



UniCEUB - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACS – FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

**A PATOLOGIA COMO POSSIBILIDADE ESTRUTURANTE
DO SUJEITO: UMA RELEITURA DA QUESTÃO *PHÁTICA*.**

JOSÉ CARLOS CASTELO BRANCO FILHO

**BRASÍLIA
JUNHO/2004**

JOSÉ CARLOS CASTELO BRANCO FILHO

**A PATOLOGIA COMO POSSIBILIDADE
ESTRUTURANTE DO SUJEITO: UMA
RELEITURA DA QUESTÃO *PHÁTICA*.**

Monografia apresentada como requisito para
a conclusão do Curso de Psicologia no
UniCEUB – Centro Universitário de Brasília.

*Profa. Orientadora: Tania Inessa Martins de
Resende.*

Brasília/DF, Junho de 2004.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que me ajudaram de alguma forma, aos meus pais, José Carlos e Maria Rita pelo apoio e carinho, aos meus irmãos, Ana Fabíola, Karla Cristina e principalmente Carlos Henrique, pelo incentivo e colaboração, aos amigos que compreenderam a ausência em tantos momentos importantes para a realização deste.

Dedico ainda, de forma especial, à professora e amiga Tania Inessa Martins de Rezende que me apresentou ao fascinante mundo humano da psicopatologia, orientou-me no estágio em saúde mental e na realização do presente texto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me conceber a vida e por iluminar o meu caminho, agradeço também os meus pais pela confiança e credibilidade que depositam em mim, de modo especial ao meu irmão Carlos Henrique que não mediu esforços em me ajudar e a professora orientadora Tania Inessa Martins de Resende por todas as orientações, divisão de conhecimentos e atenção dispensada nesta realização.

SUMÁRIO

RESUMO.....	i
ABSTRACT.....	ii
INTRODUÇÃO.....	01
1 – O NORMAL E O PATOLÓGICO.....	03
1.1 – O critério sócio cultural.....	05
1.2 – O critério estatístico.....	07
1.3 – O critério funcional.....	09
1.4 – O critério da ausência de doença.....	10
1.5 – Uma proposta para a questão normal vs. anormal.....	13
2 – REPENSANDO O PATHOS.....	15
2.1 – Pathos e estruturação.....	17
2.2 – Pathos e existência.....	20
3 – ALGUMAS OBSERVAÇÕES ACERCA DO CASO DO Dr. DANIEL PAUL SCHREBER.....	23
3.1 – Implicações da releitura de <i>pathos</i> no processo terapêutico.....	33
CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38

RESUMO

Como produto de estágio supervisionado em saúde mental, este trabalho traz uma reflexão sobre a questão da patologia por outro prisma que não o da doença. Discute a questão da normalidade e patologia e, a partir da teoria psicanalítica e da psicopatologia existencialista, articulam-se os termos patologia, estrutura e existência, defendendo a idéia de que o *pathos* é inerente ao ser humano, ligado ao modo afetivo que cada indivíduo constrói para estar no mundo. O delírio, por exemplo, é apresentado como resultado de uma tentativa de organização psíquica, como efeito derivado da tentativa do sujeito de defender-se de uma dor insuportável. Neste sentido, apresenta também, uma releitura do clássico caso clínico do Dr. Schreber, escrito por Freud.

ABSTRACT

As a product of supervised training in mental health, this essay is a reflection on the matter of the pathology through another prism that is not the disease. Discuss the normality and pathology issue and, from the psychoanalytic theory and the existentialistic psychopathology, the terms pathology, structure and existence articulate themselves defending the idea that *pathos* is inherent to the human being, being connected to the affective way that each individual built of to be in the world. The delirium, for example, is presented as a result of a psychic organization tentative, as a derived effect of a person's self-defense of an unbearable pain. In this sense, It also presents, a rereading of the classic clinic case of Dr. Schreber, written by Freud.

“(...) de perto ninguém é normal”

(Caetano Veloso)

***“Psicopatologia não consiste só em fazer o estudo da patologia do psíquico ou em fazer o estudo psicológico do patológico. Consiste em realizar a articulação do pathos, entendido como a disposição afetiva fundamental que move o sujeito constituindo-o na sua humanidade, com o psíquico”
(Martins, 1994).***

O tema do presente texto foi desenvolvido a partir de um trabalho mútuo de estágio e supervisão em uma instituição de saúde mental, a saber, um hospital-dia responsável por oferecer serviços voltados para o atendimento e acolhimento de psicoses e neuroses graves. Esta experiência produziu ressonâncias teóricas que foram retomadas na própria experiência e tematizadas nas supervisões. “A prática é elaboração viva, a teoria é diretamente posta à prova, a marcha para diante é a mesma e as dificuldades andam lado a lado” (Laplanche, 1992, p. 162). Consoante com esta visão acerca da relação teoria-prática, a situação de contato com pacientes, já tradicionalmente considerados como portadores de um prognóstico negativo e inexorável, exigiu de nossa parte uma tematização que viabilizasse uma atuação que concretamente visasse ao terapêutico, questionando este prognóstico. A supervisão, neste sentido, configura-se como um primeiro espaço de proximidade entre teoria e prática, embora esta relação ainda estivesse longe de ter sido caracterizada (Resende & Celes, 2000).

Este trabalho fundamenta-se, contudo, em um momento diferenciado desta teia intrincada teoria-prática. Trata-se agora de permitir que a experiência prática de estágio e de supervisão, já incluindo nesta a sua específica relação com o trabalho teórico, articule-se de uma outra maneira com a teoria.

Uma questão adquiriu um contorno privilegiado: a associação moderna de patologia com doença. Quando se pensa em uma patologia, logo se remete à idéia de doença, de que algo não está bem; no entanto, outra possibilidade foi gerada a partir desta experiência: perceber a patologia como uma busca pela saúde, pela regulação, como algo estruturante. Será, portanto, o percurso específico deste texto discutir a questão da normalidade e da patologia e articular a idéia desta com estruturação e existência, o que será feito com o auxílio da metapsicologia psicanalítica e da abordagem existencialista em psicopatologia.

No capítulo 1, realizaremos uma discussão acerca da normalidade e do patológico no campo da psicologia, apresentando alguns dos critérios utilizados pelos mais diversos autores na tentativa de definir o comportamento anormal. Serão apresentados os critérios sócio-cultural, estatístico, funcional, da ausência de doença, além de uma proposta para a questão do normal vs. anormal.

No capítulo 2, propomos repensar o *pathos* desconstruindo a redução deste à noção de doença e entendendo-o como o modo afetivo que cada indivíduo constrói para estar no mundo, como um modo particular de existência. Neste sentido, a construção delirante, por exemplo, será analisada seguindo a idéia de que é a saída encontrada pelo sujeito, no sentido de lidar com a desorganização psíquica vivenciada por ele. Traremos, ainda, alguns extratos clínicos de nossa experiência articulando-os com a discussão teórica.

Finalmente, no capítulo 3, apresentaremos algumas observações acerca do caso Schreber a fim de ilustrar o aparato teórico construído nos dois primeiros capítulos. Tal caso nos chama a atenção por ser o próprio “louco” o interlocutor de sua “loucura”. Com base no livro *Memórias de um doente dos nervos*, publicado pelo próprio Schreber, Freud faz o estudo do caso sem nunca antes ter algum contato com ele. Este molde de estudo nos dá a oportunidade de olhar para o caso com o mesmo olhar de quem o escreveu: o autor-personagem. É com base neste estudo que teceremos nossas observações finais.

CAPÍTULO 1 – O NORMAL E O PATOLÓGICO

Inicia-se o presente trabalho com uma discussão acerca da normalidade e do patológico no campo da psicologia, uma vez que julgamos tal procedimento importante na desconstrução e posterior reconstrução da idéia de *pathologia* que nos propomos a executar no decorrer desta monografia.

Realizar essa discussão é um grande desafio, uma vez que tal questão é alvo de grande controvérsia entre a maioria dos autores e por ocasionar implicações nas próprias definições do que é saúde e doença mental.

Sem dúvida, estes textos de psicologia do anormal não podem evitar uma discussão dos conceitos antinômicos normal-anormal, a saúde e a doença. Tarefa árdua, que a maioria dos especialistas evita e contorna ou despacha comodamente assimilando normal a adaptado, anormal a desadaptado (ou simplesmente desviado da norma). E a saúde? Bom, é a ausência de doença. Mas estas simplificações não satisfazem nossa mínima exigência de rigor (Romero, 1996, p. 19).

Canguilhem (1978, p. 95) nos traz a definição de normal que Littré e Robin apresentam no *Dictionnaire de médecine*: “normal (*normalis*, de *norma*, regra) que é conforme à regra, regular”. Por percebê-lo bastante breve, traz também o conceito de Lalande no *Vocabulaire technique et critique de la philosophie* que, segundo ele, é mais explícito:

é normal, etimologicamente – já que norma significa esquadro – aquilo que não se inclina nem para a esquerda nem para a direita, portanto o que se conserva num justo meio-termo; daí derivam dois sentidos: é normal aquilo que é como deve ser; e é normal, no sentido mais usual da palavra, o que se

encontra na maior parte dos casos de uma espécie determinada ou o que constitui a média ou o módulo de uma característica mensurável.

E o anormal? “O anormal não é o patológico. Patológico implica em *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada” (Canguilhem 1978, p. 108). Para o autor, existe uma maneira de considerar o patológico como normal definindo o normal e o anormal pela frequência estatística relativa. Além disso, considera que, em certo sentido, uma saúde perfeita e contínua também pode ser considerada como um fato anormal, por considerar que a experiência do ser vivo inclui, de fato, a doença. Afirma também que existem dois sentidos possíveis para a palavra saúde. A saúde considerada de modo absoluto, segundo ele, é um conceito normativo que acaba por definir um tipo ideal de estrutura e de comportamento do indivíduo; neste contexto, o autor afirma que é um pleonasmo falar em perfeita saúde, pois a saúde seria o bom funcionamento geral do sujeito. Já a saúde adjetivada, segundo o autor, é um conceito descritivo que está relacionado com uma certa disposição e reação de um organismo em relação às possíveis doenças.

