



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JOÃO VITOR MOREIRA MAIA

“ESQUIZOFRENIA”, PRODUÇÃO DO SOFRIMENTO E *ALTERIDADE*
***NEGADA*: ANÁLISE CRÍTICA DOS DISCURSOS DA PSIQUIATRIA**
BIOLÓGICA

FORTALEZA

2020

JOÃO VITOR MOREIRA MAIA

“ESQUIZOFRENIA”, PRODUÇÃO DO SOFRIMENTO E *ALTERIDADE NEGADA*:
ANÁLISE CRÍTICA DOS DISCURSOS DA PSIQUIATRIA BIOLÓGICA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Centro de Humanidades da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor. Área de Concentração: Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. José Célio Freire

FORTALEZA - CE

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M186" Maia, João Vitor Moreira.
"Esquizofrenia", Produção do Sofrimento e Alteridade Negada : Análise crítica dos discursos da
Psiquiatria Biológica / João Vitor Moreira Maia. – 2020.
190 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, , Fortaleza, 2020.
Orientação: Prof. Dr. José Célio Freire.

1. Esquizofrenia. 2. Produção do sofrimento. 3. Alteridade Negada. 4. Crítica. 5. Psiquiatria Biológica. I.
Título.

CDD

JOÃO VITOR MOREIRA MAIA

“ESQUIZOFRENIA”, PRODUÇÃO DO SOFRIMENTO E *ALTERIDADE NEGADA*:
ANÁLISE CRÍTICA DOS DISCURSOS DA PSIQUIATRIA BIOLÓGICA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Centro de Humanidades da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor. Área de Concentração: Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. José Célio Freire

Aprovada em: 27 / 02 / 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Célio Freire (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. João Paulo Perreira Barros
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof.a Dr.a Karla Patrícia Holanda Martins
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Pablo Severiano Benevides
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, **José Célio Freire**, pelo apoio, confiança e paciência nas diversas etapas desta caminhada; pelas orientações que indicaram caminhos mais plausíveis, mas que ao mesmo tempo favoreceram o aventurar-se na delimitação do projeto, na elaboração das análises, sempre no intuito de favorecer a autonomia e a responsabilidade; relação que se estende por quase uma década e novamente espero ter honrado.

Aos estimados professores membros da banca, de qualificação e de defesa, pelas contribuições assertivas e cuidadosas, sem as quais o este ensaio não haveria se materializado.

À **Carla** (minha linda), parceira de vida, amada e amante, com quem divido os sonhos e frustrações, cuja presença sempre me provoca a fazer o melhor possível. Como parceira de vida, é quem melhor sabe das minhas batalhas, apesar de se queixar do silêncio das minhas aflições, ou das aflições silenciadas.

À **minha família**, alicerce durante toda minha vida e fonte de inspiração e de afetos genuínos. À mamãe (**Noeme**) e ao papai (**Faustino**), que me ensinaram sobre o amor, sobre a nossa humanidade (potencialmente bela e de vigor falho) e que não se furtaram a acreditar em minha capacidade de realizar os projetos em que me lancei; sou-lhes grato por absolutamente tudo. Meus irmãos (**Tatiane**, **Tiago** e **Diego**) pela parceria na vida e maturidade nos afetos, e pela ciência de que sempre poderei contar com vocês. Ao meu sobrinho, **Nícolas**, que – hoje homem – é admirável pela maneira como vive sua condição na qualidade de sujeito político. Aos meus sobrinhos mais novos, Sofia e Noah, cuja curiosidade pela vida é inspiradora. Aos meus cunhados, **Enéas** e **Aline**, também pela parceria de vida, por sermos família. À **Elizabeth**, **José Carlos** e **Cássio**, por me acolherem e me permitirem participar de suas vidas, nossas relações nos indicam que o amor não se restringe aos laços de sangue.

Aos meus queridos **amigos e amigas**, da caminhada ao longo do doutorado, pelas partilhas e convivência neste período tão importante de nossas vidas e do nosso País. Agradeço especialmente ao **Caio**, grande amigo e com quem tive o privilégio de repartir muitos momentos na orientação desta tese.

Aos meus queridos **amigos e amigas**, do **Sorge** e da **Unichristus**, com quem divido a paixão, o compromisso, os desafios e as belezas da profissão, pela confiança e reconhecimento que encontro em nossos diálogos.

Aos amigos da vida, dos mais diversos círculos sociais, com os quais encontro alívio das dores do mundo e reencontro a leveza das brincadeiras e das experiências

despropositadas. As brincadeiras, os encontros, os treinos, as viagens, mostram a dimensão eminentemente prazerosa do viver.

Aos **meus alunos**, que me inspiram a ser um melhor professor, um melhor teórico, mas que também sabem acolher meu não saber de tudo.

RESUMO

Argumenta-se que o sofrimento deve ser tomado como uma produção, contrapondo-se as concepções que o mostram como algo inerente, natural, ao que na sociedade convencionou-se chamar de adoecimento mental; ideia de sofrimento ainda mais marcante no que se refere a “Esquizofrenia”. Defende-se o argumento de que a produção do sofrimento se expressa como *Alteridade Negada*. Ressaltando a perspectiva de produção, entende-se a necessidade de compreender a relação subjetividade e cultura na constituição dos sujeitos e do fenômeno psicopatológico. Neste sentido, recorre-se ao pensamento crítico de Michel Foucault, privilegiando suas reflexões atinentes à histórica constituição das sendas psicopatológicas, psiquiátricas e psicológicas, destacando a relação saber-poder nas formas de sujeição e as possibilidades de resistência contra as maneiras de subjetivação e submissão. Busca-se aproximação com o pensamento ético-filosófico de Emmanuel Lévinas, que em suas reflexões nos provoca à abertura e acolhimento ao Outro em sua diferença essencial, instaurando-se efetivamente uma possibilidade de *escuta* de outrem. Analisam-se, criticamente, os discursos da Psiquiatria Biológica acerca do que se convencionou chamar de esquizofrenia, sendo obtida a materialidade de tais discursos por meio da pesquisa e seleção de trabalhos coletados na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde. Recorreu-se às categorias “Psiquiatria Biológica” e “esquizofrenia”, e utilizou-se o filtro de trabalhos publicados desde o início do século, precisamente de 2001 até 2017, havendo-se obtido 83 textos, dos 76 foram publicados em Inglês, Espanhol e Português. Após a leitura foram selecionados 27 para compor a materialidade dos discursos da Psiquiatria Biológica acerca da “esquizofrenia”. Para a análise crítica dos discursos da Psiquiatria Biológica referentes à “esquizofrenia”, elabora-se um percurso investigativo que explicita as condições de possibilidade para a emergência do discurso da Psiquiatria Biológica; as representações sobre a “esquizofrenia” formuladas por esse discurso e, também, as “cenas de cura” favorecidas. Examinam-se, ainda, de modo transversal, as indicações sobre o sofrimento e “esquizofrenia”, as estratégias discursivas na feitura e consolidação dos regimes de verdade, procedendo-se, também, a um estudo dos efeitos de tais dispositivos discursivos na constituição das subjetividades. Problematizam-se os resultados do reducionismo biológico na constituição das subjetividades, analisando a operação por meio da qual o sujeito da “esquizofrenia” é representado de modo totalizante e submetido ao silêncio pela cena de cura dos antipsicóticos, em que se escamoteia a dimensão humana e política do sofrer e do padecer, pelo favorecimento da admissão de um sujeito eminentemente

biológico, cerebral, disciplinado e carente de significação. Entende-se que o exercício **crítico** (no sentido foucaultiano de uma indocilidade refletida ante os regimes de verdade) e **ético** (na proposição levinasiana de crítica do saber) favorecem a emergência de outras feições de constituição dos sujeitos e significação de suas experiências, sendo um exercício necessário perante os discursos da seara psicopatológica.

Palavras-chave: esquizofrenia; produção do sofrimento; alteridade negada; crítica; psiquiatria biológica.

ABSTRACT

It is argued that suffering should be considered as a production, contrasting the conceptions that present it as something inherent, natural, to what in our society has been called mental illness; the idea of an even more striking suffering with regard to “Schizophrenia”. The thesis that the production of suffering is expressed as *Denied Alterity* is defended. By emphasizing the perspective of production, one understands the need to comprehend the relationship between subjectivity and culture in the constitution of subjects and the psychopathological phenomenon. In that sense, Michel Foucault’s critical thinking is referred to, by privileging his reflections on the historical process of the constitution of the psychopathological, psychiatric, and psychological fields, by highlighting the knowledge-power relationship in the forms of subjection, and the possibilities of resistance against the forms of subjectivation and submission. One seeks to approach the ethical-philosophical thinking of Emmanuel Lévinas, who in his reflections provokes us to open and welcome the Other in his essential difference, by effectively establishing a possibility of *listening* to others. The Biological Psychiatry discourses are critically analyzed about what is conventionally called schizophrenia, with the materiality of such discourses being obtained through the research and selection of works collected on the Health Virtual Library platform. The “Biological Psychiatry” and “Schizophrenia” categories were used, as well as the filter of works published since the beginning of the century, more precisely from 2001 to 2017, resulting in a total number of 83 studies, of which 76 were published in English, Spanish, and Portuguese. After reading them, 27 were selected to compose the materiality of the Biological Psychiatry discourses about “schizophrenia”. For the critical analysis of the Biological Psychiatry discourses about “schizophrenia”, an investigative path is elaborated to make explicit the possibility conditions for the emergence of the Biological Psychiatry discourse; the representations about “schizophrenia” formulated by such discourses; and also the “healing scenes” that are favored. The indications about suffering and “schizophrenia” are also analyzed in a transversal way; discursive strategies in the construction and consolidation of truth regimes; and an analysis of the effects of such discursive devices on the constitution of subjectivities. The effects of biological reductionism on the constitution of subjectivities are questioned, by analyzing the operation through which the subject of “schizophrenia” is represented in a totalizing way, and submitted to silence by the healing scene of antipsychotics, in which by concealing the human and political dimension of suffering, by favoring the admission of an eminently biological, cerebral,

disciplined, meaningless subject. It is understood that the **Critical** exercise (in the Foucauldian sense of an indocility reflected before the truth regimes) and the **Ethical** exercise (in the Levinasian sense of knowledge criticism) favors the emergence of other forms of constitution of the subjects, and meaning of their experiences, being a necessary exercise before discourses in the psychopathological field.

Keywords: schizophrenia; production of suffering; denied alterity; criticism; biological psychiatry.

