ou metafísica é rejeitado como ilusório.

qual todo comportamento “desviado” de uma dita “normalidade”, que é estabelecido em relação ao “esperado”, tem a oportunidade de ser definido e medicado como uma alteração da “ordem” (FENDRIK, 2011). Aspectos como a análise, o processo investigativo e o controle psiquiátrico são utilizados em uma tendência de deslocar o que o doente pensa para o que ele faz, do que ele é capaz de compreender para o que ele é capaz de cometer, do que ele pode querer conscientemente para a possibilidade de um comportamento involuntário (FOUCAULT, 1974-1975/2001, p.179).

O DSM EM CONSONÂNCIA COM A CULTURA HOJE?

Há um equívoco comum que se coloca em relação ao pensamento de que uma classificação de transtornos mentais classifica pessoas. O que na verdade ocorre é uma classificação de transtornos que as pessoas apresentam. Para tal motivo, o DSM-IV evita termos como “esquizofrênico” ou “alcoólico”, substituindo por expressões que são mais precisas, mas ainda incômodas, tais como “indivíduo com esquizofrenia” ou “indivíduo com dependência de álcool” (APA, 2002). Em relação à expressão “transtorno mental”, o DSM-IV, em sua introdução, deixa claro alguns elementos que são válidos para uma discussão que diga um pouco sobre o DSM-IV e a constituição dos critérios diagnósticos:

Embora esta obra se intitule Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, a expressão “transtorno mental” infelizmente sugere uma distinção entre transtornos “mentais” e transtornos “físicos”, um anacronismo reducionista do dualismo mente/corpo. Uma bibliografia rigorosa comprova a existência de muito de “físico” nos transtornos “mentais” e muito de “mental” nos transtornos “físicos”. O problema criado pela expressão transtornos “mentais” tem sido muito mais nítido que a solução e, infelizmente, a expressão persiste no título do DSM-IV, porque ainda não encontramos um substituto apropriado. Além disso, embora este manual ofereça uma classificação dos transtornos mentais, devemos admitir que nenhuma definição específica adequadamente os contornos precisos do conceito de “transtorno mental”. Como muitos outros conceitos da medicina e da ciência, este conceito não apresenta uma definição operacional que cubra todas as situações (APA, 2002, p.27).

Nas páginas iniciais do DSM-IV, encontra-se uma determinada parte destinada à apresentação de algumas advertências voltadas aos clínicos que utilizam o manual. Consta a finalidade do DSM de possibilitar a descrição das categorias diagnósticas com a intenção de que exista uma comunicação, um estudo e um tratamento de pessoas com diferentes transtornos mentais, por parte de clínicos e investigadores (APA, 2002).

HABEMUS CAMMINUS

O discurso em que se apoia o DSM, e conseqüentemente seus critérios diagnósticos, dá a impressão de um caminho no qual se pode seguir até uma dada estabilidade psíquica, “livre” de transtornos ou síndromes. Os termos “*habemus*” e “*camminus*” figuram como uma tentativa de encontro dessa propaganda em que se baseia o DSM, um “*temos caminho*” a que todos recorrem em busca de prazer e felicidades desmedidos, sem espaço e tempo para o sofrimento. A expressão “*temos caminho*” casa com a relação de caminho a seguir, quase sempre baseada nas neurociências, biologia, genética e nos comportamentos, tomando a rota da abordagem do DSM. Com base nas neurociências, a subjetividade é colocada como compreendida através dos processos neuroquímicos cerebrais. As tecnologias que produzem imagens do cérebro, aliadas à biologia molecular, constroem uma biologia da consciência. As revistas científicas cotidianamente apresentam descobertas sobre circuitos neuronais das emoções, tais como: o luto, a crença em Deus, a simpatia, entre outras descobertas. Em relação à técnica de imagem cerebral, tal procedimento leva à crença de que, ao visualizar a imagem, visualizamos a compreensão do sujeito em sua totalidade (FORTES, 2012).