Anormal quer dizer precisamente inexistente, inobservável. Portanto, isto não passa de outra maneira de dizer que a saúde contínua é uma norma e que uma norma não existe. Nesse sentido abusivo, é evidente que o patológico não é anormal. E é mesmo tão pouco anormal que se pode falar em funções normais de defesa orgânica e de luta contra a doença (Canguilhem, 1978, p. 107).

No entanto, de acordo com Scharfetter (1997, p.11), “anormal não equivale de modo nenhum de imediato a doente!”. Segundo ele, muito do que é classificado como anormal pode ser compatível com uma vida saudável, não tendo nada a ver com doença.

A questão da patologia, ou do *pathos*, será discutida adiante, quando realizaremos a articulação entre as idéias de *pathologia*, estruturação e existência. Dessa forma, neste momento, reservamo-nos apenas em distinguir anormal de patológico para continuar com a discussão entre normal e anormal.

Existem vários critérios para classificar um fenômeno como normal ou anormal e, apesar de todas as ambigüidades que esses conceitos apresentam, segundo Romero (1996), eles nos proporcionam uma primeira possibilidade de avaliação do patológico. A seguir, discutiremos os critérios mais utilizados pela maioria dos autores que contemplam tal assunto. A utilização de um ou de outro critério, para Dalgarrondo (2000), depende de opções filosóficas, ideológicas e pragmáticas do profissional que está fazendo uso dele.

Alguns teóricos, segundo Holmes (1997), ao definirem o comportamento anormal, fazem-no sob o ponto de vista do indivíduo cujo comportamento está sendo considerado, e outros, sob o ponto de vista da cultura na qual o indivíduo está vivendo. Quando se utiliza o indivíduo como referencial, a atenção é focalizada primeiro no sofrimento e em segundo plano na incapacidade de funcionamento deste indivíduo. Quando o referencial passa a ser a cultura, a atenção é focalizada em desvios das normas culturais. Os critérios que discutiremos a seguir apresentam-se, de forma mais explícita, sob um desses referenciais, ou seja, sob o ponto de vista social (critérios sócio-cultural e estatístico) ou individual (critérios funcional e da ausência de doença). No entanto, não se deve excluir, dos critérios que levam em conta o ponto de vista individual, a questão social e, dos que levam em conta o ponto de vista social, a questão individual, pertinentes a cada um dos casos. “Saúde e doença, normalidade e patologia, são conceitos que se referem sempre ao ser humano entendido como totalidade biopsicossocial” (Miranda, 1985, p. 261). Neste sentido, apresentaremos também uma proposta como tentativa de superação dessa dicotomia social vs. individual.

1.1 – O critério sócio-cultural

“É conveniente andar-se com cuidado com essa espécie de tribunal anônimo que funciona em todas as partes do espaço público e que se chama NORMA social. Eu entendo que as leis, as regras e as normas são necessárias, mas se você vai viver atento a seus mandados a vida vira um sufoco (...)” (Romero, 1996, p. 26).

O primeiro critério, tendo como base Romero (1996), apresenta a idéia de que a sociedade é regulada por normas, ou seja, costumes, convenções, leis, etc; e que

dessas normas surge o critério de normalidade. É necessário ressaltar, no entanto, que essas normas são variáveis dentro de uma mesma sociedade, dependendo dos momentos históricos, e entre sociedades diferentes.

Nesse sentido, o comportamento tido como normal é aquele que está em consonância com as normas vigentes na sociedade em que o indivíduo está inserido e o anormal é o que se desvia dessas normas.

Holmes (1997) faz uma observação importante, afirmando que tal critério acaba por desconsiderar os sentimentos do indivíduo, uma vez que a anomalia, do ponto de vista cultural, é definida apenas em termos de normas culturais.

“O comportamento de uma pessoa é atualizado no contexto social e é, portanto, determinado pelo que tem de enfrentar. Deste modo também o espaço social determina a normalidade / anormalidade de um comportamento” (Scharfetter, 1997, p. 9). Essa contribuição do autor, quando diz que o espaço social *também* determina a normalidade/ anormalidade, corrobora com a idéia de que o individual não pode ser desconsiderado. A utilização da palavra “também” supõe a existência de outro determinante, que acreditamos ser a subjetividade individual.

Segundo Martin (1923), todos os desvios da norma tendem a provocar em nossa sociedade um sentimento de desaprovação, fazendo com que uma definição mais sensata de anormalidade, para o autor, seja a que leve em consideração primordialmente o desvio em direção do socialmente indesejável.

Seguindo este mesmo caminho, Thomas Szasz (1960) citado em Martin (1923, p. 2–3), sustenta a idéia de que “quase todos (senão todos) os nossos rótulos psiquiátricos simplesmente refletem uma definição social ligada às pessoas que, de algum modo, perturbam ou amedrontam outras pessoas, ameaçam a sociedade com atos criminosos ou violentos, ou são apenas incômodas”. Segundo ele, quando se diz que uma pessoa é anormal ou mentalmente doente, faz-se uma analogia (não garantida) com a doença física que, na realidade, serve como um aval para afastarmos esses indivíduos que incomodam a sociedade, por meio da racionalização medicamente respeitável.

Martin (1923) diz que notoriamente os valores da sociedade têm efeito sobre os tipos de comportamento que são considerados anormais. Por exemplo, o autor afirma que, entre nós, uma pessoa que ouve vozes ou tem visões que as outras pessoas não têm é considerada anormal; em contrapartida, na comunidade indígena

dos Plains, na América do Norte, tal comportamento não é apenas aceitável, como também desejável, uma vez que tais comportamentos são interpretados como demonstração de talentos especiais para comunicação com o mundo dos espíritos.

“Uma definição de anormalidade em termos de desvio social indesejável tem graves deficiências. (...) O que é aceito como normal numa sociedade pode ser destrutivo para um indivíduo – e até para a sociedade como um todo” (Martin, 1923, p. 3). Neste sentido, é necessário lembrar que o aspecto cultural não pode ser considerado de forma exclusiva na determinação da normalidade / anormalidade, no entanto, não é possível desconsiderar a importância deste aspecto nesta determinação, como vimos no exemplo acima.

Em contrapartida, Scharfetter (1997) lança a idéia de que o conceito estatístico de norma, mesmo que possa ser utilizado de forma errônea, é mais fácil de manter-se livre de valorações subjetivas. O risco, de acordo com ele, é a possível equiparação entre anormal e doente, declarando como “psiquicamente perturbados” todos os indivíduos que se desviam da norma média e, dessa forma, dizer que eles precisam de tratamento.

1.2 – O critério estatístico

“(...) É certo que trabalho numa empresa e lá sou o número 22; apenas um gerente encarregado de um setor. Apenas uma cifra. Para o maldito governo sou um dado, figuro entre os que pagam um cifrão de impostos. Faço parte dos 20% que tentaram um casamento mas após cinco anos desistiram. Faço parte dos 5% que não acreditam em Deus. Como cidadão da classe A, estou entre os 5% dos caras que falam duas línguas. Quer mais antecedentes de mim? Tudo isso sou para os outros. Para mim, sou ÚNICO, o único que cuida da vida que anima este meu corpo e que testemunha o esplendor da terra” (Romero, 1996, p. 29).

Este critério também leva em conta a norma e acrescenta a idéia de frequência; ou seja, segundo Dalgarrondo (2000), o indivíduo normal passa a ser entendido como aquele que emite comportamentos que se observa com maior frequência em uma dada sociedade. E o anormal é o que se desvia dessa norma, situando-se fora, ou no extremo, da curva de distribuição normal.

Scharfetter (1997) analisa de melhor forma o conceito de normalidade para este critério:

Normal, no sentido de média, é globalmente o comportamento adequado da maioria das pessoas de um determinado sexo e de certos grupos etários numa determinada esfera sociocultural em algumas situações. Normal é, sobretudo, o que lhes é comum em relação a determinados aspectos do comportamento, o que faz com que a relatividade social e cultural do conceito de norma possa ser sublinhada. Enquanto norma média, a norma pressupõe um comportamento relacionado com o que se tem de, o que se deve, se pode e é permitido fazer numa dada cultura e em relação a uma situação definida (p. 8).

Nesse sentido, Martin (1923) diz que “o desvio estatístico com relação às normas societárias é um aspecto comum da anormalidade, mas dificilmente pode ser usado como característica básica para definição” (p. 2). O autor exemplifica a sua posição trazendo a questão das pessoas que se desviam das normas em direções “sadias”, como os campeões olímpicos, os concertistas de piano e os vencedores do Prêmio Nobel, por exemplo, que não podem ser rotuladas como anormais. Já Romero (1996), no caso da inteligência, diz que o gênio resulta tão anormal quanto o pouco inteligente, se seguirmos ou utilizarmos o critério estatístico para tal avaliação.

Além disso, outra questão corrobora para que consideremos o critério estatístico como falho: a posição de que nem tudo o que não é freqüente deve ser considerado anormal, da mesma forma que um comportamento freqüente pode não ser saudável para um indivíduo. Por exemplo, sintomas de ansiedade e de depressão leves, mesmo freqüentes na sociedade atualmente, não podem ser tomados como normais ou saudáveis.

Romero (1996) nos lembra que tal critério traz consigo um grande desagrado, uma vez que não leva em consideração a nossa individualidade, transformando-nos em meras cifras. Apesar de tal observação, o autor afirma que este critério tende a prevalecer em nossa sociedade.

1.3 – O critério funcional

“Assim que saímos da barriga da mãe, no momento mesmo do nascimento, duas coisas costumam fazer os adultos: primeiro, verificam o sexo; homem ou mulher; segundo, se somos seres normais, isto é, se correspondemos ao padrão certo imposto pela espécie. Querem saber se está tudo em seu lugar; na proporção adequada, e se alegram quando constatam que está tudo em regra. Quando isto não acontece se cria uma relação de profunda consternação e de ansiedade, segundo seja o defeito anatômico.

Não se pense que a preocupação com a normalidade pára por aí. Não. Durante toda a infância e ainda até o final da adolescência, os adultos – e em especial nossos queridos pais – estarão de olho neste aspecto.