RESUMEN

Se argumenta que el sufrimiento debe tomarse como una producción, contrastando las concepciones que lo presentan como algo inherente, natural, a lo que en nuestra sociedad ha nombrado enfermedad mental; idea de sufrimiento aún más fuerte con respecto a la "Esquizofrenia". Se defiende la tesis de que la producción de sufrimiento se expresa como Alteridad Denegada. Destacando la perspectiva de la producción, se entiende la necesidad de comprender la relación entre subjetividad y cultura en la constitución de los sujetos y del fenómeno psicopatológico. En este sentido, se recurre al pensamiento crítico de Michel Foucault, privilegiando sus reflexiones acerca del proceso histórico de constitución de los campos psicopatológicos, psiquiátricos y psicológicos, subrayando la relación saber-poder en las formas de sujeción y las posibilidades de resistencia contra las formas de subjetivación y sumisión. Se busca acercarse al pensamiento ético-filosófico de Emmanuel Lévinas, quien, en sus reflexiones, nos incita a la apertura y acogida al Otro en su diferencia esencial, estableciendo, efectivamente, la posibilidad de escucha del otro. Los discursos de Psiquiatría Biológica son analizados críticamente sobre lo que se conoce convencionalmente como esquizofrenia, y la materialidad de dichos discursos se obtiene a través de la investigación y la selección de trabajos científicos recolectados de la plataforma de Biblioteca Virtual en Salud. Se utilizó las categorías "Psiquiatría Biológica" y "Esquizofrenia", y se aplicó el filtro de obras publicadas desde principios de siglo, más precisamente del año 2001 al 2017, lo que resultó en un total de 83 trabajos, de los cuales 76 fueron publicados en inglés, español y portugués. Tras la lectura, 27 fueron seleccionados para componer la materialidad de los discursos de Psiquiatría Biológica sobre "esquizofrenia". Para el análisis crítico de dichos discursos, se elabora un camino de investigación que hace explícitas las condiciones de posibilidad para el surgimiento del discurso de la Psiquiatría Biológica; las representaciones sobre "esquizofrenia" formuladas por estos discursos; y también las "escenas curativas" que se proponen. También se analizan, de manera transversal, las indicaciones sobre el sufrimiento y la "esquizofrenia"; las estrategias discursivas en la construcción y consolidación de regímenes de verdad; y un análisis de los efectos de estos dispositivos discursivos en la constitución de subjetividades. Se cuestionan los efectos del reduccionismo biológico en la constitución de las subjetividades, analizando la operación a través de la cual el sujeto de la "esquizofrenia" está representado de manera total y sometido al silencio por la escena curativa de los antipsicóticos, en la que se oculta la

dimensión humana y política del sufrimiento, del padecer, al favorecer la admisión de un sujeto eminentemente biológico, cerebral, disciplinado y sin sentido. Se entiende que el ejercicio de lo Crítico (en el sentido foucaultiano de una indocilidad reflejada frente a los regímenes de verdad) y de lo Ético (en el sentido levinasiano de la crítica del saber) favorece el surgimiento de otras formas de constitución de los sujetos y la significación de sus experiencias, siendo un ejercicio necesario frente a los discursos en el campo psicopatológico.

Palavras-clave: esquizofrenia; producción del sufrimiento; alteridad negada; crítica; psiquiatría biológica.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	A INVENÇÃO DA “ESQUIZOFRENIA”	20
2.1	O problema da invenção da “esquizofrenia” como um exercício crítico	20
2.2	O percurso arqueogenealógico de Michel Foucault	27
2.3	A história de um conceito	65
3	“ESQUIZOFRENIA”, SOFRIMENTO E ALTERIDADE	73
3.1	A relação entre “esquizofrenia” e sofrimento	76
3.2	A provocação levinasiana acerca da alteridade	93
4	A “ESQUIZOFRENIA” À LUZ DA PSIQUIATRIA BIOLÓGICA	105
4.1	Apontamentos sobre as condições de possibilidade para a emergência da Psiquiatria Biológica como discurso hegemônico	106
4.2	Representações acerca da “esquizofrenia” ou sobre a violência das objetivacões	116
4.3	As cenas de cura como expressão e uso dos poderes	147
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A PRODUÇÃO DO SOFRIMENTO COMO ALTERIDADE NEGADA	176
	REFERÊNCIAS	184

1 INTRODUÇÃO

Em todas as sociedades há pessoas que têm comportamentos diferentes das outras, escapando às regras comumente definidas nesses quatro domínios [trabalho, ou produção econômica; sexualidade, família, quer dizer, reprodução da sociedade; linguagem, fala; atividades lúdicas, como jogos e festas], em suma, o que chamamos de indivíduos marginais (FOUCAULT, 2011, p. 260).

O experimento acadêmico *stricto sensu* ora sob relato tem como ponto de partida o questionamento sobre a maneira como os sujeitos da diferença são retratados nos discursos do terreno psicopatológico, sendo necessário fazer referência a uma dupla influência – Michel Foucault e Emmanuel Lévinas. Evidencio a ideia de que, como psicoterapeuta, a noção de alteridade é permanentemente uma bússola ética, que alerta sobre a importância de não constituir a prática clínica como uma terapia de ajustamento, em que o outro seria normatizado, tendo como parâmetro um horizonte prévio de significação. Tal exercício clínico inspira-se no pensamento ético-filosófico de Emmanuel Lévinas, que promove a crítica às reflexões totalizantes e que desafia ao acolhimento do outro como diferença fundamental, o desafio de não tentar reduzir o Outro ao Mesmo. Destaco, também, o argumento de que, como professor de algumas disciplinas de Psicopatologia, é frequente o incômodo na maneira como os sujeitos da diferença são representados nos discursos da psicopatologia contemporânea, pois, na análise a que procedo, há nesses discursos uma continuidade com os históricos processos de marginalização dos sujeitos da loucura. A referência ao pensamento foucaultiano é necessária, quando este nos indica que, à extensão da história da humanidade, a loucura foi continuamente perseguida, excluída.

Aponto que, em todo o percurso da pesquisa, intentei problematizar a naturalização do sofrimento nas experiências que se convencionou chamar de “esquizofrenia”. O entendimento é que em tal naturalização produz-se uma operação por meio da qual os afetos são interiorizados, deslocados dos contextos relacionais, sociais, culturais, institucionais e políticos. Tal naturalização implica a admissão do sintagma “É esquizofrênico, logo sofre”. É pela denúncia de tal relação de dependência que problematizo a produção do sofrimento nas experiências que se convencionou chamar de “esquizofrenia”.

Entendo ser importante indicar que, na tentativa de responder o que produz sofrimento na experiência de tais sujeitos da diferença, foi esboçado inicialmente um

percurso de pesquisa mais amplo, que intencionava analisar criticamente os discursos da Psiquiatria Biológica, da Psicopatologia Psicanalítica e da Psicopatologia Fenomenológica, que investem sobre o sujeito da “esquizofrenia”. Pretendia, ainda, realizar um trabalho de campo, que, por meio da perspectiva etnográfica, permitiria o acesso aos discursos sociais e ao mundo conceptual dos sujeitos que vivem tais experiências em relação com outros agentes sociais e instituições. Tal ambição inicial precisou ser mais bem delimitada, sendo necessário admitir que o projeto inicial oferecia significativos obstáculos à sua realização, inclusive tendo sido essa uma das sugestões da banca de qualificação de tese. Acredito que a provocação, o reconhecimento da necessidade e o resultado da delimitação do problema de análise se constituíram como importante aprendizado do percurso do doutoramento.

Com vistas a conservar a produção do sofrimento e a concepção de que este se relaciona com a percepção do sujeito da diferença como alteridade negada, defini a delimitação dos discursos psicopatológicos ao escopo teórico da Psiquiatria Biológica. Tal eleição decorre do reconhecimento da hegemonia de tais discursos na cena atual da Psicopatologia e nos manuais diagnósticos contemporâneos, e, conseqüentemente, da penetração de suas verdades nos meios de comunicação científicos e de propagação coletiva, e conseqüentemente nos processos de subjetivação. Ao promover essa delimitação, intenciono favorecer o aprofundamento das análises que pretendem evidenciar as condições de possibilidade de emergência dos discursos de verdade da Psiquiatria Biológica, as representações acerca do que se convencionou chamar de “esquizofrenia” e as cenas de cura favorecidas por essa matriz. Transversalmente, analiso, ainda, de que modo a experiência de sofrimento aparece em tais discursos, as estratégias discursivas desse regime de verdade e os efeitos na constituição dos sujeitos.

A análise expressa é realizada sob amparo do horizonte crítico de inspiração arqueogenealógica e não intenta formular uma verdade sobre o que é a “esquizofrenia,” ou ainda o que causa o sofrimento em tais sujeitos. Não tenho a pretensão de formular outro saber sobre a experiência “esquizofrênica”, mas sim de promover uma crítica aos conhecimentos que investem na objetivação das experiências que se convencionou chamar de “esquizofrenia”. Com efeito, admito que, no curso de toda a demanda, o conceito de “esquizofrenia”, consoante é empreendido nos referenciais teóricos e técnicos da Psiquiatria Biológica, não reflete um estado de refinamento progressivo, um exercício permanente de desenvolvimento de um conhecimento que se aproxima ou já alcançou a natureza do fenômeno. É valioso o ensinamento indicativo de que “a loucura

só existe em uma sociedade”, não podendo ser tomado como um estado de natureza, ou o desvio da “natureza humana”.

Assim, é importante fazer referência à atitude crítica que me propus assumir ante esse aspecto. Balizado pelas orientações foucaultianas, entendo a crítica como uma atitude que se assume perante os regimes de verdades, em relação às certezas e familiaridades promovidas pelos dispositivos discursivos. O exercício crítico consistiu em analisar as conexões, as alianças entre os elementos do conhecimento e os mecanismos de coerção, considerando, ainda, as estratégias discursivas em uso e os efeitos nos processos de constituição dos sujeitos, ou seja, uma tentativa de explicitar os feixes de relações entre a verdade, o poder e o sujeito. Ademais, tal atitude crítica procura constituir resistências aos empreendimentos por meio dos quais os indivíduos são subjugados e, por meio de tais resistências, favorecer uma “indocilidade refletida” em relação a uma política da verdade.

Ainda admitindo a inspiração arquogenealógica, nomeio como “produção do sofrimento” a necessária problematização do uso estratégico que se faz do sofrer pelas disciplinas do terreno psicopatológico, com suporte no qual é autorizado tomar como objeto tais experiências e tutelar seus sujeitos. Defendo que tal objetivação se inicia na identificação de um sujeito da diferença, que expressa afetivamente um sofrer, e resulta em um decurso de naturalização e interiorização desses afetos. Aponto que, no exercício da objetivação por um saber, promove-se a redução das possibilidades de significação de tal diferença e de tal sofrer, invariavelmente atribuindo-se a representação de tais sujeitos sob os signos da negatividade, configurando o que denomino como *alteridade negada*. Sugiro, ainda, que as representações estão relacionadas com estratégias discursivas específicas, apontando, ainda, o exercício de poderes que incidem em tais sujeitos da diferença, promovendo efeitos nas subjetivações, favorecendo uma política da verdade.

Defendo a posição segundo a qual a produção do sofrimento sucede pela *alteridade negada*, como uma operação iniciada logo que o sujeito é percebido em sua diferença e nomeado como “esquizofrênico”, e por isso é negado, estigmatizado, violentado, silenciado, excluído. Formula-se, dessa maneira, o problema: - Como se dá a produção do sofrimento na experiência “esquizofrênica”, e em que medida este ocorre como *alteridade negada*? Como os discursos da Psiquiatria Biológica contribuem com a constituição da experiência “esquizofrênica” como *alteridade negada*? Que possibilidades distintas a produção do sofrimento como alteridade negada, os discursos e

práticas em saúde mental promovem na lida com o sujeito da alteridade radical que a “esquizofrenia” indica?

Exposta a intenção de analisar criticamente os discursos da Psiquiatria Biológica acerca do que se convencionou chamar de “esquizofrenia”, é importante exprimir que a materialidade dos discursos foi obtida por meio da pesquisa e seleção de trabalhos coletados na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde. Recorri às categoriais “Psiquiatria Biológica” e “Esquizofrenia”, e utilizei o filtro de ensaios publicados desde o início do século XXI, de 2001 até o ano de 2017.

Ainda no segundo capítulo, é indicado um esboço da história de invenção do conceito de “esquizofrenia”, favorecendo, primeiramente, um recobro histórico das representações investidas na objetivação da loucura na seara psicopatológica e, na sequência, verticalizando sobre a própria definição de “esquizofrenia” e seus critérios diagnósticos. Para a elaboração dessa histórica recuperação das representações, retomo o percurso arqueogenealógico de Michel Foucault, diferenciando didaticamente as fases do Filósofo-sociólogo de Poitiers sobre a constituição da área psiquiátrica. De tal modo, faço referência à fase arqueológica cuja análise me interessa - as representações da loucura e os temores que elas suscitavam, as modalidades institucionais de exclusão e violência com que a loucura e seus sujeitos são tratados - no intento de assegurar a ordem social ante a noção de periculosidade do louco e, ainda, me reporto à invenção da ideia de doença mental que assegura à seara psiquiátrica a condição social de autoridade em relação aos temas e decisões concernentes à loucura.