Verifica-se, então, que a vida subjetiva não advém de processos internos de uma organização dos estímulos vindos diretamente do ambiente ou do interior do corpo. A vida subjetiva é vista como algo que vem à tona quando o indivíduo é arremessado em um mundo físico e simbólico, respondendo com descargas hormonais e linguísticas às obrigações que a vida impõe (BEZERRA JUNIOR, 2010). O modo como o homem se utiliza de suas questões de vida em busca de respostas é de grande importância para a

compreensão da busca por manuais diagnósticos que “falem” por ele na clínica, de modo que, quando o manual “fala”, não é necessário mais nada a ser dito. Sobre as intenções do homem em relação à vida, é colocado que:

Voltar-nos-emos, portanto, para uma questão menos ambiciosa, a que se refere àquilo que os próprios homens, por seu comportamento, mostram ser próprio e a intenção de suas vidas. O que pedem eles da vida e o que desejam nela realizar? A resposta mal pode provocar dúvidas. Esforçam-se para obter felicidade; querem ser felizes e assim permanecer. Essa empresa apresenta dois aspectos: uma meta positiva e outra negativa. Por um lado, visa à ausência de sofrimento e desprazer; por outro à experiência de intensos sentimentos de prazer. Em seu sentido mais restrito, a palavra “felicidade” só se relaciona a esses últimos. Em conformidade a essa dicotomia de objetivos, a atividade do homem se desenvolve em duas direções, segundo busque realizar - de modo geral ou mesmo exclusivamente - um ou outro desses objetivos (FREUD, 1930/1996, p. 84).

A respeito do discurso psiquiátrico, vê-se a necessidade de um não confrontar com um determinado mal-estar constitutivo que é próprio do sujeito, como é trazido por Freud em “*O mal-estar na civilização*” (1930), vendo-se vias mais cabíveis para a amenização, “*a vida, tal como a encontramos, é árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar as medidas paliativas*” (FREUD, 1930/1996, p.83). Conforme Birman (2012, p. 59), a modernidade e seus pressupostos são apontados pelo discurso freudiano como responsáveis pelo mal-estar subjetivo, sendo as perturbações psíquicas resultantes de interdições eróticas executadas pela modernidade para estabelecer a sua própria fundação. A crítica em relação à modernidade estaria no centro da relação entre o conceito de mal-estar e do discurso freudiano. Segundo Freud (1930/1996), as medidas paliativas são colocadas como um refúgio ao mundo externo, tendo um espaço valioso em relação a diversas culturas, mas que, ao mesmo tempo, impossibilitam a criação de novos meios para o questionamento do sofrimento humano:

O serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como um benefício, que

tanto indivíduos quanto povos lhes concederam um lugar permanente na economia de sua libido. Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois se sabe que, com o auxílio desse “amortecedor de preocupações”, é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar um refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade. Sabe-se igualmente que é exatamente essa propriedade dos intoxicantes que determina o seu próprio perigo e a sua capacidade de causar danos. São responsáveis em certas circunstâncias, pelo desperdício de uma grande quota de energia que poderia ser empregada para o aperfeiçoamento do destino humano (FREUD, 1930/1996, p.86).

Segundo Derrida (2005, p.44), a palavra remédio, diferentemente de “*droga*” ou “*medicina*”, coloca em evidência uma racionalidade transparente da ciência, de uma técnica e também de uma causalidade terapêutica, que leva a anular uma invocação de uma virtude mágica de dominação em relação aos efeitos surpreendentes de uma dinâmica de quem deseja manejá-la como mestre e súdito. Deve ser colocada a desconfiança que assola Platão diante do *phármakon*, mesmo com propósitos exclusivamente terapêuticos, mesmo sendo movido por boas intenções e havendo um teor de eficácia, de forma que o *phármakon* jamais pode ser simplesmente benéfico. A desconfiança platônica é amparada por duas razões distintas. A primeira vai ao encontro da realidade em que a essência ou virtude benéfica do *phármakon* não o exclui da possibilidade de ser doloroso. A segunda é relacionada ao *phármakon* como nocivo devido a sua artificialidade em relação à naturalidade da vida (DERRIDA, 2005, p.46-47).

As intervenções farmacológicas, juntamente com psicoterapias voltadas a respostas e treinamentos, em muitos casos, propõem uma abreviação da possibilidade de uma condição de um sujeito passível de narrar argumentos que fazem parte do que diz de si, tornando-o um sujeito narrado por condições impostas por um discurso de resolução. A experiência de narração demonstra-se em extinção, são raros aqueles que atualmente sabem narrar. É como se gradualmente fôssemos perdendo a possibilidade de uma troca de experiências, que pareciam inalienáveis. A informação coloca-se como um empecilho para a narrativa, pois esta informação vem acompanhada de explicações que encerram a

oportunidade de um expressar narrativo. A arte em que consiste a capacidade narrativa advém de evitar explicações (BENJAMIN, 1987). De acordo com Bezerra Junior (2010), a atividade neuronal aparece como uma condição fundamental, mas não suficiente para determinar o que é experiência, pois, além das funções mentais que ela torna existentes, o que advém da ação livre no mundo encontra-se na função subjetiva, que é estabelecida pela linguagem. Isso dá origem à imprevisibilidade do sujeito, configurando uma irreduzibilidade das experiências até as causas que lhe originam.