Observarão com atenção se engatinhamos, andamos e corremos no tempo certo. Ficarão preocupados se a partir do segundo ano nos mostramos pouco interessados pelo uso da linguagem; muito mais preocupados ainda, se após os seis anos não tentamos decifrar os anagramas da leitura e da escrita. Será que esta criança é normal na área intelectual? Sempre estarão espiando nossa conduta para verificar se se ajusta ao padrão médio da população, para ver se somos como a maioria. É provável que fiquem consternados se observam que transgredimos abertamente certas normas sócio-culturais. Eles esperam que nos comportemos segundo indicam as prescrições do grupo, embora compreendam certas infrações menores. Com boas razões, eles não querem que a erva daninha invada seu jardim. Eles se julgam normais. Talvez reconheçam erros e deficiências pessoais; admitem que já deram passos em falso; mas confessam que pagaram por tudo isso. Desejam nosso bem.

O notável é que não é apenas uma preocupação deles: logo se torna numa preocupação pessoal nossa. Cedo aprendemos que é preciso se ajustar a um modelo dominante. Não é conveniente se distanciar de certas medidas, de certas normas. Também aprendemos que infringir as normas comporta um certo preço” (Romero, 1996, p. 17 e 18).

Esse critério não necessariamente considera aspectos quantitativos e sim funcionais, ou seja, qualitativos. Conforme Dalgarrondo (2000), para esse critério, um fenômeno é considerado patológico quando é disfuncional, quando provoca sofrimento para o indivíduo ou para as pessoas que estão ao seu redor.

O sofrimento subjetivo geralmente vem acompanhado de reações anormais, de forma especial nos casos de perturbações neuróticas e psicossomáticas. No entanto, segundo Martin (1923), tal sentimento não pode ser considerado como base suficiente ou necessária para se determinar a anormalidade. Fundamenta tal posição dizendo que alguns indivíduos tidos como histéricos, maníacos ou paranóicos podem negar qualquer sofrimento subjetivo, sustentando geralmente, na realidade, que tudo é maravilhoso.

1.4 – O critério da ausência de doença

“Você deve ter lido William James, claro. Ele escreveu uma frase nada desprezível: ‘A mera saúde mental é o mais prosaico e (no fundo) o menos essencial dos atributos do homem’. OK, esse é o juízo de um grande psicólogo (que, aliás, sofria de melancolia). Há muita gente medíocre que circula por aí com todos os atestados de saúde mental. Gente que nunca fez nada especial na vida – a não ser procriar; encher a barriga e babosear falatórios de botequim. É bom lembrar que todos os grandes da história foram e são suspeitos de alguma anormalidade psicológica, começando por Buda que era um grande comilão, e por Alexandre Magno que era epilético, e terminando por Einstein, acusado até de esbofetear a esposa. E Freud, por acaso não era monomaniaco obcecado por sexo, como o marquês de Sade, só que com diploma de médico? Aliás, o que é saúde mental?” (Romero, 1996, p. 49).

Para esse critério, a saúde seria a “ausência de sintomas, de sinais ou de doenças” (Dalgalarrondo, 2000, p. 26). Então, normal seria o indivíduo que não fosse portador de nenhum transtorno mental definido.

Dessa forma, tal critério acaba por definir a normalidade não pelo que ela possa ser e sim pelo que ela não é.

Assim como os outros critérios, este também tem suas limitações. Canguilhem (1978) diz concordar com Leriche, para quem “a saúde é a vida no silêncio dos órgãos” (p. 90), mas também traz algumas idéias de Claude Bernard, sustentando a idéia de que “o estado doentio é constituído pelo exagero, a desproporção, a desarmonia dos fenômenos normais” (p. 52) e que “não existe estado normal completo, nem saúde perfeita” (p. 53).

Dizer que a saúde perfeita não existe é apenas dizer que o conceito de saúde não é o de uma existência, mas sim o de uma norma cuja função e cujo valor é relacionar esta norma com a existência a fim de provar a modificação desta. Isto não significa que saúde seja um conceito vazio (Canguilhem, 1978, p. 54).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 1958, a “saúde como o completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como ausência de doença” (Dalgalarrondo, 2000, p. 26). Para Dalgalarrondo, essa definição de normal também é questionável, uma vez que poucas pessoas poderiam ser colocadas na

categoria de saudáveis, além de, para o autor, bem-estar ser um conceito subjetivo, e, desta forma, impreciso.

Para contrapor esta idéia de Dalgarrondo, de que o subjetivo acaba por ser impreciso, Queiroz (2002) apresenta, da perspectiva lacaniana, a idéia de que “a psicopatologia não poderia ocupar-se senão das formas singulares e sempre originais pelas quais cada homem (...) é estruturado em suas dimensões reais, simbólicas e imaginárias” (p. 34).

Além disso, Queiroz (2002) ainda lembra que Jaspers (2000), para distinguir nos fatos psíquicos as dimensões objetiváveis daquelas especialmente vivenciais, denuncia a existência de duas formas de psicopatologia: a “psicopatologia subjetiva (ou fenomenológica)” e a “psicopatologia objetiva”. A primeira se ocuparia com a descrição das experiências vividas e as conexões do psiquismo que permitem compreender geneticamente “de que modo um evento psíquico é produzido por outro” (p. 361). Enquanto a segunda estaria preocupada com a vinculação de fatos concretos a regularidades psíquicas.

Ainda com relação aos questionamentos quanto ao conceito de saúde da OMS, Scharfetter (1997) enfatiza que a vontade de comportar-se em todas as circunstâncias de maneira sempre normal pode ser uma atitude patológica; assim como pode ser normal estar doente em algumas situações e sob determinadas circunstâncias. Martin (1923) complementa essa idéia dizendo que as pessoas psicologicamente sadias não podem ser consideradas necessariamente livres das possíveis tensões da vida; podendo ter que lutar com impulsos conflitivos em determinados momentos, ter crises nas relações interpessoais e sentir violentas emoções de angústia, cólera ou medo.

Joyce McDougall, no seu trabalho intitulado *Em defesa de uma certa anormalidade*, em 1978, criou o termo normopatia para nomear essa idéia defendida por Scharfetter. Segundo Ferraz (2002), ela criou esse termo para designar pessoas sem um conflito psíquico (ruidoso), ou seja, aparentemente bem adaptadas ou “normais” que não conseguiam entrar em contato com seus conteúdos internos no processo terapêutico, apresentavam uma grande dificuldade, quando não uma impossibilidade total. “Tal configuração psíquica se trata de ‘normopatia’, e não de ‘normalidade’, porque é uma normalidade falsa ou apenas aparente; melhor dizendo, é uma normalidade estereotipada ou uma hipernormalidade reativa, decorrente de

um processo de sobreadaptação defensiva” (p. 22). A normopatía é uma formação proveniente de um processo defensivo a fim de livrar o sujeito de sérias desorganizações psíquicas ou somáticas.

Este termo traz consigo a junção de *normo* + *patía*: o radical *nomo* tem sua raiz no latim *norma* e o sufixo *patía* no grego *pathos*. Conforme já apresentamos, *norma* quer dizer o que não se desvia nem para a direita nem para a esquerda; e *pathos*, que será discutido no próximo capítulo, designa o que é vivido, diretamente relacionado com o modo afetivo que o sujeito constrói para estar no mundo, podendo se transformar em patologia, quando este passa a reger as ações do sujeito. Dessa forma, “normopatía” acaba por ter o sentido de “doença da normalidade”.

Ferraz (2002) traz a afirmação de Winnicott (1971) que diz ser essas “pessoas tão firmemente ancoradas na realidade objetivamente percebidas que estão doentes no sentido oposto (*ao do psicótico*), dada a sua perda do contato com o mundo subjetivo e com a abordagem criativa dos fatos” (p. 28). Para o autor, ele contribuiu com a compreensão da normopatía dizendo que existiam pessoas que possuíam uma formação psíquica em que a normalidade aparente era apenas uma forma de esconder uma grave problemática de fundo próxima à psicose ou uma “psicose latente”, como dizia Winnicott.

Segundo Bollas (1987) citado em Ferraz (2002), este tipo de pessoa empreende um afastamento do aspecto subjetivo da vida humana tentando livrar-se do contato com a vida intrapsíquica.

A normopatía não é exatamente uma categoria nosográfica da psicopatologia, conquanto se refira, sim, a um determinado modo de funcionamento psíquico plenamente observável e detectável tanto em sua forma “pura”, como em pacientes com tendências à somatização, aos ataques de pânico ou mesmo em estado de pré-psicose.

Deste modo, podemos falar das características gerais dos normopatas, sem, contudo, reduzi-los a uma espécie de categoria “fechada” (Ferraz, 2002, p. 83).

1.5 – Uma proposta para a questão normal vs. anormal

“Tenho um certo receio de certas palavras, sobretudo das palavras-gavetas, onde você encaixa um amontoado maldiferenciado de coisas-conceitos; enganam demais. Povo, amor, democracia, neurose, loucura, o que será tudo isso?” (Romero, 1996, p. 103).

A partir da discussão precedente, fica evidente que sofrimento, incapacitação e desvio da norma podem e devem ser contemplados na definição do comportamento anormal. Todavia, segundo Holmes (1997) é necessário que permaneçamos flexíveis no sentido de estabelecer critérios para determinar se um indivíduo é normal ou anormal. “É arriscado tentar uma definição específica, mas poderia dizer que comportamento anormal é o comportamento que é pessoalmente angustiante ou pessoalmente incapacitante ou é culturalmente tão afastado da norma que outros indivíduos o julgam como inapropriado ou mal-adaptivo” (idem, p. 32). Dessa forma, leva-se em conta tanto os aspectos pessoais quanto os culturais do comportamento do indivíduo ao determinar o que é o comportamento anormal, além de permitir que a anormalidade seja diferente de indivíduo para indivíduo, de cultura para cultura e de época para época. No entanto, para nós, mais importante que determinar se um indivíduo é normal ou anormal é escutar o seu sofrimento psíquico, que não passa necessariamente por responder à pergunta da normalidade ou anormalidade.