Na sequência das discussões sobre a invenção da “esquizofrenia”, indico as problematizações características da fase genealógica em que se desloca da análise das exclusões e violências, para estudar o modo como o fenômeno da loucura é cercado pelos muros simbólicos do poder psiquiátrico, no que diz respeito aos discursos, à ciência, aos jogos de poder e verdade, que tomam por objeto e capturam a loucura. Remato o capítulo, indicando as continuidades e descontinuidades que marcam a própria história do conceito, desde Emil Kraepelin, passando por Eugen Bleuler e chegando até as três últimas edições dos manuais diagnósticos elaborados pela Associação Americana de Psiquiatria.

No capítulo que tematizo a respeito da relação entre “esquizofrenia”, sofrimento e alteridade, me reporto a referências que ultrapassam as teorizações reducionistas e naturalizantes do sofrimento. De efeito, indico as pistas foucaultianas sobre a relação entre sofrimento e cultura, e sofrimento e institucionalização, denunciando os formatos de opressão e sujeição. Discuto, ainda, alguns fenômenos que entendo como relacionados

diretamente com a produção do sofrimento, em especial, as reflexões sobre o fenômeno do estigma e a condição de surdez com que o sujeito da experiência “esquizofrênica” é tratado, o que em meu entendimento corrobora a tese da produção do sofrimento como alteridade negada.

Ainda tematizando sobre a relação entre “esquizofrenia”, sofrimento e alteridade, demando a aproximação com o pensamento ético-filosófico de Emmanuel Lévinas, que provoca o consulente à abertura e acolhimento ao Outro em sua diferença essencial, instaurando-se, efetivamente, uma possibilidade de *escuta* de outrem. Retomo o pensamento levinasiano, indicativo da centralidade do Outro como uma crítica à tradição filosófica, extensível ao âmbito dos discursos científicos, que se constitui eminentemente interessada no Eu, no Mesmo, caracterizando-se como pensamentos totalizantes. Promovo, assim, uma aproximação com o sentido de Ética ensinado por esse notável filósofo francês, nascido na Lituânia, que aúfere contorno de uma crítica do saber. Acrescento a crítica aos conhecimentos totalizantes, que se traduzem nas noções de *Teoria, Razão, Representação e Visão*, a reflexão ética sobre o Rosto do Outro que se expressa como exposição da nudez e da miséria e que me convoca à responsabilidade por e pelo outro. O pensamento levinasiano em aproximação com as discussões do âmbito psicopatológico se constitui como um protesto contra as tentativas de totalização e uma convocação para com a responsabilidade indeclinável perante os sujeitos da diferença, favorecendo uma interdição sobre todas as conformações de injustiça que historicamente a sociedade perpetrou contra estes sujeitos.

No capítulo sobre a “esquizofrenia” à luz da Psiquiatria Biológica, elabora-se um percurso investigativo que explicita as condições de possibilidade para a emergência do discurso da Psiquiatria Biológica. Nesta análise, aponto a crise de legitimidade da Psiquiatria durante os anos de 1950 até 1970, culminando em uma mudança profunda de paradigma no DSM III, traduzindo o esforço da Psiquiatria efetuar-se como Medicina natural, no sentido de indicar os correspondentes anatomopatológicos do que se denomina como doenças, transtornos, síndromes ou distúrbios mentais. Evidencio ser tal mudança de paradigma, caracterizada pela ascensão do naturalismo biológico, que promove a interpretação dos processos psicológicos, quer considerados normais ou patológicos, como resultado das funções cerebrais. Relacionada a essa “biologização” indico as descobertas e a utilização de novos fármacos, que culminam com a expansão da indústria psicofarmacológica e os efeitos produzidos nas pesquisas do terreno psicopatológico e na elaboração dos manuais diagnósticos contemporâneos. Ressalto,

ainda, os esforços no mapeamento do código genético dos seres humanos e o avanço das tecnologias de imageamento, bem assim o uso dos métodos empíricos de investigação. Reconhecendo o campo de batalha que compõe a(s) psicopatologia(s), problematizo o esforço de objetividade que caracteriza a matriz “biologizante”, denunciando o fato de que em nome de tal esforço fica promovida a recusa dos sujeitos e de suas narrativas.

Analiso, ainda, as representações sobre a “esquizofrenia” formuladas pelos discursos da Psiquiatria Biológica, examinando suas principais teses e as estratégias discursivas utilizadas na formulação e consolidação dos regimes de verdade. Exprimo a ideia de que em tais discursos se atribui invariavelmente um sentido de negatividade à experiência “esquizofrênica” e seus sujeitos, operando uma localização da gênese de tal sofrimento no interior do corpo, especificamente em alterações neuroquímicas ou nas estruturas e circuitos neuronais, favorecidas, ainda, pela indicação de alterações no neurodesenvolvimento ou pela neurodegeneração. Problematizo os efeitos de tal reducionismo biológico na constituição das subjetividades, indicando a operação por meio do qual essa inteligibilidade promove exclusão e a negação dos sujeitos, escamoteando a dimensão humana e política do sofrimento, pelo favorecimento da admissão de um sujeito cerebral, disciplinado e carente de significação.

Como última categoria de análise, ponho na berlinda as cenas de cura formuladas pela Psiquiatria Biológica. Ressalto que, quer se invista na intervenção na fase prodômica, na fase aguda, de manutenção ou de estabilização, é marcante o privilégio que se estabelece à prescrição psicofarmacológica, em especial dos antipsicóticos, reservando às outras estratégias terapêuticas um papel absolutamente secundário, ou mesmo favorecendo um descrédito quando as estratégias de cuidado não partilham do viés biológico. Estudo, ainda, a continuidade das cenas de cura da Psiquiatria moderna, imbuídas de silenciar os sujeitos por meio do isolamento e das restrições físicas, com a cena de cura do uso dos antipsicóticos, que favorecem um modo de clausura mais sutil e eficiente, pelas promessas de cura e melhorias da qualidade de vida que o regime de verdade favorece.

2 A INVENÇÃO DA “ESQUIZOFRENIA”

O papel do intelectual não é mais o de se posicionar "um pouco à frente e um pouco ao lado" para dizer a verdade muda de todos; é antes o de lutar contra as formas de poder ali onde ele é, ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento disso: na ordem do "saber", da "verdade", da "consciência", do "discurso". (FOUCAULT, 2006, p. 39).

2.1 O problema da invenção da “esquizofrenia” como um exercício crítico

Nos referências teóricas da área psicopatológica e das práticas clínicas em Psiquiatria e Psicologia, bem como na representação social do “adoecimento mental”, admite-se que existe um sofrimento inerente aos modos de existência do que na sociedade se convencionou chamar de psicopatológico. A ideia de sofrimento parece ser ainda mais marcante ao se estabelecer um recorte para considerar a “esquizofrenia”.

Reconhecendo a existência de múltiplas escolas em psicopatologia, nesta investigação, questiono se o que se aponta como sofrimento nas reflexões sobre o fenômeno psicopatológico pode ser considerado de maneira naturalizada, com o sofrimento sendo ancorado em um solo inquestionável e indiferente a contextos. Dita naturalização é problematizada como um dos vetores que compõe o que indico como produção do sofrimento, analisando o processo por meio do qual o sofrimento é interiorizado via estratégias discursivas que delimitam o patológico em uma perspectiva eminentemente organogênica, restringindo a tal gênese todos os afetos relativos aos processos de saúde/adoecimento.

A denúncia de uma naturalização do sofrimento torna possível e necessária uma articulação com o pensamento foucaultiano. Neste sentido, recorro a importante discussão que o Filósofo francês retoma de Nietzsche, de oposição à *origem (Ursprung)*, e o emprego do termo *invenção (Erfindung)* (FOUCAULT, 2002). Entendo ser imperativo denunciar o modo como a patologização do sofrimento constitui uma invenção nas modalidades de nomeação da “doença mental” (e suas derivações conceituais mais contemporâneas, como distúrbios, síndromes e transtornos mentais). Compreendo, também, que o sofrimento que perpassa e marca a vida dos sujeitos da experiência “esquizofrênica” se produz no interior de contextos sócio-históricos e relacionais determinados (família, escola/universidade, empresas, grupos religiosos, espaços sociais comunitários, nos serviços que constituem as políticas públicas, ou seja, no âmbito das instituições).

Com base nesta perspectiva de produção, que considera a relação entre subjetividade e cultura na constituição dos sujeitos, entendo que a experiência “esquizofrênica” deve ser considerada na relação com a cultura psicopatológica, psiquiátrica e da clínica psicológica, entendida como um conjunto de práticas e discursos, bem como em toda uma ambiência de relações que perpassam os sujeitos destas experiências em suas historicidades.

O desafio de compreender as subjetivações na articulação com o outro e com a cultura favorece a eleição do referencial teórico de Michel Foucault, privilegiando suas reflexões sobre o enredo histórico de constituição das searas psicopatológica, psiquiátrica e psicológica, destacando a relação saber-poder nas maneiras de sujeição e as possibilidades de resistência contra estes discursos e práticas, pela constituição de linhas de fuga (FOUCAULT, 1995). Para compreender o que na sociedade se convencionou denominar de adoecimento mental, tomo o pensamento foucaultiano como essencial, pois revela que “[...] a doença tem sua realidade e seu valor de doença apenas no seio de uma cultura que a reconhece como tal”. (FOUCAULT, 2008, p. 73).

Entendo que fazer referência ao modelo foucaultiano é, por um lado, reportar-se aos grandes temas do seu pensamento – o saber, o poder e o sujeito – mas também é perseguir certa atitude nos procedimentos investigativos. Esta, adjetivada como um exercício crítico, é expressa, sinteticamente por Michel Foucault, no livro *The Politics of Truth* na interrogação “What is Critique?”. Alcanço a noção de que as reflexões estabelecidas na obra agora mencionada sinalizam elementos fundamentais para a realização da pesquisa neste momento relatada. Foucault (1997, p. 24) indica que por crítica pode-se entender “[...] uma certa maneira de pensar, de dizer, de agir igualmente, uma certa relação com o que existe, com o que se sabe, o que se faz, uma relação com a sociedade, com a cultura, uma relação com os outros também”¹.

É impreterível entender que, ao esboçar o esforço histórico de invenção do conceito de “esquizofrenia”, não se pretende corroborar a ideia da história desta conceituação em termos de uma unidade, sugerindo um movimento ascendente em direção a um esclarecimento do que de fato é a “esquizofrenia”. Recuso, de tal modo, o caminho da verdade científica que se pretende transcendental para, ao contrário, indicar

¹ “a certain way of thinking, speaking and acting, a certain relationship to what exists, to what one knows, to what one does, a relationship to society, to culture and also a relationship to others” (FOUCAULT, 1997, p. 24).

neste resgate histórico as representações investidas na objetivação da loucura no âmbito psicopatológico.

No decurso de toda esta demanda, tenciono seguir as pistas fornecidas por Foucault (1997, P. 32) sobre o exercício crítico, para quem

[...] o foco da crítica é essencialmente o feixe de relações que amarra um ao outro, ou um aos outros dois, o poder, a verdade e o sujeito. E se a governamentalização é realmente esse movimento através do qual os indivíduos são subjugados na realidade de uma prática social através de mecanismos de poder que aderem a uma verdade. Pois bem, eu diria que a crítica é o movimento pelo qual o sujeito se dá o direito de interrogar a verdade sobre seus efeitos de poder e questionar o poder sobre seus discursos de verdade. Pois então, a crítica será a arte da insubordinação voluntária, aquela da indocilidade refletida. A crítica garantiria essencialmente a desubjugação do sujeito no contexto do que poderíamos chamar, em uma palavra, a política da verdade².

Como indicado, em toda a investigação, busco adotar uma perspectiva crítica, que se materializa no legado do pensamento foucaultiano de questionar o estatuto político das ciências e as funções ideológicas a elas veiculadas, problematizando assim a relação saber-poder em suas implicações com as estruturas políticas e econômicas da sociedade. Acredito que tal referencial denuncia a necessidade de questionar a concepção de neutralidade do discurso científico, sugerindo a importância de compreender os usos e funções do discurso psicopatológico e dos dispositivos “terapêuticos” na contemporaneidade.