Segundo Benjamin (1987), os narradores recorrem à experiência passada de pessoa a pessoa como fonte, de modo que, das narrativas escritas, as mais interessantes são aquelas que menos se distinguem das narrativas orais que são contadas por meio de narradores anônimos.

O narrador não se encontra presente em uma realidade viva entre nós, ele está figurado em uma incógnita perceptível de uma observação de determinado ângulo e a uma distância apropriada, a experiência cotidiana que impõe a distância e o ângulo de observação. O sujeito surge e passa a obter um lugar no mundo através de narrativas que estruturam sua vida. A narrativa proporciona a experiência do eu, possibilitando uma consistência imaginária ao eu. Permite ao sujeito responder ao questionamento *quem sou eu*, derivado através de uma ficção, isto é, de uma narrativa que constrói sua história (RAMALHO, 2006, p.25). Coloca-se uma fragilização atual dos referenciais simbólicos em troca de uma autossuficiência que permitiria ao sujeito construir seu destino por si próprio:

Entretanto, este fazer-se por si mesmo – próprio do individualismo moderno – que alude à total auto-suficiência, é, na verdade, uma ilusão, pois o sujeito não parte do nada. A história, o romance, que ele constrói para si, parte justamente dos significantes de sua história, de suas determinações simbólicas (mesmo que recalçadas). Ou seja, a sua história já lhe era contada mesmo antes de ele existir, nas falas que o antecederam, nas expectativas dos seus pais em relação a ele, na escolha de seu nome, enfim, no desejo ou no não-desejo de seus pais ou daqueles que com ele se ocuparam (RAMALHO, 2006, p.27).

Conforme Jerusalinsky e Fendrik (2011), no modelo que se apresenta atualmente, o saber é substituído pela informação, à falta por uma completude, o buscar de uma resposta por um “já”, o singular do diferente por uma repetição do que é idêntico, o mistério do passado e do futuro pela certeza da garantia do presente. Para Fendrik (2011), como bons conhecedores empiristas do poder de sugestão que há em meio às palavras, a recente geração de psiquiatras, que possuem extensa influência do cognitivismo e do behaviorismo, tenta eliminar a palavra dada ao paciente através da psicanálise, ficando expressa a palavra como o obstáculo para o que se diz transtorno psiquiátrico. O discurso cientificista traz em sua rede uma série de contrastes e deduções, buscando a primazia do diagnóstico, tendo como referências somente o real do corpo que é impossível através do que é permitido por intermédio de suas próprias argumentações.

A consistência de seus limites é dada pelo seu próprio aparelho discursivo, como é visto através do viés analítico, quando o real se reduz a um corpo sem inscrição simbólica, encerrado nele mesmo e fechado de sentido (DOS SANTOS & SANTIAGO, 2010). Segundo Freud (1926/1996, p.95), um sintoma é caracterizado como um sinal que é substituto derivado de uma satisfação instintual que estava em estado de repouso, sendo um produto do processo de repressão. O sintoma propõe-se como parte do sujeito, não podendo ser separado deste. De tal modo *“não deve ser dissociado do sujeito, algo que deve ser modificado, mas não arrancado do sujeito, por ser fundamental em sua estrutura”* (OCARIZ, 2003 apud MAIA, MEDEIROS & FONTES, 2012).

Diferentemente da expressão do sintoma como algo a ser extinto e banido, caracterizado como um *“comportamento anormal”*, advindo de um transtorno ou síndrome, Freud (1926/1996, p.98) afirma que um sintoma chega após um impulso instintual afetado pela repressão. Se o Eu, fazendo uso do desprazer, conseguir suprimir inteiramente o impulso instintual, nada se pode saber sobre este impulso, podendo-se saber algo a respeito, somente quando, em menor ou maior grau, a repressão vem a falhar. Nesse caso, o campo pulsional encontra um substitutivo apesar da repressão. De tal maneira, quando o substitutivo é levado à satisfação, não se caracteriza por prazer, e, sim, por compulsão. Segundo Costa (2008, p. 26), para os psicanalistas, o sintoma não é algo

ruim, e, sim, um suporte do sujeito, de modo que, ao procurar o analista, a pessoa o faz devido ao fracasso de seu sintoma. Essa é a condição de análise, o fracasso do sintoma na função de sustentação da estrutura fantasmática.