Com relação a este assunto, Canguilhem (1978, p. 90) concorda com Goldstein quando este afirma que “em matéria de patologia a norma é, antes de tudo, uma norma individual” e com E. Minkowski ao afirmar que:

o fato da alienação não pode ser reduzido unicamente a um fato de doença, determinado por sua referência a uma imagem ou a uma idéia precisa do homem médio ou normal. É intuitivamente que classificamos um homem como alienado e o fazemos “como homens e não como especialistas”. O alienado “não se enquadra” não tanto em relação aos outros homens mas em relação à própria vida; não é tanto desviado, mas sobretudo diferente. É pela anomalia que o ser humano se destaca do todo formado pelos homens e pela vida. É ela que nos revela o sentido de uma maneira de ser inteiramente

“singular” e o faz primitivamente, de um modo muito radical e impressionante. Essa circunstância explica por que o “ser doente” não esgota absolutamente o fenômeno da alienação que, impondo-se a nós sob o ângulo de “ser de modo diferente” no sentido qualitativo da palavra, abre imediatamente caminho para considerações psicopatológicas feitas sob esse ângulo (p. 89).

Scharfetter (1997) avaliza tal pensamento quando afirma que, para o clínico, o conceito de norma individual, como especificação individual do conceito estatístico de norma, é importante. Assim como Kanksein citado em Canguilhem (1978) quando diz que “tratando-se de uma norma supra-individual é impossível determinar o ‘ser doente’ (...); no entanto, isto é perfeitamente possível quando se trata de uma norma individual” (p. 144).

Enfim, de acordo com Canguilhem (1978), uma vez que a fronteira entre normal e o anormal é imprecisa para vários indivíduos considerados simultaneamente e é perfeitamente precisa quando se tem em vista um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente, o que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar anormal em outra, se continuar inalterado.

CAPÍTULO 2 - REPENSANDO O *PATHOS*

Em primeiro lugar é preciso entender o que vem a ser o *pathos* e sua relação com a idéia de patologia, desconstruindo a redução de *pathos* à doença.

Segundo Martins (1994), o termo *pathos* tornou-se um radical que, quando utilizado com qualquer outra palavra, imputa a essa a idéia de doença; todavia, o conceito de *pathos* traz consigo possibilidades e problemas com uma amplitude maior que o sentido de doença. Em se tratando de uma dimensão essencialmente humana, o termo “seria compreendido como uma disposição originária do sujeito que está na base do que é próprio do humano” (p. 5). Dessa forma, *pathos* faz parte de todo o universo do ser, atravessando a completude da dimensão humana, pertencente à descoberta e à infindável investigação do que é o Homem.

Martins (1994) também traz a idéia de que o *pathos* deve ser entendido como uma disposição afetiva fundamental, que é organizadora e propulsora do destino humano, ou seja, é fundamental na tomada de decisão com relação à posição de vida do sujeito, tornando-se em muitos casos o que move e dá vida a esse sujeito. Muitas vezes essa disposição leva o sujeito a viver uma desarmonia, ou falta de harmonia (disposição), que acaba por se tornar um elemento mais evidente em sua existência. Essa desarmonia é característica das formas essenciais de destinos *patológicos* humanos em que o sofrimento toma espaço. “O *pathos* contém esta possibilidade de perda de harmonia na evolução e nos destinos diferentes dos seres humanos, especialmente dos chamados doentes mentais, mas também contém as formas mais sublimadas de existência” (p. 8).

O *pathos* está ligado ao modo afetivo que cada indivíduo constrói para estar no mundo, dizendo respeito não somente às questões de desequilíbrio, mas estando presente também no dia a dia do sujeito e de sua cultura. Essa disposição subjetiva individual resultará na maneira como o sujeito lidará com a realidade: se com mais ou menos sofrimento, se com mais ou menos contato com essa realidade e se de maneira mais rígida ou flexível.

Em uma direção semelhante, embora não idêntica, Berlinck (2000) coloca que além de sofrimento, *pathos* também dá origem às palavras “paixão” e “passividade”. Assim, para o autor, o sujeito é *constituído e coincide* com o *pathos*, que é sofrimento, paixão e passividade. Ele acrescenta que quando *pathos* acontece, algo da ordem do excesso, da desmesura, toma conta da “cena” sem que o eu possa tomar posse desse acontecimento, a não ser como paciente, como ator.

Portanto, ainda segundo Berlinck (2000), *pathos* não existe se não houver mobilidade, imperfeição ontológica. Para ele, *pathos* é um dado da existência humana e, nesse sentido, designa o que é pático, o que é vivido e que pode ser transformado em experiência, considerando-o como algo que enriquece e alarga o pensamento. *Pathos* transforma-se em patologia, um discurso sobre o sofrimento, as paixões e a passividade quando rege as ações humanas.

Queiroz (2002) compactua com as idéias de Berlinck acrescentando que, na condição de sofrimento passivo que *pathos* traz, o sujeito é afetado por algo que vem de fora, não tendo origem no corpo, mas passa necessariamente pelo corpo e expressa-se pela *hýbris*.

O esforço feito até o momento foi no sentido de demonstrar como está o pathos na essência mesma do ser humano, e não só na excepcionalidade do adoecer. Na verdade, se fossemos mais justos, deveríamos indicar que houve uma redução do conceito de pathos ao sentido de doença. (...) Conseguiu-se um conhecimento objetivo que, de tão privilegiado, deixou de lado o sujeito mesmo, objeto de tanto estudo. Por isso se torna premente pensar a questão phática como sendo inerente e fundamental para o Ser, sem que com isso seja excluída a noção fundamental de sofrimento humano. Mas antes de pathos ter sido tomado como doença, a própria noção de adoecimento passou a ser controlada por um outro conceito. Trata-se de confundir pathos com doença, e esta com hýbris. Finalmente, assim, com a concepção de doença. Pathos se torna hýbris sem o saber, como se pathos envolvesse somente a aberração, o desvario e a anormalidade. O conceito de hýbris foi identificado como sendo campo de estudo do pathos contemporâneo. (...) Hýbris seria o ultraje, a aberração,

relacionando-se estreitamente com algo ofensivo, insultuoso e injurioso...
(Martins, 1994, p. 13)

Dessa forma, ainda segundo Martins (1994), tudo o que possa ser identificado como sendo *pathos* pertence ao ser humano, sendo o adoecer também uma possibilidade deste Ser. Por este motivo, os limites do patho-lógico devem ser interpretados para além dos sentidos tradicionais que delimitam a noção de patológico na medicina atual.

Não se trata aqui de fazer apologia às patologias, anular o sofrimento e a angústia humanos que se presentificam, por exemplo, nas experiências de alucinação e delírio. Todavia, é possível pensarmos a patologia como a forma que o sujeito encontrou para estar no mundo, resgatando a história de sua subjetividade.

2.1 – Pathos e estruturação

Pathos, como foi discutido, pode ser entendido como estando ligado ao modo afetivo que cada indivíduo constrói para estar no mundo e que surge, no ponto de vista da teoria psicanalítica, da tentativa do aparelho psíquico de lidar com o corpo e a cultura desse indivíduo (Martins, 1994). Dessa forma, pode-se pensar que o sintoma não é meramente algo patológico no sentido estrito de *hýbris*, é também da ordem do estruturante.

A partir do princípio do cristal descrito por Freud, encontra-se tematizada a capacidade do psicopatológico em desnudar a estrutura, ou seja, o patológico é capaz de deixar visível a composição estrutural do sujeito. Vale dizer que existe, na concepção psicanalítica, uma relação recíproca entre a estrutura clínica e a psicopatologia. É no *pathos* que o sujeito reconhece sua verdadeira constituição. Trata-se, portanto - o que tornou-se evidente na experiência clínica - da necessidade de ultrapassar a concepção nosográfica, indo além das considerações puramente descritivas e classificatórias. No interior de cada linhagem estrutural persiste uma variedade de possibilidades, o que nos leva à idéia de uma ação transformadora da estrutura clínica. Uma série de percursos impostos pela história do sujeito vai construir uma teia complexa de significações, escapando da

configuração de limites impostos pela estrutura. *Pathos*, enquanto excesso, não comporta um fechamento em si mesmo: significa dizer que a estrutura patológica se confunde com a própria subjetivação, sendo a possibilidade do sujeito em um dado tempo...

A construção do delírio, por exemplo, é uma tentativa de reorganização do funcionamento mental do indivíduo, é um esforço que o aparelho psíquico do sujeito realiza no sentido de lidar com a desorganização vivenciada pelo sujeito. A realidade que se impõe ao sujeito é tomada como intolerável, exigindo a construção de uma nova realidade onde encontre um espaço para si.

Nasio (2001), retomando a idéia freudiana de que “o delírio é uma tentativa de cura” (p. 54), argumenta que no famoso estudo do caso Schreber, Freud demonstrou que a construção delirante é resultado da tentativa de organização psíquica empreendida pelo psiquismo de Schreber que não “suporta” a idéia que um dia em semivigília lhe ocorreu: “seria muito bom ser uma mulher submetendo-se ao coito” (p. 45). Schreber indigna-se com tal idéia e a repugna veementemente; dessa forma, foi preciso que ele encontrasse uma maneira de resolver esse conflito. É justamente neste momento que a psicose entra em “cena” como uma tentativa de ligação: “essa idéia indigna nunca me haveria ocorrido sem uma intervenção externa” (idem, p. 47).

O delírio ou a alucinação, entendidas do ponto de vista psíquico, não são conseqüências imediatas de uma dada causa, mas efeitos derivados da tentativa do sujeito de se defender de uma dor insuportável. Alguns doentes mostram-nos isso, como um deles disse a Storch (1965), citado em Scharfetter (1997, p. 245): “Eu construo o meu próprio mundo, a fim de superar tudo o que é lamentável”. Outro dizia a Kretschmer (1963) também citado em Scharfetter (1997, p. 245): “Você pode dizer o que quiser da realidade, eu acho-a horrível”.

Scharfetter (1997) afirma que:

o doente com delírio de perseguição experimenta uma intensa relação com os outros (ainda que com caráter negativo) e através dela sai do seu isolamento: “é preferível ser perseguido do que estar só”; ou que o delírio de perseguição ajuda a evitar também uma proximidade insuportável, e que o doente, no seu delírio de redenção e de cura, se preocupa altruisticamente pelas outras pessoas, dando ambos lugar a uma promoção do papel social (p. 245).

Para Freud, a psicose é uma doença da defesa; “é a expressão mórbida da tentativa desesperada que o eu faz para se preservar, para se livrar de uma representação inassimilável que, à maneira de um corpo estranho, ameaça sua integridade” (Nasio, 2001, p. 36). Nesta mesma direção, Dahlke & Dethlefsen (2002) afirmam que a função do sintoma é fazer desaparecer, na maioria das vezes, o elemento que está causando a perturbação, o desequilíbrio.