Proponho destacar como o meio psicopatológico, próximo à clínica psiquiátrica, à Psicologia científica positivista e ao nascimento da clínica psicológica, é um discurso de perícia, investido de um caráter de cientificidade – tão importante para a sociedade moderna que se constitui como um novo discurso tautológico – o que emprega uma condição de legitimidade social a suas “verdades”. Entendo ser imperativo aprofundar as reflexões arqueogenealógicas foucaultianas para analisar o sentido que a experiência esquizofrênica tem na sociedade, bem como apontar as relações deste sentido com o que problematizo sobre a produção do sofrimento.

² [...] *the core of critique is basically made of the bundle of relationships that are tied to one another, or to the two others, power, truth and the subject. And if governmentalization is indeed this movement through which individuals are subjugated in the reality of a social practice through mechanisms of power that adhere to a truth, well, then! I will say that critique is the movement by which the subject gives himself the right to question the truth on its effects of power and question power on its discourses of truth. Well, then!; critique will be the art of voluntary insubordination, that of reflected intractability. Critique would essentially insure the desubjugation of the subject in the context of what we could call, in a word, the politics of truth* (FOUCAULT, 1997, P. 32).

Na busca de acesso à materialidade dos discursos psicopatológicos, escolhi como *corpus* de pesquisa o conjunto de artigos sobre “esquizofrenia” indexados na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde, publicados desde o início deste século, precisamente de 2001 a 2017, considerando as categorias “esquizofrenia” e Psiquiatria Biológica. Como resultado da pesquisa, foi obtido um número total de 83 trabalhos, sendo que, destes, 76 foram publicados em Inglês, Espanhol e Português. Após a leitura, foram selecionados 27 para compor a materialidade dos discursos da Psiquiatria Biológica acerca da “esquizofrenia”. Como critério para admissão dos trabalhos como materialidade dos discursos da Psiquiatria Biológica, foram considerados os escritos que tematizavam a “esquizofrenia” à luz da Psiquiatria Biológica, sendo descartados aqueles que faziam referência indireta à “esquizofrenia” ou que se ancoravam em referenciais distintos da primeira vertente, há pouco mencionada.

Evidencio que refletir sobre a invenção da “esquizofrenia”, recorrendo ao pensamento arqueogenealógico de Michael Foucault, justifica-se pela necessidade de analisar criticamente o tipo de racionalidade que funda os *locis* discursivos de Psiquiatria, Psicopatologia e Psicologia. Pretendo, ainda, expor a maneira como os lugares discursivos estão relacionados com um modelo de organização social que, por meio de suas instituições, fabrica sujeitos, subjetividades, que devem ser entendidas criticamente como contingenciais e específicas, perpassadas por aspectos históricos, sociais e políticos.

Destaco o fato de que atentar para a dimensão contingente e específica dos terrenos discursivos é apontar o imperativo de refletir sobre os dispositivos dos discursos que investem sobre o fenômeno nomeado como “esquizofrenia”, objetivando os sujeitos de tais experiências e fabricando subjetividades. Neste sentido, assumo a posição crítica que denuncia a impossibilidade de tomar as ambiências de formação discursiva de Psiquiatria, Psicopatologia e Psicologia como discursos neutros, mas, ao contrário, tomados como dispositivos discursivos que produzem modos de experiência de si (e do outro) por meio dos quais as pessoas se constituem sujeitos de um modo particular, indicando representações e relações plenas da positividade destes discursos, evidenciando a relação saber-poder. Neste sentido, Foucault (1997, p. 51) explica:

[...] a utilização da palavra saber (*savoir*) que se refere a todos os procedimentos e todos os efeitos de conhecimento (*connaissance*) que são aceitáveis num momento dado e em um domínio preciso; e secundamente, o termo poder (*pouvoir*) que meramente cobre toda uma série de mecanismos particulares,

definíveis e definidos, que parecem susceptíveis de induzir comportamento ou discursos³.

O entendimento sobre a necessidade de investigação dos discursos do terreno psicopatológico acerca da “esquizofrenia” relaciona-se com a compreensão de que o saber constitui-se como dispositivo político, (re) produtor da ação de mecanismos de poder. Neste sentido, a pluralidade dos discursos psicopatológicos, em suas dissonâncias e ressonâncias, constituindo-se como regimes de verdade, será problematizada, na demanda de inferências acerca dos efeitos das relações de saber-poder. Ademais, um aspecto a ser destacado na cena contemporânea é a socialização do discurso psicopatológico na vida cotidiana, sem que ele seja minimamente posto em suspeição. Breve análise das cenas contemporâneas aponta que a “verdade psicopatológica” deve ser aceita sem questionamentos, sem que seja apontado à população em geral (e mesmo dentre os profissionais da saúde) o processo histórico-político de sua formulação/legitimação. Perceptível, com efeito, é o fato de que o discurso proferido pelos peritos da ambiência psicopatológica experimenta o poder de instaurar verdades.

Sobrelevo a ideia de que as reflexões formuladas nesta tese, e que traduzem um percurso trilhado no doutoramento, não têm como intenção indicar a verdade sobre o que se convencionou chamar de “esquizofrenia” e os discursos que investem sobre tal fenômeno, dotando-o de objetivação. Ao indicar como objeto de análise os discursos da Psiquiatria Biológica sobre o referido fenômeno, tomo as orientações de Michel Foucault acerca do exercício crítico, quando ele assim adverte:

[...] não estamos tentando descobrir o que é verdadeiro ou falso, fundado ou infundado, real ou ilusório, científico ou ideológico, legítimo ou abusivo. O que estamos tentando descobrir é quais são os elos, quais são as conexões que podem ser identificadas entre os mecanismos de coerção e os elementos do conhecimento, quais jogos de emissão e de suporte desenvolvido entre eles, de modo que um determinado elemento do conhecimento possa tomar efeitos do poder em um determinado sistema em que é alocado a um elemento verdadeiro, provável, incerto ou falso, de modo que um procedimento de coerção adquira a própria forma e justificativas de um elemento racional, calculado, tecnicamente eficiente etc. (1997, p. 50)⁴.

³ [...] the use of the word knowledge (*savoir*) that refers to all procedures and all effects of knowledge (*connaissance*) which are acceptable at a given point in time and in a specific domain; and secondly, the term power (*pouvoir*) which merely covers a whole series of particular mechanisms, definable and defined, which seem likely to induce behaviors or discourses. (FOUCAULT, 1997, p. 51).

⁴ We are therefore not attempting to find out what is true or false, founded or unfounded, real or illusory, scientific or ideological, legitimate or abusive. What we are trying to find out is what are the links, what are the connections that can be identified between mechanisms of coercion and elements of knowledge, what is the interplay of relay and support developed between them, such that a given element of knowledge takes on the effects of power in a given system where it is allocated to a true, probable, uncertain or false

Refletindo sobre as continuidades e descontinuidades que formam este âmbito discursivo, problematizo o simbolismo que marca os manuais diagnósticos da Organização Mundial da Saúde e da Associação Americana de Psiquiatria, que, desde os anos de 1970, é produto e produtor de transição paradigmática do terreno psicopatológico no que concerne à adoção de um horizonte linguístico que assume a ideia de “natureza humana” com base numa *matrix* biologicista. Nesta contextura, discuto como estes horizontes teóricos constituem metanarrativas que impõem seus discursos de verdade para a sociedade ocidental, em detrimento de perspectivas teóricas que questionam a *matrix* biologicista. Advirto para a maneira como essas metanarrativas foram historicamente consolidadas como paradigma hegemônico nos últimos 50 anos. Ademais, expresso que a naturalização das teses que essa *matrix* biologicista promove impõe uma grande dificuldade à discussão pública e aberta de perspectivas que se opõem a tal concepção de *biological hominem*. O destaque relativo à problematização dessas metanarrativas justifica-se pelas implicações que os discursos possuem nos modos como as pessoas são subjetivadas em relação ao fenômeno que se convencionou chamar de “esquizofrenia”.

Ao questionar a naturalização da relação entre “Esquizofrenia” e sofrimento, pretendo problematizar a continuidade que estas duas categorias assumem no imaginário social sobre a experiência “esquizofrênica” e seus sujeitos, mantendo essa relação em suspenso. A inspiração arqueogenealógica adverte sobre a necessidade de situar sob suspeita o que se convencionou denominar de “esquizofrenia”. Neste sentido, a análise dos discursos da Psiquiatria Biológica pretende apontar as distintas estratégias por meio das quais se operam as naturalizações na narrativa sobre a experiência “esquizofrênica”, denunciando ainda que, de modo geral, as narrativas abdicam de qualquer investimento em apontar essa experiência tendo como referência contextos históricos e políticos específicos. O que conduzo a xequé é o procedimento por meio do qual essa ambiência discursiva constitui uma representação “biologizante” acerca do que se convencionou denominar “esquizofrenia”, e atribui ao sofrimento uma condição inerente a tais experiências, o que justifica todo um conjunto de empreendimentos sobre os sujeitos, o que fora nomeado e analisado criticamente como cenas de cura.

element, such that a procedure of coercion acquires the very form and justifications of a rational, calculated, technically efficient element, etc. (FOUCAULT, 1997, p. 50).

Problematizo a maneira como a experiência denominada “esquizofrenia” é retratada, principalmente quando associada à vivência de um sofrimento inerente à dita experiência. Concebo a noção de que a vivência do sofrimento é descrita na relação com a “esquizofrenia” de maneira naturalizada, pondo-se fora da discussão uma hermenêutica da produção deste sofrimento. De jeito igual, problematizo quando a vivência do sofrimento não se expressa nos textos em psicopatologia, o que indica um desinvestimento da dimensão subjetiva do fenômeno psicopatológico como objeto de estudo das doenças psicológicas.

Formular o intento de uma pesquisa crítica de inspiração arqueogenealógica acerca da experiência esquizofrênica e dos discursos que a objetificam relaciona-se com a provocação foucaultiana de questionar o automatismo dos discursos irrefletidos aos quais todos são submetidos, problematizando os consensos e naturalizações, realizando tal tarefa por meio do exercício do pensamento e da crítica. Ademais, o interesse na reflexão arqueogenealógica é por aquilo que nesta perspectiva me provoca a analisar as estratégias nos terrenos de saber, entendendo que a produção de verdade da ciência compõe um jogo mais amplo das políticas de verdade.

O experimento ora sob relação intenciona problematizar as representações e as correlatas cenas de cura que fundamentam os discursos em psicopatologia selecionados, pretendendo, também, analisar o que nesses discursos são mostrados por evidência constituindo-se, de tal modo, como discursos de verdade, o que de mim exige discorrer acerca das relações saber-poder implicados nos modos de sujeição. Tomo os dispositivos dos discursos da psicopatologia como objeto de uma análise crítica para pensar os modos de sujeição produzidos, as naturalizações decorrentes das representações e das cenas de cura formuladas pelos citados discursos.

Intenciono investigar em que medida os discursos em análise apontam em suas reflexões sobre as cenas de cura – ao detalharem as técnicas terapêuticas, o cuidado – para uma ideia de “natureza humana” que deveria ser retomada com a efetividade das cenas de cura. Problematizar a ideia de “natureza humana” que as terapêuticas deveriam recobrar é corroborar as críticas que apontam o intento normatizador da seara discursiva por mim analisada.

Analisar as representações e as cenas de cura que o discurso psicopatológico formula sobre a “esquizofrenia”, avançando nas considerações sobre as possibilidades que permitiram as formulações, conforma intento fundamental para este experimento, mas não o esgotam. Creio ser imprescindível dar continuidade às análises, refletindo

sobre os efeitos que os discursos produzem em termos de subjetivação, privilegiando a investigação no sentido da ética, consoante indica o pensamento foucaultiano.