ÉTICA E PSICANÁLISE

O homem contemporâneo quer livrar-se não apenas da angústia de viver, mas também da responsabilidade de arcar com a angústia. Com isso, dirige até à competência médica e a intervenções químicas a questão fundamental que é do destino das pulsões; eliminando finalmente a inquietação que lhe é própria contrariamente de questionar o seu sentido (KEHL, 2002). A eficácia da psicanálise como método terapêutico tem sido alvo regularmente de questionamentos pelos adeptos das neurociências e de diversas técnicas comportamentais que visam diminuir em um curto período de tempo os sintomas do sofrimento psíquico. A sociedade contemporânea pensa na cura do sofrimento como uma eliminação do mal-estar e da angústia de viver.

A ética na psicanálise constitui-se como uma ética da investigação, na qual a dúvida e os questionamentos sempre consistirão em uma abertura na fortaleza das certezas imaginárias com as quais o narcisismo do eu coloca suas defesas. Coloca-se a ética em psicanálise como um tratar-se de estar disponível ao questionamento não do saber que é trazido pelos impulsos, mas das certezas que o pensamento constrói. É assim que se abre, para o analisando, a possibilidade de investigação e a natureza das motivações, dos sintomas e das convicções (KEHL, 2002).

Segundo Dassoler & Palma (2012, p.98), a ética do analista constitui-se em sustentar a emergência do sujeito do inconsciente para o sujeito, mesmo o sujeito muitas vezes recusando o seu reconhecimento no discurso, nos lapsos ou no gozo do sintoma através da descarga na pulsão de morte. Neste contexto, a psicanálise propõe o recurso simbólico da fala através da associação livre como meio de tratamento, visando atribuir significação ao que vem à tona amparado como desconhecido e acidental que faz furo no total do eu. De acordo com Birman (2013, p. 20-21), o discurso freudiano propõe a

colocação da sexualidade e da pulsão frente ao discurso da ética, e não no discurso da moral, no qual a ética se inscreveria de vez no campo do desejo. Dessa forma, o que se destaca nesse discurso é a responsabilidade do sujeito e da singularidade, opondo-se à moral e também à codificação de valores, bem como, seu romper com a normalização proposta à sexualidade estabelecida pela modernidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quais os caminhos que trilhamos quando decidimos por escutar? Certamente somos convocados a aprender com os equilibristas, artistas do circo, que se colocam em uma posição vacilante, cuidadosa e fundamentalmente de enfrentamento. Quando decidimos por escutar, andamos em câmera lenta na fantasia ruidosa do sujeito em nossa frente, não ousamos produzir ortopedias precárias, decidimos muitas vezes somente pelo precário, um precário na presença, deixamos as pessoas no exato momento que descobrem que as coisas são frágeis e não somente elas o são, sendo assim, escutar é o que nos concerne como ato e não como privilégio.

A psiquiatria contemporânea, amparada pelo DSM-IV, constrói suas bases em moldes de “alimentação” mútua, fundando em suas teorias conjuntos de transtornos e síndromes que são criações e descobertas que tem nela mesma a causa e o tratamento de determinada “alteração”. O discurso médico encontra na psiquiatria a possibilidade de estabelecer a consolidação de um domínio sobre o sujeito através de um discurso em que o corpo biológico é o caminho a seguir, amparado pela medicalização e caracterização de uma dada síndrome que é descrita com alguns detalhes no manual.

A tendência a uma busca da verdade científica, baseada em provas e evidências, contrasta com uma procura voltada ao concreto e a uma realidade visível aos olhos. Com a tentativa de uma comprovação científica e em busca de uma razão concreta, acaba-se perpetuando um apagamento do sujeito em nome da ciência e de eixos diagnósticos. A forte relação do corpo com as patologias atuais implica necessariamente não uma desconsideração da fantasia, mas uma desconsideração do sujeito do inconsciente, ao

compreender como uma lista de comportamentos. Sendo assim, podemos compreender tal tendência a uma forte forclusão do sujeito do inconsciente e um aprisionamento ao corpo como sendo elementos diretamente vinculados ao abandono da palavra, ou seja, o discurso da medicina contemporânea enfraquece o sujeito.