Desde Freud (1895), em *Estudos sobre a histeria*, que se pode observar evidências dessa peculiaridade das patologias; quando ele demonstrou que ao se retirar o sintoma de um paciente, ele reaparecia em outro lugar. O sintoma pode ser pensado como ocupando o lugar de algo que falta, que está desorganizado ou mesmo insuportável.

Para alguns autores, a própria neurose, em muitos casos, é considerada como uma defesa à psicose. Bergeret (1998) diz que “é comum encontrar organizações estruturais autenticamente psicóticas que se defendem contra a descompensação graças a defesas de modalidade neurótica, mais particularmente obsessiva, por exemplo” (p. 48). O autor afirma, a partir de sua reconhecida experiência profissional no consultório psicológico, que alguns pacientes com o diagnóstico de neurose obsessiva, que possuem uma visível manifestação defensiva com complicados e impressionantes rituais, na verdade estão buscando a própria organização e evitando que a desfragmentação psicótica tome conta do seu ser.

Retomando a experiência mencionada no início deste texto, pode-se ilustrar esta idéia. Um paciente, diagnosticado como neurótico obsessivo, quando perguntado sobre as razões pelas quais emitia alguns comportamentos ritualísticos como demorar no banho, dar pulos, andar para frente e para trás e ter uma grande rigidez com horários, sempre respondia da seguinte forma: “Se eu não fizer os rituais não terei harmonia; se não me limpar acho que vai acabar acontecendo uma besteira, uma loucura... fico perturbado” (sic). A partir de uma atividade projetiva, o mesmo desenhou uma árvore com uma infinidade de linhas paralelas e horizontais no tronco da mesma, que segundo ele “são essenciais para segurar a árvore, senão ela desmonta” (sic); durante a conversa sobre os desenhos, o paciente demonstrou uma grande identificação com a árvore, projetando alguns sentimentos e situações vividas por ele na mesma. Apesar do entendimento tradicional acerca da função de proteção dos rituais compulsivos no sentido de aplacar a angústia oriunda das

obsessões, o contato clínico e cotidiano com este sujeito parece apontar para uma função estruturante, não meramente defensiva, ainda que também o seja.

Outro paciente diagnosticado com esquizofrenia tinha hábito de andar com os braços cruzados e explicava tal comportamento dizendo: “estou me segurando senão eu me desmonto, eu me perco...” (sic). Este mesmo paciente dizia não gostar do mapa do Brasil que tinha pendurado na parede do hospital e dizia: “É muito grande, tem muitos lugares, não consigo me encontrar em nenhum deles” (sic). E, em uma de suas crises, disse: “não adianta eu tentar ser homem... Eu sou mulher!” (sic). Ainda, outra paciente durante uma conversa disse: “Ontem estava pensando e cheguei à conclusão de que não tenho nada na cabeça, então, hoje decidi colocar o chapéu para que pelo menos fora da cabeça eu tenha alguma coisa”(sic). Essas breves referências clínicas revelam a produção de sentidos presentes na vivência sintomática que sugere a presença de *pathos* para além de *hýbris*.

2.2 – Pathos e existência

Para Sartre, citado em Romero (2001), não importa o que nos foi dado, o importante é o que nós fazemos com o que recebemos; assim, o sujeito se configura e configura seu mundo de um modo concreto, conforme as situações que esteja vivendo numa fase determinada de sua vida.

Segundo Romero (2001), “o mental não é algo que nos acontece apenas dentro da cabeça, sem maior relação com o mundo fora. Pelo contrário: o mental está intimamente direcionado para o mundo; é o mundo refletido de certa maneira, numa determinada pessoa” (p. 57). Cada pessoa é o que pode ser, com todas as suas possibilidades e limitações; toda vivência é uma forma de relação que o sujeito estabelece com os diversos objetos que constituem seu mundo.

Dalgarrondo (2000), retomando um aspecto da leitura existencialista da psicopatologia, afirma que o “doente” é visto como uma “existência singular”. “O ser é constituído pela experiência particular de cada sujeito, na sua relação com outros sujeitos, na abertura para a construção de cada destino pessoal” (p. 29). Dessa forma, a doença mental seria entendida como um modo particular de existência, uma forma trágica de ser no mundo, de construir seu caminho.

O mundo de uma pessoa é uma configuração complexa de relações significativas que sustentam sua existência, que oferece-lhe certas possibilidades, mas que também pode aprisioná-la. Esta posição é próxima da defendida por Berlinck (2000) quando afirma que *pathos* torna-se patologia quando o sofrimento e a passividade passam a reger as ações humanas.

A loucura “pode ser entendida pelo lado social, (...) como uma incapacidade do indivíduo para adaptar-se às exigências e solicitações da realidade coletiva ou interpessoal – inadaptação que o leva a uma ruptura com essa realidade” (Romero, 2001, p. 301). Podemos, dessa forma, utilizando um outro referencial teórico, entender a loucura como um refúgio no imaginário, quando a realidade resulta para o sujeito completamente intolerável.

Romero (2001) discute um ditado que apresenta como o refúgio no imaginário pode servir tanto para o neurótico quanto para quem já não acerta conviver dentro dos padrões de sua comunidade:

“O neurótico constrói castelos no ar sem tentar nunca neles morar; o louco inventa igualmente castelos no ar para neles habitar” (p. 303).

Com este ditado, pode-se perceber que cada indivíduo constrói e habita um mundo de acordo com a sua experiência e segundo a feição e a natureza de seus conflitos. O autor reflete que:

Os dois tipos alimentam fantasias insustentáveis, incompatíveis com o princípio de realidade. Os dois tipos agem segundo objetivos errados, mas o alcance do extravio marca a diferença. O intuito do neurótico permanece em perpétua distância de seu cumprimento; talvez como miragem e alívio parcial de suas dores. Não chega ao abandono de sua base de sustentação; só que essa base é muito frágil. (...) O supercontrole do obsessivo, com sua necessidade de ordem e programação, delata igualmente essa fragilidade. E o histérico? Vive na representação e na inautenticidade. (...) O psicótico vai mais longe; seu desarraigo é maior; inventa castelos no ar para neles morar (idem, p. 304 e 305).

Pode-se pensar que *pathos* e estrutura e *pathos* e subjetivação atualizam-se na existência única de cada sujeito, sendo os sentidos construídos na história psíquica e existencial de cada subjetividade.

CAPÍTULO 3 – ALGUMAS OBSERVAÇÕES ACERCA DO CASO DO DR. DANIEL PAUL SCHREBER.

No presente capítulo, retomaremos o caso do doutor em Direito, Daniel Paul Schreber, que Freud (1911) apresenta em suas *Obras Completas* com o título: *Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia Paranóides)* a fim de que possamos refletir, tendo como base este caso, algumas das idéias até agora apresentadas.

Freud (1911) diz ter feito, como sugere o título do texto, algumas notas a respeito do livro *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*, ou seja, *Memórias de um Doente dos Nervos*, publicado pelo Dr. Schreber em 1903. Os dois nunca tiveram nenhum contato pessoal, nem nunca se viram, mas para Freud é legítimo o seu trabalho baseado na publicação da história clínica escrita e publicada pelo próprio “paciente que sofria de paranóia”, uma vez que

os paranóicos não podem ser compelidos a superar suas resistências internas e desde que, de qualquer modo, só dizem o que resolvem dizer, decorre disso ser a paranóia um distúrbio em que um relatório escrito ou uma história clínica impressa podem tomar o lugar de um conhecimento pessoal do paciente (p. 21).

Assim como Freud fez em seu texto¹, sempre que necessário, traremos as citações dos trechos os quais nos basearemos para tecer algumas observações, bem como traremos a história do Dr. Schreber durante o texto para que o mesmo fique mais interessante e com uma leitura mais fluida. No início será necessário situar o leitor na vida e no “adocimento” de Schreber.

¹ No presente capítulo tomaremos como base o texto *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia Paranoides)* das *Obras psicológicas completas* de Sigmund Freud: edição standard brasileira v. XII – Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 15–89. (Trabalho publicado originalmente em 1911).

Schreber relata ter sofrido duas vezes de distúrbios dos nervos que, segundo ele, foram resultado de excessiva tensão mental; no entanto, não nos relata o suficiente sobre sua história de vida anterior. Sua primeira doença começou em 1884, no outono, por ocasião de sua apresentação como candidato à eleição para juiz de um tribunal inferior e no final de 1885 já se encontrava totalmente restabelecido.

Era casado e vivia uma vida de grande felicidade e honrarias exteriores, mas com frustração por não ter filhos.

Entre as datas de junho de 1893, quando foi informado de sua indicação para *Senatspräsident*, e 1º. de outubro do mesmo ano, quando assumiu o cargo, Schreber teve alguns sonhos que, apenas mais tarde, atribuiu a devida importância aos mesmos².

Sonhou duas ou três vezes que o antigo distúrbio nervoso retornara e isto o tornou tão infeliz no sonho, quanto a descoberta de ser apenas um sonho fê-lo feliz ao despertar. Além disso, certa vez, nas primeiras horas de manhã, enquanto se achava entre o sono e a vigília, ocorreu-lhe a idéia de que, 'afinal de contas, deve ser realmente muito bom ser mulher e submeter-se ao ato da cópula'³ (Freud, 1911, p. 24).

Como já apresentamos no capítulo 2, Schereber não “suporta” essa idéia, rejeitando-a com grande indignação e atribui a ela uma influência externa: “aquilo só podia vir do exterior” (Nasio, 2001, p. 53). Dessa forma, dá-se início à sua segunda “doença”, no fim de outubro de 1893, quando foi tomado por um acesso de insônia torturante, fazendo com que retornasse à clínica de Flechsig. Após a sua internação, sua condição teve uma grande piora com certa rapidez, como podemos constatar no relatório redigido pelo diretor do asilo Sonnenstein em 1899:

² Em seu texto, Freud (1985) acrescenta a nota de rodapé dizendo que os sonhos de Schreber aconteceram antes que ele “pudesse ter sido afetado pelo excesso de trabalho acarretado pelo novo posto, ao qual atribui a enfermidade” (p. 24).