Colocar em questão o conceito de “esquizofrenia”, escavando as representações, as cenas de cura, e analisando as implicações destas para a constituição dos sujeitos, é trabalhar em um sentido ético-político, promovendo um deslocamento das teorias que procuram uma naturalização dos discursos e práticas em Psiquiatria e Psicologia. É problematizar a pretensa evidência dos discursos que formam o chão psicopatológico, que acreditam apontar uma verdade inequívoca e transcendental acerca do sujeito da diferença, constituindo o que defendo como a produção do sofrimento como *alteridade negada*.

2.2 O percurso arqueogenealógico de Michel Foucault

No tentame de favorecer um entendimento da reflexão arqueogenealógica do Filósofo de Poitiers, e também indicar a maneira como se constituiu minha pesquisa, me propus, a princípio, estabelecer um diálogo com suas obras que possuem um caráter mais arqueológico, a saber, *História da Loucura* (1961) e *Doença Mental e Psicologia* (1954). Na leitura deste momento das investigações foucaultianas, compartilho aquilo que para mim se destaca: o autor francês toma como objeto de estudo e revela as representações da loucura e os temores que elas suscitavam; suas análises sobre as modalidades de exclusão e violência com que a loucura e seus sujeitos são tratados, ou seja, as práticas institucionais inventadas com o intuito de assegurar a ordem social ante a ideia de periculosidade do louco; por sua importância, destaco a noção de doença mental que assegura à Psiquiatria a condição social de autoridade perante os temas e decisões concernentes à loucura. Em seguida, me aproximo das reflexões foucaultianas acerca da loucura que investem sobre a temática da constituição do poder psiquiátrico, no que diz respeito aos discursos, à ciência, aos jogos de poder e verdade que tomam por objeto e capturam a loucura.

Penso que a importância do trabalho arqueológico de Foucault acerca das representações da loucura se dá também porque este oferece elementos para pensar sobre a invenção da Psiquiatria e do discurso psicopatológico. Para dito problema, a compreensão sobre as condições de possibilidade do nascimento da Psiquiatria fornecerá a área simbólica com base na qual a experiência da “esquizofrenia” será destacada como expressão mais radical da alteridade, em contrapartida ao ideal de homem das sociedades modernas, o homem da racionalidade.

As formulações do pensador francês a respeito da história da loucura apontam o quão recente foi o fenômeno que, na sociedade ocidental, concede à loucura um *status* de doença mental. Neste mesmo sentido, noutra momento, Foucault (2008) é assertivo, ao destacar o fato de que as teorias e leis psicológicas, por mais que tenham pretensões universalizantes, dizem respeito a uma quadra temporal específica da história da humanidade, e, de maneira correlata, as experiências percebidas e nomeadas como doenças só têm “[...] realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal”. (FOUCAULT, 2008, p. 73). Assim, seu pensamento demonstra que estas normas de sensibilidade se relacionam com o fato de que cada cultura escolhe “[...] certas virtualidades que formam a constelação antropológica do ser humano”. (Ibidem, p. 74).

Entendo que seguir as pistas do pensamento arqueogenealógico de Michel Foucault é um dos caminhos potencialmente férteis quando assumo meu intento em refletir sobre a “esquizofrenia” em uma perspectiva que não a conceba como um fenômeno natural, mas sim como uma invenção. Tal convicção se dá pelo reconhecimento de que o exercício do pensamento foucaultiano descende da tradição epistemológica francesa, ao evidenciar que a Filosofia da Ciência possui dimensão histórica.

Foucault (2011), quando reflete sobre a loucura e a sociedade, destaca não mais estar interessado em investigar “[...] o que é afirmado e valorizado em uma sociedade ou sistema de pensamento, mas de estudar o que é rejeitado e excluído”, afirmando categoricamente que “[...] a loucura foi, todos os tempos, excluída” (p.259). É um fato notório que,

[...] em todas as sociedades há pessoas que têm comportamentos diferentes das outras, escapando às regras comumente definidas nesses quatro domínios [trabalho, ou produção econômica; sexualidade, família, quer dizer, reprodução da sociedade; linguagem, fala; atividades lúdicas, como jogos e festas], em suma, o que chamamos de indivíduos marginais. (2011, p. 260).

Foucault (2011), ao finalizar sua análise sobre a loucura e a sociedade, apresenta uma reflexão interessante. Evidencia que, “[...] se em nossa época alguma coisa revalorizou um pouquinho o *status* do louco, foi o surgimento da psicanálise e dos psicotrópicos. Mas essa abertura apenas começou. Nossa sociedade continua excluindo os loucos”. (P. 267).

Na entrevista intitulada *A Loucura Só Existe em uma Sociedade*, destaca que seu intento ao escrever sobre a História da Loucura seguindo as pistas das cenas de cura, em

especial a internação, era analisar a existência dessa “[...] nova forma de exclusão e a experiência da loucura, em um mundo dominado pela ciência e uma filosofia racionalista” (FOUCAULT, 2011, p. 163). Nesta mesma entrevista, ele acentua que

A loucura só existe em uma sociedade, ela não existe fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou a capturam. Assim, podemos dizer que na Idade Média, e depois no Renascimento, a loucura está presente no horizonte social como um fato estético ou cotidiano; depois, no século XVII – a partir da internação –, a loucura atravessa um período de silêncio, de exclusão. (Ibidem).

Refaço o caminho que aponta como a Psiquiatria é representante e (re)produz uma consciência e uma racionalidade histórica, na qual a experiência da “esquizofrenia” é negativada. Para isso, penso que é necessário sintetizar o curso das reflexões foucaultianas que possuem uma explícita preocupação em denunciar a dimensão histórica da invenção de tais lugares psiquiátricos e psicológicos, pois, como leciona Pelbart (2009, p. 189),

Nada pode ser dito sobre a doença mental sem que antes ela seja devolvida ao seu devido lugar de origem – a história. Pois a patologia mental não é um dado da natureza, mas um produto histórico. Não se trata de buscar nas condições sociais e culturais os elementos que concorrem para a irrupção efetiva de tal ou qual doença mental, mas, num recuo epistemológico, verificar sob que condições se constituiu historicamente uma entidade reconhecida e designada como doença mental [...] Para Foucault não existe fato psicológico em si, no sentido de um referente real equivalente à noção que o nomeia. Existem condições históricas que possibilitam, a um só tempo, o fato psicológico e sua interpretação. Doença mental, psicologia, personalidade – todas essas noções só adquirem sentido, não quando referidas a conteúdos tidos por objetivos e reais, mas quando integrados no sistema histórico das condições a partir do qual eles são possíveis. Foucault é categórico: a psicopatologia é um fato de civilização.

Entendo que, para retomar o percurso das reflexões foucaultianas sobre a loucura e seus sujeitos, é necessário reconhecer que as reflexões críticas do pensador francês se dão de modo mais contundente em *História da Loucura*. Nessa obra, Michel Foucault retoma a concepção nietzscheana de tragédia, entendendo que a loucura ocupa lugar nessa estrutura e demonstra o percurso histórico de mudanças que permite a sociedade ocidental aprisionar, por fim, a experiência trágica do louco na lógica médico-jurídica, apontando as transformações e influências econômicas, sociais e políticas.

Machado (2006) argumenta que a obra *História da Loucura* ensina sobre a fundação da Psiquiatria no final do século XVIII, que inaugura a ideia de doença mental e permite a intervenção da Medicina em relação ao louco, se iniciando a “patologização”

do sujeito da loucura. O conhecimento deste decurso histórico permite o deslocamento da ideia corrente de que a tarefa e mérito da Psiquiatria teriam sido a descoberta de uma natureza específica, de uma essência da loucura, quando na verdade se constituiu uma progressiva dominação e integração da loucura à ordem da razão.

O trabalho arqueológico empreendido por Michel Foucault percorreu a história e mostrou as variadas transformações com que a loucura é representada e os mecanismos de controle elaborados na tentativa de lidar com a loucura e seus sujeitos. Neste senso, o objetivo de analisar criticamente a maneira como o discurso hegemônico da Psiquiatria Biológica representa a experiência “esquizofrênica”, e as cenas de cura, se aproxima da tradição arqueológica e atualiza as reflexões foucaultianas.

Michel Foucault inicia o *História da Loucura* fazendo referência ao lugar que a lepra ocupou na sociedade europeia até o final da Idade Média - destinada a lugares obscuros e ritos que não pretendiam promover cuidados, mas sim mantê-la a uma distância sacramentada que buscava preservar os não contaminados. Penso ser importante inferir a ideia de que, ao final da Idade Média, o entendimento compartilhado socialmente era sobre a real necessidade de exclusão social dos leprosos. Deduzir sobre tal consenso concede pistas sobre a produção das familiaridades, das certezas, agenciadas pelas políticas de verdade. Analogamente, é possível problematizar as certezas vividas sobre a necessidade e benefícios dos hospícios, e, na atualidade, a necessidade e as cenas de cura da Psiquiatria Biológica.

Dando continuidade ao conjunto de práticas e espaços destinados àqueles que viviam experiências passíveis de exclusão, Michel Foucault revela que, com o desaparecimento da lepra, esta foi sendo inicialmente substituída pelas doenças venéreas. Apesar dessas primeiras medidas de exclusão, porém, as doenças venéreas, consideradas num conjunto de juízos morais, logo assumiram o devido lugar entre as demais enfermidades, sendo estes novos doentes recebidos nos hospitais. Assim, “[...] não são as doenças venéreas que assegurarão, no mundo clássico, o papel que cabia à lepra no interior da cultura medieval”. (FOUCAULT, 2009, p. 7).

A verdadeira herança da lepra foi encontrada no complexo fenômeno da loucura, apropriada pela Medicina, mas não antes que tal fenômeno esteja ligado às experiências da Renascença, dentre as quais tem em sua paisagem imaginária um lugar privilegiado conhecido como a Nau dos Loucos:

[...] esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixavam-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupo de mercadores e peregrinos (FOUCAULT, 2009, p.9).

Em suas reflexões sobre o sentido que a prática da Nau dos Loucos encontra na sociedade renascentista, Foucault (2009) esclarece que o gesto que escorraça os loucos não se limita ao nível da utilidade social e da segurança dos cidadãos. Percebe-se um sentido político quando se assume a noção de que “[...] confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida” (FOUCAULT, 2009, p. 11-12). Existe, contudo, outro sentido altamente simbólico, pois “[...] a água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mas faz mais do que isso, ela purifica”. (FOUCAULT, 2009, p. 12). Com o Nau dos Loucos explicita-se

[...] a situação *liminar* do louco no horizonte das preocupações do homem medieval – situação simbólica e realizada ao mesmo tempo pelo privilégio que se dá ao louco de ser *fechado* às *portas* da cidade: sua exclusão deve encerrá-lo [...] Postura altamente simbólica e que permanecerá sem dúvida a sua até nossos dias, se admitirmos que aquilo que outrora foi fortaleza visível da ordem tornou-se agora castelo de nossa consciência. (Ibidem).

Ao fazer referência ao “castelo de nossa consciência”, Michel Foucault atualiza para os dias de hoje a condição da loucura e do louco como a de encerrado na exclusão, entendendo como fundamental para pensar o fenômeno por meio do qual a racionalidade histórica em relação à loucura e o louco foi forjada.

Ainda no período do Renascimento, o temor que a morte provoca, até o final do século XV imperando sozinha pela familiaridade de tais sociedades com as pestes e as guerras, é substituído pelo desatino da loucura. A substituição, entretanto, não marcou uma ruptura, mas uma virada; se, outrora, o temor da morte apontava o vazio da existência em termos exterior e final, simultaneamente ameaça e conclusão, com o desatino da loucura se denuncia o vazio sentido no interior, como modo contínuo da existência, a loucura que está por toda parte. Neste sentido, evidencia-se uma loucura universalizada que constitui uma mesma entidade com a própria morte (FOUCAULT, 2009).