A crítica que é feita ao DSM-IV se constrói em relação ao caráter que se mantém juntamente com a psiquiatria contemporânea, dando um “caminho” que prescreve algo a definir do sofrimento, não dando espaço à dúvida e à busca do sentido por si daquele que sofre. A partir do que se descreve, é constituído um determinado montante de signos comportamentais que dizem de uma postura como patológica, já se estabelecendo uma construção na ordem de um julgamento em relação ao sujeito. A intenção que se propõe com o manual é de facilitar o controle, bem como categorizar e tentar “*achar*” uma causa comum ao sofrimento humano, ou algumas causas comuns, de forma que tais causas digam “*algo*” de todos. Sendo assim, “*nada fica mais próximo do que é patológico do que um dado culto da normalidade levada ao extremo*” (ROUDINESCO, 2000).

O humano da sociedade atual é um reflexo do consumo e capitalismo que constitui suas relações consigo e com os outros. Vê-se o que é do sujeito pela via da descartabilidade, como algo que se pode jogar fora e sanar com algo novo, como uma mercadoria. O fato de colocar fora algo que diga de si e que traz o mal-estar é uma maneira de não se colocar a respeito de algo que diga de uma responsabilidade intrínseca a seu desejo. Isso impossibilita o estabelecimento de uma ética voltada ao desejo, como é estabelecida e tão cara à psicanálise. Esta compromete-se apenas com o desejo, dando margem para que o sujeito se atenha a este desejo de um modo que diga de sua singularidade.

A psiquiatria contemporânea, juntamente com o DSM-IV, propõe uma fuga da solidão que é própria do sujeito. O discurso do DSM compactua com a massificação, de modo que estejam todos unidos em nome de uma dada cadeia sintomatológica em que se amparam as pesquisas do DSM. De uma forma ou de outra, o sujeito se coloca como não estando só em seu sintoma, precisando de um manual para que esteja legitimado nele, e em suas normas, o seu direito de sofrer. Além disso, há um apagamento da verdade que

diga de si, imprimindo uma verdade totalizante que expresse um cessar de toda incerteza que é própria do sujeito.

Cabe à psicanálise oferecer “voz” ao sofrimento, de modo que, através da linguagem, possa se estabelecer um advir do sujeito do inconsciente em meio ao mal-estar em que estamos imersos desde a própria constituição. Não é um caminho que se estabelece, mas, sim, a oportunidade de uma construção do caminho como uma conciliação com seu desejo, apostando numa ordem que diga de um corpo marcado e expresso pelo simbólico. O que a psicanálise oferece não é uma “*estrada de tijolos amarelos*”, mas, sim, uma viagem que intriga, impacta e marca pelo inesperado e pela incerteza de uma verdade que é singular e inédita para cada um em cada passo que se constrói. A psicanálise não oferece “*boas novas*” como uma aclamação papal em nome de alguém que guia seu povo pelo caminho a seguir, mas, sim, as “*velhas novas*” que se encontram cheias de atualidade, que, mesmo com o decorrer dos anos, continuam causando o incômodo e a perturbação que as expressões da realidade do inconsciente estabelecem em seu campo simbólico e em lógica de linguagem, como nos afirma Lacan (1966/1998): “*Eu, a verdade, falo*”.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política**. 3ªEd. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BEKERMAN, Jorge. “Não há classificação que não seja arbitrária e conjuntural” In: JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, Sílvia (Org.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. 1. ed. São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 23-28.

BETTS, Jaime. Ciência e barbárie: e a psicanálise? In: Questões a ciência. **Correio da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, n. 143, p.9-16, jan. 2006. Disponível em: <<http://www.apoa.com.br/uploads/arquivos/correio/correio143.pdf>>. Acessado em: 11. Jun. 2013.

BEZERRA JUNIOR, Benilton. Neurociências e Psicanálise: definindo discordâncias para construir o diálogo. **Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, n. 38, p.145-159, jun. 2010. Semestral. Disponível em: <<http://www.apoa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista38-3.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2013.

BIRMAN, Joel. **O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012. 159 p.

BIRMAN, Joel. Discurso freudiano e tradição judaica. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 16, n. spe, abr. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982013000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 nov. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982013000300002>.