³ SCHREBER, D. P. (1903) *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*, Leipzig, [Trad.: *Memoirs of My Nervous Illness* (trad. De I. Macalpine e R. A. Hunter), Londres, 1955].

No início de seu internamento ali, expressava mais idéias hipocondríacas, queixava-se de ter um amolecimento do cérebro, de que morreria cedo etc. Mas idéias de perseguição já surgiram no quadro clínico, baseadas em ilusões sensórias que, contudo, só pareciam aparecer esporadicamente, no início, enquanto, ao mesmo tempo, um alto grau de hiperestesia era observável – grande sensibilidade à luz e ao barulho. Mais tarde, as ilusões visuais e auditivas tornaram-se muito mais freqüentes e, junto com distúrbios cenestésicos, dominavam a totalidade de seu sentimento e pensamento. Acreditava estar morto e em decomposição, que sofria de peste; asseverava que seu corpo estava sendo manejado de maneira mais revoltante, e, como ele próprio declara até hoje, passou pelos piores horrores que alguém possa imaginar, e tudo em nome de um intuito sagrado. O paciente estava tão preocupado com estas experiências patológicas, que era inacessível a qualquer outra impressão e sentava-se perfeitamente rígido e imóvel durante horas (estupor alucinatório). Por outro lado, elas o torturavam a tal ponto, que ele ansiava pela morte. Fez repetidas tentativas de afogar-se durante o banho e pediu que lhe fosse dado o “cianureto que lhe estava destinado”. Suas idéias delirantes assumiram gradativamente caráter místico e religioso; achava-se em comunicação direta com Deus, era juguete de demônios, via “aparições miraculosas”, ouvia “música sagrada”, e, no final, chegou mesmo a acreditar que estava vivendo em outro mundo (Schreber, 1903, p. 380 apud Freud, 1911, p. 25).

Freud (1985) acrescenta que Schreber pensava estar sendo perseguido e prejudicado por algumas pessoas, de forma especial pelo seu médico anterior, Flechsig, a quem chamava de “assassino da alma” e gritava repetindo várias vezes: “Pequeno Flechsig!” (Schreber 1903, p. 383 apud Freud, 1911, p.25) dando notória ênfase à primeira palavra.

Foi levado para Leipzig, passou um tempo no asilo particular do Dr. Pierson, em Lindenhof e depois, em junho de 1894, foi encaminhado para o Asilo Sonnenstein, onde permaneceu até que o distúrbio assumiu o aspecto final. Com o passar dos anos, o quadro clínico se alterou, como podemos constatar nas palavras do diretor do asilo Dr. Weber:

Não preciso me aprofundar nos pormenores do curso da doença. Devo, contudo, chamar a atenção para a maneira pela qual, à medida que o tempo passava, a psicose inicial comparativamente aguda, que havia envolvido diretamente toda a vida mental do paciente e merecia o nome de “insanidade alucinatória”, desenvolveu-se cada vez mais claramente (quase poder-se-ia dizer cristalizou-se) até o quadro clínico paranóico que temos hoje diante de nós. (Schreber, 1903, p. 385 apud Freud, 1911, p. 25).

Nestas palavras do Dr. Weber, percebemos que a “doença” de Schreber teve uma evolução, conforme já explicitamos, em que a construção delirante aparece em uma tentativa empreendida pelo psiquismo do sujeito de reorganização do mesmo, como podemos perceber nas palavras de Freud (1911):

Aconteceu que, por um lado, ele havia desenvolvido uma engenhosa estrutura delirante, na qual temos toda razão de estar interessados, ao passo que, por outro, sua personalidade fora reconstruída e agora se mostrava, exceto por alguns distúrbios isolados, capaz de satisfazer as exigências da vida cotidiana (p. 25).

Assim como Freud, também estamos interessados na estrutura delirante que se formou para que fosse resolvido o conflito que o sonho lhe trouxe. Neste sentido, a partir de agora, daremos especial atenção a essa construção, a fim de que possamos pensar acerca de algumas das idéias apresentadas até o momento na presente monografia.

Toda a construção delirante tem como objetivo sustentar a proposição de que a idéia que lhe veio enquanto acordava, que seria muito bom ser uma mulher submetendo-se a cópula, só seria possível por ter vindo do exterior e de forma impositiva, não cabendo contestação; dessa forma, algo deveria justificar a sua transformação de homem em mulher. Nesse sentido, como resume a decisão judicial que lhe restituiu os direitos civis, ele “acreditava que tinha a missão de redimir o mundo e restitui-lhe o estado perdido de beatitude. Isso, entretanto, só poderia realizar se primeiro se transformasse de homem em mulher” (Schreber, 1903, p. 475 apud Freud, 1911, p. 27).

Agora não era mais um desejo dele se transformar em mulher e submeter-se à cópula, era algo que fugia de sua vontade, era uma ordem vinda de Deus que lhe incumbiu de restituir ao mundo o seu estado de beatitude. Dessa forma, Freud (1911) diz que o fato mais essencial da missão redentora de Schreber é ela ter que vir precedida por sua emasculação, ou seja, sua transformação em mulher.

Fica evidente, no caso de Schreber, uma defesa contra o desejo homossexual, uma vez que ele mesmo relata:

Poucas pessoas podem ter sido criadas segundo os estritos princípios morais em que fui, e poucas pessoas, durante toda a sua vida, podem ter exercido (especialmente em assuntos sexuais) uma autocoibição que se conformasse tão estritamente a esses princípios, como posso dizer de mim mesmo que exerci (Schreber, 1930, p. 285 apud Freud, 1911, p. 41).

Freud (1911) complementa dizendo que ao ler as palavras de Schreber, este parece compartilhar do preconceito em torno da homossexualidade vigente na época e ainda hoje, falando de “distúrbio nervoso” e lapsos eróticos, como se as duas coisas fossem inseparáveis.

Para não pairar dúvidas sobre a sua missão e de que era ele mesmo o responsável pela “salvação” do mundo, ele próprio estava convencido de ser o único ser na Terra sobre o qual os milagres divinos eram capazes de se realizarem. Tais milagres experimentados eram confirmados por vozes com que ele conversava. No início de sua moléstia, o acometimento terrível de muitos de seus órgãos, segundo ele acreditava, levaria qualquer pessoa à morte; no entanto, ele “viveu por longo tempo sem estômago, sem intestinos, quase sem pulmões, com o esôfago rasgado, sem bexiga e com as costelas despedaçadas (...)” (Freud, 1911, p.27). Mas o que havia sido destruído sempre era restaurado pelos milagres divinos.

Quando estes fenômenos cessaram, sua “feminilidade” tornou-se proeminente, fazendo com que ele tivesse a sensação de que seu corpo recebera uma grande quantidade de “nervos femininos” e que, a partir deles, por meio de uma fecundação direta de Deus, seria dada origem a uma nova raça de homens e estes reconquistariam um estado de beatitude. Freud (1911) diz que o relatório médico nos faz presumir que a mola mestra desse complexo delirante se constitui da ambição de

Schreber em desempenhar o papel de redentor e que sua transformação em mulher merece ser vista apenas como um meio para alcançar tal fim. Em contrapartida, Freud defende a idéia de que a emasculação, idéia que Schreber encarava como injúria e difamação, constitui o delírio primário, e só secundariamente o mesmo se relacionou com o papel de Redentor. Além disso, em um primeiro momento ele acreditava que a sua transformação deveria ser efetuada para fins de abusos sexuais e não para a salvação da raça humana. Dessa forma, para o autor, o delírio sexual de perseguição foi transformado em delírio religioso de grandeza e o papel de perseguidor primeiramente atribuído ao Dr. Flechsig foi canalizado para o próprio Deus.

Em uma passagem que Freud (1911) traz em seu texto, Schreber parece ter a consciência de que toda essa construção foi empreendida no sentido de solucionar o conflito que se travava: “Demonstrei mais tarde que a emasculação para propósito inteiramente diferente – um propósito *em harmonia com a Ordem das Coisas* – acha-se dentro dos limites da possibilidade, e, na verdade, que muito provavelmente pode proporcionar a solução do conflito” (p. 30).

Freud (1911) lembra que as “vozes” que o paciente ouvia tratavam de sua emasculação sempre como algo da ordem de “orgias” sexuais, o que davam a elas respaldo para escarnecerem dele chamando-o de “senhorita Schreber”, ou diziam que o *Senatspräsident* teria sido essa pessoa que se deixa ser submetido a cópula⁴. Ou, ainda: “Não se sente envergonhado, na frente de sua mulher?” (p. 30).

Então, o papel do delírio, segundo Freud (1911) ao vincular a fantasia de emasculação com a idéia de ser ele o Redentor é no sentido de preparar o caminho para que ele se reconciasse com a primeira idéia, conforme podemos perceber no texto a seguir:

Agora, contudo, dei-me claramente conta de que a Ordem das Coisas exigia imperativamente a minha emasculação, gostasse ou não disso pessoalmente, e que nenhum caminho razoável se abre para mim exceto reconciliar-me com o pensamento de ser transformado em mulher. A outra conseqüência de minha emasculação, naturalmente, só poderia ser a minha

⁴ Literalmente teríamos: “Então isso declara ter sido um *Senatspräsident*, essa pessoa que se deixa ser f...a!” (Freud, 1911, p. 30).

fecundação por raios divinos, a fim de que uma nova raça de homens pudesse ser criada (Schreber, 1903, p. 177 apud Freud, 1911, p. 31).

Nesse sentido, concordamos com Freud (1911), que a idéia de sua transformação em mulher foi o germe mais primitivo de todo o processo delirante empreendido pelo psiquismo de Schreber; bem como que a sua “loucura” exige mais que um pouco de fé, exige um método. Neste sentido, Schreber constrói toda uma teoria que dará sustentação a sua atividade delirante; misturando, segundo Freud (1911), espantosamente o banal e o brilhante. Além de servir como sustentação para a atividade delirante, suas teorias também trazem a possibilidade de satisfazer o seu desejo de ser pai, agora não apenas de simples pessoas como nós, mas de uma nova raça de homens.

Esta posição de Freud nos remete à frase que Lacan escreveu na sala de plantão do hospital Saint-Anne em Paris, ainda como residente: “Não é louco quem quer”, que, segundo Quinet (1951) pode ser lido como “só é louco quem pode” (p. 3).