Como fica evidente em todo o percurso do livro *História da Loucura*, a loucura e o louco não guardam um sentido unívoco em toda a história da humanidade. O sentido desta experiência, consoante é expressa nos discursos, desde o século XIII, passou a ser

associado com a hierarquia dos vícios, conduzindo o coro de todas as fraquezas humanas, sendo a própria expressão do que há de mau no homem. No final do século XV, a loucura se relacionou ao apego que cada pessoa demonstra por si mesma e às ilusões com que se alimenta, sendo o apego a si o primeiro sinal da loucura, na medida em que promove a aceitação do erro como verdade. A loucura é interpretada e expressa na Literatura e Filosofia como uma espécie de sátira moral, do erro e do defeito (FOUCAULT, 2009).

Ainda na formulação do primeiro capítulo de *História da Loucura*, Foucault (2009) aponta que uma importante divisão entre as duas experiências da loucura é formulada, a qual foi ampliada com a passagem dos séculos, *pro rata temporis*. A divisão sucedeu entre “[...] as figuras da visão cósmica e os movimentos da reflexão moral, o elemento *trágico* e o elemento *crítico* irão doravante separar-se cada vez mais, abrindo, na unidade profunda da loucura, um vazio que não mais será preenchido”. (FOUCAULT, 2009, p. 27).

Neste confronto da consciência crítica com a experiência trágica, sobrou estabelecido um privilégio na tradição humanista que considera a loucura no universo do discurso, demonstrando como nasce ela no coração dos homens, organizando e desorganizando sua conduta. A loucura, como experiência da linguagem, diz respeito ao homem “[...] confrontado com sua verdade moral, com as regras próprias à sua natureza e à sua verdade” (FOUCAULT, 2009, p. 28). Inaugura-se o privilégio da consciência crítica da loucura perante as figuras trágicas, fazendo com que estas últimas penetrem progressivamente uma penumbra, acarretando na cultura a perda deste berço trágico, na medida em que expulsa “[...] para fora de si a grande loucura solar do mundo” (FOUCAULT, 2009, p. 29). Neste sentido, consoante Foucault (2009, p. 29),

[...] a experiência da loucura que se estende do século XVI até hoje deve sua figura particular, e a origem de seu sentido, a essa ausência, a essa noite e a tudo o que a ocupa. A bela retidão que conduz o pensamento racional à análise da loucura como doença mental deve ser reinterpretada numa dimensão vertical; e neste caso verifica-se que sob cada uma das suas formas ela oculta de uma maneira mais completa e também mais perigosa essa experiência trágica que tal retidão não conseguiu conduzir.

Como resultado deste privilégio da consciência crítica, tem-se que “[...] a loucura torna-se uma forma relativa a razão [...] faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e a controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória” (FOUCAULT, 2009, p. 30). Na medida em que a loucura só tem sentido e valor no próprio âmbito da razão, nasce a experiência clássica da loucura, que despista o sentido

trágico da loucura para amarrá-la solidamente “[...] no meio das coisas e das pessoas. Retida e segura. Não existe mais a barca, porém o hospital”. (*Ibidem*, p. 42). É com base nessa premissa, da loucura como modalidade relativa a razão, que se inauguraram os diversos dispositivos discursivos que me interessam para pensar a produção do sofrimento na experiência que sobrou denominada de “esquizofrenia”. Ante essas colocações, é interessante questionar se as disciplinas que objetivam o sujeito da “esquizofrenia” se mantêm fiéis ao intento de fazer com que a loucura seja “retida e segura”.

Na perspectiva de Foucault (2009), na era clássica ficou silenciada a loucura com o surgimento das várias casas de internamento, nos séculos XVII e XVIII, servindo de referências o ano de 1656 e o decreto da fundação do Hospital Geral em Paris. Este período, que dura aproximadamente um século e meio, foi caracterizado pelo regime de internamento dos loucos, destino compartilhado também pelos pobres, os desempregados, os criminosos, prisioneiros políticos, prostitutas, crianças órfãs, viúvas etc. – destino compartilhado por quase 1% da população de Paris.

Neste contexto, a loucura passou a ter seu espaço social reconhecido e associado a essa terra de internamentos, desde esse tempo tem seu lugar natural. Foucault destaca que “[...] é entre os muros do internamento que Pinel e a Psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá – não nos esqueçamos – que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos ‘libertado’”. (*Ibidem*, p. 49).

Associado a esse “local natural”, Michel Foucault também destaca o gesto que promove essa clausura, tarefa confiada a diretores nomeados por toda a vida, e que exercem seus poderes não apenas nos prédios do hospital; fez do Hospital Geral não um estabelecimento médico, mas uma entidade administrativa, “[...] uma instância da ordem, da ordem monárquica e burguesa que se organiza na França nessa mesma época” (*Ibidem*, p. 50). É necessário observar também que, mesmo que tenha ficado à margem da organização dos hospitais gerais, a Igreja adotou políticas semelhantes, promovendo reformas em suas instituições hospitalares que acarretaram dinâmicas análogas às dos hospitais gerais (FOUCAULT, 2009).

Afirmado categoricamente que o Classicismo inventou o internamento, Foucault (2009) assevera que o gesto de aprisionar que caracteriza o internamento em sua complexidade tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e também morais. A complexidade mistura “[...] os velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos de hospitalidade, e a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo

da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir”. (*Ibidem*, p. 53).

Parece-me importante destacar esse processo histórico do internamento, pois neste momento se forja o sentido de negatividade de experiências “[...] com aquilo que pode haver de inumano em sua existência [...] o homem que não pode responder por sua própria existência”. (*Idem*, p. 56). Neste momento de sua reflexão, o autor exprime nova reação à miséria que se assume no decorrer do século XVI e tem na prática do internamento um dispositivo fundamental. Esse novo contorno que se emprega à miséria estabelece uma relação entre a ordem e a desordem, encerrando o sujeito da miséria em uma culpabilização, um castigo moral. No que tange a minha problematização sobre a produção do sofrimento na experiência do que se denomina “esquizofrenia”, me parece claramente uma relação com tal sentido de negatividade, permanecendo no imaginário social a relação com aquilo que pode *haver de inumano na existência*.

Foucault (2009) amplia a discussão, acentuando que o sentido da experiência do internamento ocorreu conforme o valor moral daqueles sobre quem foi imposto, como um benefício ou castigo:

Os bons pobres fazem dela um gesto de assistência, e obra de reconforto; os maus – pela única razão de serem maus – transformam-na num empreendimento de repressão. A oposição entre os bons e maus pobres é essencial à estrutura e à significação do internamento. O Hospital Geral designa-os como tais e a própria loucura é dividida segundo esta dicotomia que pode entrar assim, conforme a atitude moral que parece manifestar, ora na categoria da beneficência, ora na repressão. (*IDEM*, p. 61).

Compreendo que esta reflexão possa ser atualizada, considerando os discursos do lugar psicopatológico e nas cenas dos distintos dispositivos de saúde mental. Considerando as classificações que diferenciam os “bons” e os “maus” loucos, é pertinente interrogar: de quais novas nomenclaturas se faz uso para descrever os sujeitos que aderem plenamente às orientações dos profissionais em saúde mental e utilizam as práticas ofertadas nesses serviços, sendo assim os bons usuários, e de que formas são nomeados e tratados os sujeitos avessos aos discursos e práticas cultivados como profissionais da saúde mental? Que estratégias são elaboradas no intuito de lidar com os “maus” loucos na cena contemporânea? Quais efeitos tais nomeações, os “bons” e os “maus” loucos, produzem nos modos de constituição dos sujeitos?

Tecendo reflexões acerca da loucura e do internamento com as dimensões econômicas dessas práticas, Foucault (2009) afirma que o internamento foi uma das

respostas dada em toda a Europa no século XVII à crise econômica que afetou todo o mundo ocidental. Explica, contudo, que, se nos períodos de crise, cuida-se de prender os sem trabalho, fora dos períodos de crise, o internamento perde a função repressora e passa a estar associada à função moral e econômica de dar trabalho a quem está preso. Foucault (2009, p. 67) sintetiza: “A alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas”.

Refletindo sobre a consciência ética do trabalho, que se constituiu no início da industrialização, Michel Foucault destaca que o trabalho nas casas de internamento assume uma significação ética, e os loucos são envolvidos na proscrição da ociosidade, passando a ser submetidos às regras do trabalho obrigatório, conseqüentemente, subordinados aos limites sacros da ética burguesa. É destacado o fato de que,

A partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade de trabalho. Essa comunidade adquire um poder ético de divisão que lhe permite rejeitar, como num outro mundo, todas as formas da inutilidade social. (*Idem*, p. 73).

Neste momento de sua reflexão, Foucault (2009) torna evidente o estatuto ético do Hospital Geral e das políticas de internamento, relacionando-se com a economia e a precaução social. Esta política demarca o momento decisivo em que a loucura é inserida no texto dos problemas da cidade, “[...] percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no trabalho”. (*Idem*, p. 78).

Michel Foucault evidencia que, por detrás dos muros do internamento, estão rostos com silhuetas bastante variadas, constituindo-se como política de eliminação dos “a-sociais”. Atualizando para o contexto contemporâneo, Foucault (*Idem*, p. 79) afirma que a internação promove a clausura dos sujeitos sociais que na sociedade “[...] distribuímos entre as prisões, casas de correção, hospitais psiquiátricos ou gabinetes de psicanalistas”. Lembrando que a obra *História da Loucura* foi escrita no início dos anos de 1970, é necessário reconhecer que muitas dessas modalidades de clausura ainda são utilizadas, outras foram abandonadas, enquanto ainda outras reconfiguradas e outras tantas inventadas.

Ao analisar o mundo correcional, Foucault (2009) descreve a formação de uma sensibilidade que serve como elemento regulador que decide sobre a internação e a

libertação, apontando ainda que neste período a loucura passa a ser capturada sobre a forma de desorganização da família, desordem social, perigo para o Estado e que avançará décadas depois, como sabemos, para a noção de doença da natureza com base em uma consciência médica. Ademais, um aspecto fundamental para este trabalho é o destaque sobre a positividade das políticas de internação, pois o que as políticas promoveram não foi simplesmente uma negatividade, uma exclusão, ao livrar a cidade dos “a-sociais”, “[...] esse gesto tinha, sem dúvida, outro alcance: ele não isolava estranhos desconhecidos, durante muito tempo evitados por hábito; **criava-os**, alterando rostos familiares na paisagem social a fim de fazer deles figuras bizarras que ninguém reconhecia mais”. (*Ibidem*, p. 81 – grifei). É justamente com essa reflexão sobre a positividade dos discursos da Psiquiatria Biológica, reconhecendo-se o *status* de verdade de que goza tal discursividade, que entendo ser fundamental analisar a invenção da “esquizofrenia”, e o que proponho sobre a produção do sofrimento como *alteridade negada*.

Dando continuidade à análise sobre a sensibilidade que imprimiu o sentido que a experiência da loucura assumiu como alienação mental, Foucault (2009) descreve a associação estabelecida entre a sexualidade, o desatino e a doença mental, sendo os limites morais impostos à sexualidade mais um componente do domínio da experiência ética que encerra a loucura. É explicitado que, na Era Clássica, as doenças venéreas foram tomadas como impureza, apontando a cumplicidade da Medicina com a Moral. Michel Foucault ensina que,

Ao inventar, na geometria imaginária de sua moral, o espaço de internamento, a época clássica acabava de encontrar ao mesmo tempo uma pátria e um lugar de redenção comuns aos pecados contra a carne e às faltas contra a razão. A loucura começa a avizinhar-se com o pecado, e é talvez aí que se estabelecerá, por séculos esse parentesco entre o desatino e a culpabilidade que o alienado experimenta hoje, como sendo um destino, e que o médico descobre como verdade da natureza. (*Ibidem*, p. 87).