CORIAT, Elsa H; Os negros efeitos do DSM-IV In: JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, Silvia (Org.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. 1. ed. São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 165-176.

COSTA, Ana. **Clicando: escritas da clínica psicanalítica**. Porto Alegre: APPOA, 2008. 204 p.

COSTA, Adão Luiz Lopes da. A psicose, seu tratamento, seus limites. **Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, n. 38, p. 87-94, jan/jun. 2010. Disponível em: <http://www.apoa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista38-2.pdf>. Acessado em: 18.nov.2013.

DASSOLER, Volnei Antonio; PALMA, Claudia Maria de Sousa. **A dimensão da ética nas intervenções do analista frente às demandas institucionais dos CAPS**. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo, v. 15, n. 1, Mar. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142012000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Nov. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142012000100008>.

DESCARTES, René. **Discurso do método**. Porto Alegre: L&PM, 2010. 128p.

DERRIDA, Jacques. **A farmácia de Platão**. 3. ed. São Paulo: Iluminuras, 2005. 126 p.

DOS SANTOS, Tania C; SANTIAGO, Jesús. O médico, o psicanalista e a histórica: a desinserção da psicanálise no discurso da medicina contemporânea. In: BIRMAN, Joel; FORTES, Isabel; PERELSON, Simone. **Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012. p.47-72.

- ELIA, Luciano. **O conceito de sujeito**. 2.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.
- FENDRIK, Silvia. O Dsm-IV: uma metafísica comportamentalista? In: JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, Silvia (Org.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. 1. ed. São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 29-37.
- FIGUEIREDO, Luís Cláudio Mendonça. **Matrizes do Pensamento Psicológico**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 208 p.
- FORTES, Isabel. O corpo na clínica contemporânea e a anorexia mental. In: BIRMAN, Joel; FORTES, Isabel; PERELSON, Simone. **Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012. p.73-88
- FOUCAULT, Michel. **Os anormais: curso no collège de France**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.73-148.
- FREUD, Sigmund. Inibições, sintomas e ansiedade. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 20. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.81-171.
- JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, Silvia (Org.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. 1. ed. São Paulo: Via Lettera, 2011. 280 p.
- JERUSALINSKY, Alfredo. **Novas considerações sobre a psicanálise e as neurociências**. In: Seminários II – Universidade de São Paulo– Instituto de Psicologia– Lugar de vida, 2002.
- JORGE, Marco Antonio Coutinho. **As quatro dimensões do despertar - sonho, fantasia, delírio, ilusão**. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, dez. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982005000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982005000200008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08 nov. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982005000200008>
- KEHL, Maria Rita. **Sobre Ética e Psicanálise**. São Paulo: Companhia Das Letras, 2002. 203 p.
- KUPFER, Maria Cristina Machado; VOLTOLINI, Rinaldo. **Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual**. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 21, n. 3, dez. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

37722005000300013&lng=pt&nrm=iso>.

Acessos

em 11 jun. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722005000300013>.

LACAN, Jacques. **A ciência e a verdade** In: Escritos, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998. p.869-892.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-bertrand. **Vocabulário da Psicanálise**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 552 p.

LEVIN, Esteban. **A clínica psicomotora: o corpo na linguagem**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. 341p.

MAIA, Aline Borba; MEDEIROS, Cynthia Pereira de; FONTES, Flávio. **O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução**. Estilos clin., São Paulo , v. 17, n. 1, jun. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 out. 2013.

NASIO, J.-D. **A fantasia: O prazer de ler Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

PINTO, Tereza. **Crítica do Empirismo aplicado a psicopatologia: da esterilidade do DSM a uma saída pela psicanálise**. Ágora, Rio de Janeiro, p.405-420, Dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982012000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2013.

QUINET, Antonio. **As 4+1 condições da análise**. 11. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2007. 115 p.

RAMALHO, Rosane R. Reescrever ou inventar uma história? **Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, n. 30, p.25-34, jun. 2006. Semestral. Disponível em:<<http://www.apboa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista30-1.pdf>> Acessado em: 07.11.2013

ROUDINESCO, Elisabeth. **Por que a Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000. 163 p.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Freud - mas por que tanto ódio?** Rio de Janeiro: Zahar, 2011. 91 p.

SCHULTZ, Duane P; SCHULTZ, Sydney E. **História da psicologia moderna**. 16. ed. São Paulo: Editora Cultrix, 1991.