“A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de construção” (Freud, 1911, p. 78). Segundo Filizzola (1994), não é difícil percebermos que a loucura desdobra e desenvolve uma razão lógica em que “o delírio aparece sob a forma de uma lógica sim, mas ‘da do louco’” (p. 19). Nesse sentido, essa produção se apresenta a nós como um discurso articulado; um discurso que fala do sujeito em questão.

Outro ponto importante é que Schreber, dias antes ao início de sua “doença”, teve dúvidas sobre assuntos religiosos, questionando até a existência de Deus, como ele mesmo diz:

Que se tratava simplesmente de uma questão de ilusões parece-me ser, em meu caso, pela própria natureza das coisas, psicologicamente inconcebível. Por ilusões de manter comunicação com Deus ou com almas que já não mais se encontram aqui só podem surgir exatamente nas mentes de pessoas que, antes de cair em estado de excitação nervosa patológica, já tinham crença firme em Deus e na imortalidade da alma. De qualquer modo,

porém, esse não era o meu caso (...) (Schreber, 1930, p. 79 apud Freud, 1911, p. 34).

Freud (1911) nos diz que, ao ler o relato do Deus de Schreber, podemos perceber que no Redentor de hoje é possível identificar características daquele que ontem duvidada; por exemplo, ele relata que Deus estaria acostumado em se comunicar apenas com os mortos e que, nesse sentido, não compreendia os homens vivos. “Descobriremos, na verdade, que este ‘relacionamento estreito’ é a rocha sobre a qual o paciente funda suas esperanças de uma reconciliação final com Deus e de seus sofrimentos recebam um fim” (p. 39–40); mesmo que essa relação venha acompanhada de uma desconfiança da existência de Deus, é a única esperança de Schreber.

No já citado relatório do Dr. Weber de 1899, algumas de suas observações demonstram que, excetuando as suas idéias delirantes, Schreber não tinha outro comprometimento em sua vida, indicando mais uma pista para pensarmos que ele não estava “doente”; a sua construção delirante foi a forma que o psiquismo dele encontrou para “suportar” as idéias que o seu sonho continha. Negar a realidade comum a todos os seres humanos e criar uma nova para habitá-la foi a forma encontrada para se proteger. Dessa forma, interpretamos a mesma como uma saída estruturante e não patológica, ainda que produza sofrimento para o sujeito:

Assim, parece que, no momento, independentemente de certos sintomas psicomotores óbvios, que não podem deixar de impressionar como patológicos mesmo o observador superficial, Herr Senatspräsident Dr. Schreber não apresenta sinais de confusão ou de inibição psíquica, nem sua inteligência se acha notadamente prejudicada. Sua mente é calma, a memória excelente, tem à disposição estoque considerável de conhecimentos (não somente sobre questões jurídicas, mas em muitos outros campos) e é capaz de reproduzi-los numa seqüência vinculada de pensamento. Interessa-se em acompanhar os acontecimentos do mundo da política, da ciência, da arte etc. e ocupa-se constantemente com tais assuntos... e um observador desinformado sobre sua condição geral dificilmente notaria algo de peculiar

nesses procedimentos. (...) (Schreber, 1903, p. 385–386 apud Freud, 1911, p. 25–26).

Com a grande mudança vivenciada por Schreber em seu estado, o mesmo considerou ser capaz de viver independentemente, pleiteando a sua alta do asilo. O Dr. Weber redigiu relatórios contrários a tal procedimento, mas em 1900 sentiu-se compelido a dar a seguinte descrição do caráter e conduta do paciente:

Visto que, durante os últimos nove meses, Herr Präsident Schreber fez suas refeições diariamente em minha mesa familiar, tive as mais amplas oportunidades de conversar com ele sobre todos os tópicos imagináveis. Qualquer que fosse o assunto em debate (exceto, naturalmente, suas idéias delirantes), concernente a acontecimentos no campo da administração e do direito, da política, da arte, da literatura e da vida social – em resumo, qualquer que fosse o tópico, o Dr. Schreber mostrava interesse vivaz, mente bem informada, boa memória e julgamento sólido; ademais, era impossível não endossar sua concepção ética. (...) Nem uma só vez, durante essas conversas inocentes à mesa de jantar, introduziu ele assuntos que mais apropriadamente seriam levantados numa consulta médica (Schreber, 1903, p. 397–398 apud Freud, 1911, p. 25–26).

Se prestarmos a devida atenção a esta última descrição do Dr. Weber, perceberemos que, na verdade, Schreber não negou a realidade por completo, foi necessário sim, que se construísse todo o aparato delirante com relação ao sonho que o mesmo teve; em contrapartida, como relata o doutor no relatório, ele continuava tendo interesse pelo mundo da política, da ciência, da arte, entre outras. Mais uma vez afirmamos que tal procedimento foi uma forma de se estruturar no mundo, negando apenas o que lhe era insuportável, que lhe causava sofrimento.

Foi esse, então, o resultado das modificações produzidas em Schreber por sua doença, tal como as encontramos expressas nas duas características principais de seu sistema delirante. Antes dela, inclinara-se ao ascetismo sexual e fora um descrente com referência a Deus, enquanto que, após a

mesma, se tornou crente em Deus e devoto da voluptuosidade. Entretanto, assim como sua fé em Deus reconquistada era de tipo peculiar, assim também a fruição sexual que havia alcançado para si próprio era de caráter muito raro. Não era a liberdade sexual de um homem, mas os sentimentos sexuais de uma mulher. Ele assumiu uma atitude feminina para com Deus; sentiu que era a esposa de Deus (Freud, 1911, p. 41).

Nessa passagem, encontramos o sentido que Berlinck (2000) dá ao *pathos*, em que este designa o que é pático, o que é vivido e pode ser transformado em experiência, tornando-se algo que enriquece e alarga o pensamento.

Freud (1911), ao final do seu texto, convida-nos a retomar o sonho que Schreber teve antes de mudar-se para Dresden, a fim de que percebamos, agora, que a sua construção delirante, onde ocorre a sua transformação em mulher, nada mais era que a realização do conteúdo desse sonho. No início relutou contra a idéia do sonho e contra a sua realização na enfermidade. “Encarou sua transformação em mulher como uma catástrofe porque era ameaçado com intenções hostis” (p. 43). Mas chegou um momento que se reconciliou com a idéia de sua transformação e a colocou em consonância com os propósitos do próprio Deus: “Desde então, e com plena consciência do que fiz, inscrevi em minha bandeira o cultivo da feminilidade” (Schreber, 1930, p. 177–178 *apud* Freud, 1911, p. 43).

Segundo Laplanche e Pontalis (2001), no *Vocabulário da Psicanálise*, a paranóia é uma psicose crônica que tem como características básicas: o delírio com uma certa sistematização, predomínio da interpretação e ausência de enfraquecimento intelectual. Essas características ficam bastante evidentes no caso Schreber; a sua construção delirante era bem sistematizada, composta de algumas teorias que sustentam essa construção; os relatórios do Dr. Weber demonstram que o seu aspecto intelectual permaneceu bastante preservado fazendo com que continuasse capaz de satisfazer exigências da vida cotidiana, como nos diz Freud (1911). “(...) o exame de estado mental apresenta-os completamente normais, exceto pela presença de um sistema delirante acentuadamente anormal” (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003, p. 485).

Com base nessas características básicas é possível fazer uma diferenciação da paranóia com a esquizofrenia e os transtornos de humor. Apesar de poder ter um

humor consistente com o conteúdo de seus delírios, os paranóicos não evidenciam os sintomas afetivos apresentados nos transtornos de humor. E com relação à esquizofrenia a diferenciação é com relação ao conteúdo não bizarro nos delírios paranóicos, além de não apresentarem alucinações proeminentes, embotamento afetivo e sintomas adicionais de transtorno do pensamento (idem, 2003).

Desde o DSM – IV, o termo paranóia vem sendo substituído, pelos psiquiatras, por transtorno delirante, com o objetivo de retirar a idéia de que os delírios presentes nesses casos são sempre de conteúdos persecutórios; eles também podem ter conteúdos de grandeza, ciúme ou erótico. No caso Schreber, os conteúdos que ficam mais evidentes em seus delírios são o persecutório e erotomaníaco.

Mesmo após enquadrarmos os sintomas de Schreber nas características utilizadas na classificação de uma psicose, mais especificamente da paranóia, pensamos não estar invalidando toda a discussão empreendida até o momento, onde a existência de Schreber está representada, tomada e retomada em seu delírio.

É oportuno terminar este tópico com as palavras de Nasio (2001): “As Memórias de um doente dos nervos são um texto absolutamente extraordinário, pois a loucura é descrita nele não pela vertente do observador, mas de dentro, pelo lado do delirante” (p. 45).

3.1 – Implicações da releitura de *pathos* no processo terapêutico

Essa nova forma de entender o *pathos*, como disposição afetiva fundamental, e assim a patologia, faz com que se tenha um novo entendimento sobre a “normalidade” e a “loucura” e, conseqüentemente, um novo modo de pensar a intervenção terapêutica em saúde mental.

“Ao passar da desrazão para a doença mental, a loucura pode ser pensada como pertinente a uma subjetividade particular, ‘loucura de cada um, e não mais loucura universal, dos deuses, mas a loucura dos homens’” (Leite, 2000 apud Cromberg, 2000, p. 19).

A loucura, segundo Teixeira (1996), passa a ser entendida, também como uma problemática biopsicossocial e é a partir daí que se deve pensar as intervenções para o tratamento da doença mental. Afinal, congruente com o que foi discutido ao longo do presente trabalho, o adoecimento mental deve ser entendido como “eminente um fato humano e que as suas fronteiras são as da subjetividade” (Filizzola, 1994, p. 19). Teixeira (1996) enfatiza que em nossa prática lidamos com sujeitos culturalmente reconhecidos como loucos e não com uma coisa conhecida como loucura ou psicose. Nenhuma forma de entendimento absoluto da loucura continua a ter lugar nesse cenário repleto com a individualidade de cada pessoa. Para Rodríguez (1998), toda e qualquer intervenção terapêutica deve “partir da singularidade do paciente para *desenvolver um modelo único a cada caso*, no qual a intervenção é um elemento que pretende sustentar aquele que falha na dimensão delirante do paciente” (p. 146, grifo nosso).