Ainda no que diz respeito à sexualidade, Michel Foucault assevera que, desde o Classicismo, a homossexualidade será silenciada, sendo apontada como experiência proibida, pois ficou estabelecida uma divisão entre o amor racional e o devaneio, sendo a homossexualidade notada como este último, ou seja, é localizada entre as estratificações da loucura. Foucault (2009, 90) evidencia que,

[...] provavelmente em todas as culturas, a sexualidade foi integrada num sistema de coações; mas é apenas no nosso, e em data relativamente recente, que ela foi

dividida de um modo tão rigoroso entre a Razão e o Desatino, e logo, por via de consequência e degradação, entre a saúde e a doença, o normal e o anormal.

Foucault (2009) ressalta a importância desta operação que se estabeleceu entre sexualidade, loucura e culpabilidade, que se dava quando, sob o crivo da moralidade, internavam-se aqueles que tinham uma doença venérea, ou viviam a homossexualidade, ou, ainda, a devassidão como uma liberdade sexual. A tarefa empreendida por Michel Foucault em *História da Loucura* intenta mostrar, na cultura ocidental, a delimitação da loucura como um fenômeno patológico que relacionado com uma culpabilização dos sujeitos mediante a interiorização de uma citação moral, a condenação ética do erro. É apontado ainda que a psicopatologia insiste em reencontrar essa culpabilidade inscrita na doença mental, sugerindo que o conhecimento dito “[...] científico e médico da loucura repousa implicitamente sobre a constituição anterior de uma experiência ética do desatino”. (*Ibidem*, p. 93).

Ao destacar a experiência ética do desatino como uma constituição anterior à noção de loucura como doença, sob os domínios dos discursos científicos e médicos, MF demonstra que “[...] o internamento não é um primeiro esforço na direção de hospitalização da loucura, sob seus aspectos variados mórbidos. Constitui antes uma homologação dos alienados aos outros correccionais”. (*Ibidem*, p. 115). É destacado o fato de que os cuidados médicos não constituem nem o sentido, tampouco o projeto do internamento, pois ainda não existia uma consciência do internado como doente, sendo os serviços médicos ofertados aos loucos internos somente quando estes exibiam uma doença potencialmente infecciosa e que poderia ameaçar os demais internos e a população em geral.

Na sequência de sua exposição sobre a história da loucura, Foucault (2009) historia, dizendo que a área médica, ainda em constituição, observa que já na internação (marcada por uma prática pré-médica), era possível constatar que havia alucinações e delírios nos discursos do desatino. Tal constatação promove uma tranquilização e a certeza de que a necessidade de inscrição destas experiências em um estatuto médico sempre existira, pois “[...] o objeto de sua pesquisa estava ali, esperando-a através dos tempos [...] Aos insanos internados faltava apenas o nome de doentes mentais”. (*Ibidem*, p. 118-119). A reflexão parece-me importante por denunciar a naturalização da loucura como doença mental. A naturalização, ora expressa para este trabalho, configura o entendimento da produção do sofrimento na experiência chamada de “esquizofrenia” como de problematização fundamental, indescartável.

Foucault (*Idem*, p. 132) analisa que a “[...] experiência social, normativa e dicotômica da loucura, que gira ao redor do imperativo do internamento [...] e que procura em todos os setores da atividade do sujeito os rostos polimorfos que a alienação pode assumir” é fundamental para o desenvolvimento subsequente da Medicina do espírito. Corroborando a desnaturalização dos discursos, o que entendo ser imprescindível no debate sobre a “esquizofrenia”, Michel Foucault ensina:

A psicopatologia do século XIX (e talvez ainda a nossa) acredita situar-se e tomar suas medidas com referência num *homo natura* ou num homem normal considerado como dado anterior a toda experiência da doença. Na verdade, esse homem normal é uma criação. E se é preciso situá-lo, não é num espaço natural, mas num sistema que identifique o *socius* ao sujeito de direito; e, por conseguinte, o louco não é reconhecido como tal pelo fato de a doença tê-lo afastado para as margens do normal, mas sim porque nossa cultura situou-o no ponto de encontro entre o decreto social do internamento e o conhecimento jurídico que discerne a capacidade dos sujeitos de direito. (*IBIDEM*, p. 132-133).

Foucault (2009) diferencia a representação conferida à loucura no Classicismo dos contornos morais formulados no século XIX. A maneira como a loucura foi nomeada no Classicismo e as recusas que lhe são impostas relacionam-se com a existência de uma consciência ética, marcada por um ato de razão que inaugura uma escolha, indicando na divisão razão-desatino a ideia de que se efetua uma opção decisiva que remete à responsabilidade da pessoa; têm-se a noção de que “[...] toda loucura oculta uma opção, assim como toda razão oculta uma escolha livremente realizada”. (*Ibidem*, 142).

A experiência da loucura no classicismo está inscrita em uma sensibilidade geral que desenha o rosto da loucura sob o rótulo do inumano, marcado pela qualidade de escândalo e sua capacidade de provocar a vergonha. Neste sentido, o internamento é um dispositivo que se explica pela vontade de evitar o escândalo: “Além do perigo do exemplo, a honra das famílias e da religião basta para recomendar um indivíduo para uma casa de internamento [...] o internamento como um direito das famílias que desejam subtrair-se à desonra”. (*Ibidem*, p. 146).

A experiência da loucura no século XVIII foi também assinalada por uma representação de animalidade, como perigo social, caracterizando as instituições de internamento como um sistema de segurança contra a violência dos alienados e o desencadeamento de sua raiva: “Os que são amarrados às paredes das celas não são tanto homens de razão extraviada, mas bestas presas de uma raiva natural”. (*Ibidem*, p. 150). Reduzindo a loucura a esta imagem caricatural de animalidade, acredita-se que “[...]os loucos podem suportar indefinidamente as misérias da existência. Inútil protegê-los: não

é necessário nem cobri-los, nem aquecê-los”. (*IBIDEM*, p. 150). A paisagem que trata o sujeito da loucura como animal, inumano, que, como veremos, encontrou na consciência moral do século XIX uma intenção de ser superada, permaneceu característica nas instituições brasileiras do século XX, sendo paisagem cotidiana nas diversas instituições manicomiais de todo o País no período anterior aos movimentos de Saúde Mental e de Reforma Psiquiátrica das políticas públicas patriais.

Diferentemente da perspectiva classicista, fundou-se no século XIX uma racionalidade que foi situada em relação ao desatino com base em uma necessidade positiva em que “[...] a recusa da loucura não será mais uma exclusão ética”. (*Ibidem*, p. 143). A consciência moral do século XIX permitiu as condições para que a sociedade se indignasse com o tratamento inumano que a época anterior impunha aos seus loucos. Isso, contudo,

[...] não significa que a loucura recebeu finalmente seu estatuto humano ou que a evolução da patologia mental sai pela primeira vez de sua pré-história bárbara, mas sim que o homem modificou seu relacionamento originário com a loucura e não a percebe mais a não ser enquanto refletida na superfície dele mesmo, no acidente humano da doença. (*Ibidem*, p. 144).

Finalizando sua reflexão sobre *os insensatos*, Michel Foucault atesta que as psiquiatrias positivas dos séculos XIX e XX, apesar de acreditarem ter renunciado às práticas e conhecimentos formulados no século XVIII, mostram ter herdado em segredo todas as “[...] relações que a cultura clássica em seu conjunto havia instaurado com o desatino”. (*IBIDEM*, p. 162); a fidelidade a esta herança da cultura clássica é perceptível apesar da modificação, do deslocamento das relações.

Foucault (2009) descreve o fenômeno com base no qual a loucura será pensada por médicos e sábios, tendo como horizonte o “[...] espaço natural que ela ocupa – mal entre os males, perturbações do corpo e da alma, fenômeno da natureza que se desenvolve ao mesmo tempo na natureza e contra ela”. (*Ibidem*, p. 177). A loucura pensada com suporte nesta natureza refere-se à experiência percebida como ruptura contra a ordem da razão, bem como à imagem que se tem do “[...] homem razoável e que nos assegura da coerência, da lógica, da continuidade do discurso”. (*Ibidem*, p. 182). A percepção da loucura significa que esta é tomada como inteiramente negativa, e que o louco, sob a trama contínua da razão, será representado como “irrecusável diferença” (FOUCAULT, 2009, p. 182). Neste sentido, Michel Foucault noticia que no século XVIII a consciência dessa alteridade se formulou com base num regra geral:

[...] ela implica um relacionamento exterior que vai dos outros a esse outro singular que é o louco [...] O louco é o outro em relação aos outros: o outro – no sentido da exceção – entre os outros – no sentido do universal. Toda forma de inferioridade é, agora, conjurada: o louco é evidente, mas seu perfil se destaca sobre o espaço exterior; e o relacionamento que o define entrega-o totalmente, através do jogo das comparações objetivas, ao olhar do sujeito razoável. Entre o louco e o sujeito que pronuncia “esse aí é louco”, estabelece-se um enorme fosso. (*Ibidem*, p. 183).

Dando continuidade à sua explanação sobre o processo em que a experiência da loucura começa a ser inscrita em um esforço classificatório, Foucault (2009) diz que nesse período a loucura era capturada de dupla maneira ante a razão, estando ao mesmo tempo *do outro lado*, sendo percebida sobre o fundo das *estruturas do razoável*, e *sob o seu olhar*, sendo objetivada sob as *estruturas do racional*.

Do outro lado: a loucura é diferença imediata, negatividade pura, aquilo que se denuncia como não-ser, numa evidência irrecusável [...] Sob o olhar da razão: a loucura é individualidade singular cujas características próprias, a conduta, a linguagem, os gestos, distinguem-se uma a uma daquilo que se pode encontrar no louco. (*Ibidem*, p. 184).

Esclarecendo sobre a maneira como é operada esta objetivação da loucura sobre as estruturas do racional durante o século XVIII, Foucault (2009) acentua que este intento classificatório acontece entre as estruturas do julgamento moral e a análise das causas físicas. Apesar destes exercícios nosográficos, mantém-se uma identidade fundamental, promovendo uma estabilidade mesmo diante de todas as tentativas empreendidas ao correr século XVIII. Isto porque, em vez de serem fundadas outras classes, recorreu-se às “[...] velhas famílias da tradição, lá onde as imagens eram mais numerosas, os rostos mais facilmente reconhecíveis”. (*Ibidem*, p. 201). Consoante Michel Foucault, “[...] de uma extremidade à outra da era clássica, o mundo da loucura articula-se sobre as mesmas fronteiras”. (*Ibidem*, p. 202).

Mesmo destacando a continuidade que os esforços classificatórios e os explicativos significam, Foucault (2009, p. 206) argumenta que tal empreitada configura uma novidade que estabelece o par médico-doente, autorizando as “cumplicidades da cura”. Neste sentido, é fundamentado numa prática que pretende formular um exercício classificatório e explicativo da loucura que “[...] o médico vai inaugurar, com seu doente, um primeiro diálogo”, forjando, assim, as figuras imaginárias mediante as quais se

comunica e se organiza o mundo da loucura; por meio delas, eram pensadas as intervenções necessárias ao restabelecimento da saúde.

Foucault (2009) nos aponta o processo com base no qual se assenta a concepção de desatino, fundamentada em uma nova racionalidade histórica em que os problemas da loucura passam a gravitar ao redor da materialidade da alma. Entende-se que a loucura, começando com a paixão, “[...] escapa à razão da mecânica e, em suas violências, em seus estupores, em suas propagações insensatas, torna-se um movimento *irracional*; é então que, escapando ao peso da verdade e a suas coações, liberta-se o *Irreal*”. (*Ibidem*, p. 232). Delimita-se, com efeito, o sentido da loucura, essencialmente negatividade.