Neste sentido, fica evidente que o que importa não é tanto o comportamento apresentado e sim a posição do sujeito diante desse sintoma (Cromberg, 2000). Tomemos como exemplo a fala, já apresentada, do paciente psiquiátrico que dizia não se encontrar em nenhum lugar no mapa do Brasil; neste caso, é necessário se encontrar um lugar para esse sujeito, além de contextualizar a sua falta de lugar. Podemos retomar, também, a fala da outra paciente que colocou um chapéu na cabeça para aplacar a idéia de que não tinha nada na mesma; é proeminente que se trabalhe com ela a questão da percepção de não ter nada na cabeça e de onde vem essa idéia, se é uma percepção particular ou vem do que as outras pessoas dizem do dito “louco”. É possível oferecer a essas pessoas com sofrimento psíquico intenso uma escuta diferenciada da sua condição, sem que necessariamente passe antes pelo seu enquadramento a uma classificação nosográfica.

CONCLUSÃO

Chegar ao final do presente trabalho é uma vitória imensa! O seu percurso passou por pequenos ajustes até que se apresentasse como aqui está; mas de forma alguma a idéia a ser defendida, ou seja, pensar a patologia por outro prisma que não o da doença, poderia ser modificada.

A discussão acerca da normalidade e do patológico foi de grande importância na construção da idéia que se pretendia defender: enxergar a patologia como possibilidade estruturante do sujeito, propondo, para tal fim, uma releitura da questão *phática*. Estávamos certos de que o reducionismo proposto por alguns autores, de que normal está ligado à idéia de adaptado e anormal de desadaptado, não poderia ser o conceito adotado por nós neste trabalho. Então, propomo-nos fazer o que muitas pessoas se furtam: encarar todas as limitações de frente e buscar a melhor proposta perante essa questão.

Passamos por vários critérios, entre eles o sócio-cultural, estatístico, funcional, da ausência de doença e uma proposta para a questão normal vs. anormal, que nos proporcionaram vários ganhos: a distinção de anormal e doente; a visão do aspecto biopsicossocial das questões que envolvem os construtos saúde e doença, normalidade e patologia. Apontamos a imprecisão da fronteira entre o normal e o anormal, além de explicitarmos as limitações de cada um desses critérios utilizados separadamente e verificamos que mais importante que separar os indivíduos entre normal e anormal é escutar o sofrimento psíquico desse indivíduo, dando-lhe voz ativa, uma vez que é justamente no discurso aparentemente incompreensível do sujeito que podemos entender a saída possível empreendida pelo seu psiquismo por meio de sua existência construída de forma tão peculiar.

Nesse mesmo sentido, juntamo-nos a alguns autores para repensarmos o *pathos* a fim de desconstruir a sua redução à idéia de doença. *Pathos* contém a idéia de doença, mas não pode ficar reduzido a ela, uma vez que faz parte de todo o universo humano. *Pathos* está ligado ao modo afetivo que cada sujeito constrói para

estar no mundo e, portanto, propomos articulá-lo com a idéia de existência e estruturação. Não foi nossa intenção, em momento algum, fazer uma campanha a favor da patologia, anulando o sofrimento e a angústia humanos, mas sim trazer para a discussão a sua função estruturante, ultrapassando a concepção nosográfica e resignificando o sintoma a partir da noção de que o delírio, por exemplo, é a forma que o psiquismo do sujeito encontrou para lidar com o conflito psíquico subjacente, cuja tentativa de ilustrar foi feita por meio de algumas vinhetas clínicas e do estudo do caso Schreber.

Propomos pensar a loucura como uma forma singular pela qual o sujeito exprime a sua verdade, decorrente da impossibilidade de adaptar-se às exigências e solicitações da sociedade, pensando-a como um refúgio no imaginário.

“Freud apresentou a fuga para a psicose como uma alternativa entre as várias possibilidades de defesa que o homem encontra na tentativa de minimizar o sofrimento proveniente das imposições da vida em civilização” (Ferraz, 1997, p. 25–26). Nesse sentido, a negação da realidade e o uso dela como mecanismo de defesa deve ser apreendido em seu sentido global, buscando entender o que dessa realidade está sendo negada e não apenas tentando eliminar essa negação pois, dessa forma, estaríamos apenas arrancando desse sujeito a sua defesa.

Por fim, a efetiva proposta durante esse trabalho, foi o resgate do ser humano e de suas potencialidades, para não cometermos os mesmos erros de Simão Bacamarte, personagem do livro *O Alienista* de Machado de Assis, que, na busca incessante de conhecer as fronteiras entre a razão e a loucura, começou a recolher à “casa dos loucos” pessoas que nem a própria população reconhecia como louco para, enfim, verificar que o louco era ele mesmo.

Por meio do caso Schreber foi possível demonstrarmos, “na prática”, o que vínhamos defendendo. O estudo da construção delirante empreendida pelo seu psiquismo nos deu a possibilidade de vislumbrarmos todo o processo de construção e restabelecimento que está em jogo na psicose, por exemplo.

Cada vez mais fica evidente que é necessário um novo modo de pensar a intervenção terapêutica em saúde mental, pois lidamos com pessoas e não com a loucura ou psicose em suas formas absolutas e universais. Nenhuma forma de entendimento absoluto da loucura pode ter espaço nesse cenário em que a

individualidade de cada pessoa é tão ressaltada. Nesse contexto, é de extrema importância o desenvolvimento de um modelo único para cada pessoa.

Temos consciência de que o presente trabalho não esgotou em si a discussão do assunto proposto e que um estudo de outras patologias e outros casos clínicos, publicados ou não, podem contribuir para o seu enriquecimento. Uma boa proposta seria o estudo do livro *Memórias de um sanatório*⁵ de João Daudt d'Oliveira Neto, bem como um possível contato com o autor que conta, em detalhes, todo o percurso de sua “esquizofrenia”. Outra possibilidade é um estudo de campo com pacientes psiquiátricos como os referenciados na experiência de estágio a fim de entendermos melhor todo esse processo de busca da patologia como uma saída possível, estruturante e existencial.

O passo inicial foi dado; agora, resta-nos continuar com a caminhada rumo ao novo processo onde, de velhos olhares, passaremos a nos enveredar rumo a novas possibilidades de intervenções.

⁵ D'OLIVEIRA NETO, J. D. *Memórias de um sanatório*. Rio de Janeiro: Litteris. 190p. 2003.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSIS, J. M. M. **O alienista**. São Paulo: Scipione, 1994. 192 p.
- BERGERET, Jean. **A personalidade normal e patológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998. 261 p.
- BERLINCK, Manoel Tosta. **Psicopatologia fundamental**. São Paulo: Escuta, 2000. 416 p.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza R. de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense-universitária, 1978. 267 p.
- CROMBERG, R. U. **Paranóia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. 245 p.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 271 p.
- DETHLEFSEN, Thorwald ; DAHLKE, Rüdiger. A doença e os sintomas. **In: A doença como caminho – Uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem**. São Paulo: Cultrix, 2002. p. 11-19.
- FERAZ, F. C. A Psicanálise entre as ciências da loucura. **Psicanálise e Universidade: revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas em psicanálise da PUC-SP**, semestral – n. 7, 1997. p. 9 – 33.
- _____. **Normopatia: sobreadaptação e pseudonormalidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 148 p.
- FILIZZOLA, Carla de Fátima Schinniger. Loucura e a Instituição: “Uma questão de escuta”. **PSIQUE – Revista do Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e Letras – FAHL/ FINP**, Ano 4 – n. 5, 1994. p. 18 – 21.
- FREUD, S. Estudos sobre a histeria. **In: Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1895. 350 p.
- _____. Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia Paranoides). **In: Edição Standard Brasileira das Obras**

- psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1911. p. 15 – 89.
- HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais.** 2. ed. Trad. Sandra Costa. Porto Alegre: artes Médicas, 1997. 565 p.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. ; GREEB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** 7. ed. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed, 1997. 1169 p.
- LAPLANCHE, J. **Novos fundamentos para a psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 1992. 174 p.
- LAPLANCHE, J. ; PONTALIS. **Vocabulário da psicanálise.** 4. ed. Trad. Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 552 p.
- McDOUGALL, J. **Em defesa de uma certa anormalidade.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- MARTIN, B. **Psicologia da anormalidade.** Trad. Dente Moreira Leite. São Paulo: Nacional, 1923. 208 p.
- MARTINS, Francisco. O que é pathos? **In: Psicopathologia I - Fundamentos.** Brasília: Universidade de Brasília - Instituto de Psicologia, 1994. p. 2 – 17.
- MIRANDA SÁ Jr., L. S. **Fundamentos de psicopatologia: bases do exame psíquico.** Rio de Janeiro / São Paulo: Atheneu, 1988.
- NASIO, Juan-David e cols. **Os grandes casos de psicose.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. 244 p.
- QUEIROZ, Edilene Freire. A pesquisa em Psicopathologia fundamental: Um discurso transdisciplinar. **In: Pesquisa em psicopatologia Fundamental.** QUEIROZ, Edilene Freire & SILVA, Antonio Ricardo R. da (orgs.). São Paulo: Escuta, 2002. p. 15 – 25.
- QUINET, A. **Teoria e clínica da psicose.** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. 238 p.
- RESENDE, T. I. M.; CELES, L. A. M. Sobre a (não) condução de uma análise. **Pulsional – Revista de Psicanálise,** ano XII. 2000. n. 137, p. 72-82.
- RODRÍGUEZ, M. J. Algunas contribuciones al debate sobre la clínica de las psicosis. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental.** v. 1, n. 4. 1998. p. 138-146.
- ROMERO, Emílio **Essas inquietantes Ervas do Jardim: O normal e o sintomático.** São Paulo: Lemos, 1996. 166 p.

_____. **O inquilino do imaginário: Formas de alienação e psicopatologia.** 3. ed. Rev. e Ampl. São Paulo: Lemos, 2001. 331 p.

SCHARFETTER, Christian. A cerca de uma Psicopatologia Geral. **In: Introdução à psicopatologia geral.** Climepsi: Lisboa, 1997. p. 01 – 46.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Algumas Reflexões sobre o conceito de cura em psiquiatria. **Cadernos do IPUB.** 1996. n. 3, p. 67-75.