Michel Foucault diz que a complexidade dessa negatividade, em uma aproximação com o discurso lógico da Botânica, é disposta no jardim das espécies, formulando-se um conhecimento discursivo acerca da loucura, buscando demonstrar de modo positivo a negatividade da loucura. Foucault (2009, p. 251) entende que,

Por baixo das figuras ordenadas e calmas da análise médica opera um difícil relacionamento, no qual se constitui o devir histórico: relacionamento entre o *desatino*, como sentido último da loucura, e a *racionalidade*, como forma de sua verdade. Que a loucura, sempre situada nas regiões originárias do erro, sempre em segundo plano em relação à razão, possa, no entanto, abrir-se inteiramente para esta e confiar-lhe a totalidade de seus segredos, tal é o problema que o conhecimento da loucura ao mesmo tempo manifesta e oculta.

Na descrição que ele realiza, em que problematiza esse jardim das espécies, interessa-me, sobremaneira, o destaque que concede ao grupo da demência, que, dentre todas as doenças do espírito, expressa o que se entende de maneira mais próxima da essência da loucura, “[...] experimentada em tudo aquilo que pode ter de negativo: desordem, decomposição do pensamento, erro, ilusão, não-razão e não-verdade”. (*Ibidem*, p. 252). Foucault (2009) ressalta que, no intento classificatório do século XVIII, o grupo da demência em sua universalidade abriga todas as experiências da loucura, não especificando suas qualidades segundo a figura de seus sintomas: “[...] é a loucura menos todos os sintomas particulares a uma forma da loucura [...] A demência é tudo que pode haver de desatino na sábia mecânica do cérebro, das fibras e dos espíritos”. (*Ibidem*, p. 255).

Entendo, dessa maneira, ser neste exercício de formular um conhecimento discursivo acerca da loucura que a Psiquiatria científica do século XIX se tornou possível.

Apesar da formulação desta base para a constituição de um intento cientificista da Psiquiatria, Foucault (2009) aponta com exatidão o argumento de que, nos séculos XVII e XVIII, a teoria e a terapêutica em Medicina não tinham a unidade que se diz possuir na atualidade. Naquele período, tal como se evidencia na independência que a hospitalização e o internamento mantiveram em relação à Medicina, “[...] o mundo da cura se organiza segundo princípios que são, numa certa medida, particulares, e que a teoria médica, a análise fisiológica e a própria observação dos sintomas nem sempre controlam com exatidão”. (*Ibidem*, p. 297).

Conquanto tenham ocorrido os crescentes protestos da classe médica, a maior parte da prática dos médicos não estava nas mãos dos próprios facultativos, pois “[...] ainda existe, ao final do século XVIII, todo um *corpus* técnico de cura que nem os médicos nem a medicina nunca controlaram, por pertencer totalmente a empíricos fiéis a suas receitas, números e símbolos”. (*Ibidem*, p. 305). MF destaca o fato de que essa fragmentação social que separa a teoria e a prática médicas é ainda mais evidente na loucura e no fenômeno do internamento, em que as técnicas de cura durante séculos estiveram ligadas a um conjunto de práticas extramédicas, que, por sua vez, gozavam de um *status* tão sólido que se impunham de modo natural aos próprios facultativos.

Foi somente no final da Era Clássica que se formulou uma ideia de cura que buscava suprimir a doença, e que, para tanto, os momentos de cura deviam articular-se sobre os elementos constituintes da doença, pensando-se a doença desde a unidade natural: “As etapas da cura, as fases pelas quais ela passa e os momentos que a constituem devem articular-se sobre a natureza visível da doença, desposar suas contradições e perseguir cada uma de suas causas”. (*Ibidem*, p. 306). Funda-se, com efeito, “[...] a possibilidade de uma psiquiatria da observação, de um internamento de aspecto hospitalar”, ancorado em um domínio que pressupõe “[...] a relação constante e recíproca entre teoria e prática se vê desdobrada num confronto imediato entre médico e paciente. Sofrimento e saber se ajustarão um ao outro na unidade de uma experiência concreta”. (*Ibidem*, p. 307).

A relação de proximidade que se estabelece entre o sujeito da loucura e o facultativo, que assume um lugar de saber perante este outro, permite ao médico estabelecer um juízo e definir “esse é *um* louco”, estabelecendo uma relação “de posse e obscura dependência: ‘Esse é *meu* louco’, na medida em que sou suficiente razoável para reconhecer sua loucura [...] O desatino não está *fora* da razão, mas *nela*, justamente, investido, possuído por ela, e coisificado”. (*Ibidem*, p. 343).

Michel Foucault explica que no curso do século XIX a loucura foi investida de uma concepção simultaneamente social e também moral, tornando-se o estigma de uma população que abandonou os formatos da ética burguesa. Funda-se, com efeito, a ideia de alienação delimitada por uma significação histórica, pela análise econômica do trabalho e também perpassado pelo discurso médico e psicológico de uma crítica moral em nome da preservação da espécie humana e de uma ordem social; “[...] a loucura tornou-se a paradoxal condição da duração da ordem burguesa, da qual ela constitui, do lado de fora, no entanto, a ameaça mais imediata”, (*Ibidem*, p. 376). Neste sentido, Foucault assim destaca:

A loucura no sentido mais lato, situa-se aí: ao nível de sedimentação nos fenômenos da cultura onde começa a valorização negativa daquilo que originalmente fora apreendido como Diferente, Insano, Desrazão. Onde as significações morais se empenham, as defesas actuam; erguem-se barreiras, e todos os rituais de exclusão se organizam. (FOUCAULT, 2008, p. 91).

Esse contexto produziu uma sensibilidade que buscou na formulação de um saber que procurou a discriminação dos múltiplos rostos da diferença, antecipando o dia em que tais diferenças foram classificadas e objetivamente analisadas, em um esforço que permitiu à razão apropriar-se do domínio mais visível do desatino. Foucault (2009) evidencia que, se o século XVIII abriu lugar para a loucura, distinguindo certas figuras, o fez não na medida que se aproxima desta, mas, pelo contrário, afastando-se dela: “[...] deve seus rostos, suas diferenças, não a uma atenção que se aproxima, mas a uma indiferença que a isola”. (FOUCAULT, 2009, p. 393).

Conforme o pensador francês, a consciência política da loucura não evolui de um movimento humanitário que permitiu uma aproximação da realidade humana do louco, bem como não decorreu da pressão de uma necessidade científica de formulação de uma verdade da loucura com base no que ela teria a dizer de si mesma. Tal consciência da loucura deve-se aos deslizamentos imperceptíveis e aos momentos de crises violentas no interior desse espaço real e ao mesmo tempo artificial do internamento (FOUCAULT, 2009).

O século XVIII produziu uma diferenciação entre todas as modalidades outrora encerradas e a loucura, que reforçou a relação que se admite entre os loucos e o internamento, em que a loucura apareceu como a fundamental razão para as políticas de internamento, sugerindo uma profunda ligação, um elo quase essencial. Isolando a loucura,

[...] denuncia-a naquilo que ela tem de irredutível, de insuportável para a razão [...] A loucura se individualiza, gêmea estranha do crime, pelo menos ligada a ele, por uma vizinhança ainda não posta em questão. Nesse internamento esvaziado de seu conteúdo, essas duas figuras subsistem sozinhas; as duas simbolizam o que pode haver de necessário no internamento. (*Ibidem*, p. 399).

Remansa estabelecida, assim, a ressignificação do espaço social no qual é situada a doença mental. Enquanto todas as outras figuras encerradas passam a escapar ao internamento, a loucura permanece ali isolada como última ruína. Tal ressignificação sugere que, para a sociedade burguesa, estava fora de cogitação deixar que os loucos se misturassem à sociedade, sendo necessário proteger dela o homem privado, exigindo-se “[...] um *estatuto público* e a definição de um espaço de confinamento que garantisse a sociedade contra seus perigos”. (*Ibidem*, p. 424).

Formula-se, com efeito, um estatuto público em que o internamento passa a ser entendido ao mesmo tempo como dispositivo de reclusão da liberdade do louco e agente de cura, uma entidade médica. Com base nesse novo estatuto, promove-se a incidência de uma visão que toma a loucura como objeto: “[...] sob o olhar que agora a envolve [...] ela se torna forma olhada, coisa investida pela linguagem, realidade que se conhece”. (*Ibidem*, p. 439). O internamento aufere contornos de um dispositivo que aproxima a loucura e a razão, contudo tal relação se faz com base em um desequilíbrio que torna a loucura submissa ao homem razoável: “Essa queda na objetividade é que domina a loucura, de modo mais profundo e melhor do que sua antiga sujeição às formas do desatino”. (*Ibidem*, p. 439).

Foucault (2009) aponta que, neste contexto de reordenamento das políticas de internação, o homem privado se vê encarregado de assegurar a divisão social imediata, pois passa a lidar com todo o material humano (vagabundagem, prostituição, devassidão, imoralidade) que antes era enviado ao internamento. É no homem, como cidadão, dotado de uma consciência e no exercício de sua liberdade e de responsabilidade que se opera a discriminação entre loucura e razão. Como pode ser visto a seguir, nesta conjuntura, inaugura-se toda uma série de dispositivos disciplinares característicos da sociedade moderna.

A Psicologia nasce, assim, como necessidade de formulação de um conhecimento sobre aquilo que há de mais interior no homem, como base para uma consciência pública que, ancorada em uma ética da racionalidade e da moral, possa julgar os homens. Funda-se a noção de interioridade psicológica “[...] constituída a partir da exterioridade da

consciência escandalizada. Tudo o que havia constituído o conteúdo do velho desatino clássico vai poder ser retomado nas formas do conhecimento psicológico” (FOUCAULT, 2009, p. 445). O pensador francês assevera que

[...] a psicologia, como conhecimento do indivíduo, deve ser considerada historicamente num relacionamento fundamental com as formas de julgamento que a consciência pública confere. De psicologia individual nada houve, a não ser toda uma reorganização do escândalo na consciência social. (*IBIDEM*, p. 446).

Com essa discussão, Foucault (2009) tenta evidenciar que aquilo à primeira vista parece uma tomada de consciência, a descoberta e o desenvolvimento de uma consciência iluminista que permite designar a loucura numa problemática que lhe seria mais própria, entretanto, configura-se, na verdade, como um longo investimento de captura em que a loucura é ajustada de modo alienante às estruturas do conhecimento, dominando seu sentido. A captura que dá contornos à experiência moderna da loucura é operada em um duplo movimento de libertação e sujeição. De um modo geral, é entendido, equivocadamente, que a objetividade reconhecida como doença mental se mostrou ao saber da seara psiquiátrica e psicológica como verdade enfim liberada.

Entendo ser nesse sentido que Michel Foucault aponta a necessidade de refletir criticamente sobre os discursos e práticas em Psiquiatria e Psicologia como dispositivos discursivos, compreendendo estes como a maneira que as sociedades moderna e contemporânea elaboram para lidar com o fenômeno da loucura no intuito de controlar, selecionar, organizar a loucura e os sujeitos da experiência em um “[...] certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade”. (FOUCAULT, 2013, p. 8-9).

Se a realidade em que a loucura e os sujeitos de sua experiência eram confinados e silenciados parece ser uma realidade ultrapassada, “[...] que a palavra do louco não está mais do outro lado da separação; que ela não é mais nula e não aceita” (FOUCAULT, 2013, p. 9), ele adverte que é necessário abandonar tal perspectiva ingênua e cada um dar conta de todo o aparato de saber mediante a palavra da loucura decifrada. É imprescindível pensar a rede de instituições que reclamam o direito de ouvir essa palavra, amparando-se em um saber instituído, e que o próprio paciente, reconhecendo a autoridade destes saberes, “[...] pode trazer, ou desesperadamente reter, suas pobres palavras”. (*Ibidem*, p. 12). Para Michel Foucault, “[...] mesmo que o papel do médico não

fosse senão prestar ouvido a uma palavra enfim livre, é sempre na manutenção da cesura que a escuta se exerce”. (*Ibidem*, p. 12-13).

Destaco ser esta reflexão crítica que assumo como um dos objetivos específicos deste trabalho, pois entendo que os discursos contemporâneos acerca da “esquizofrenia”, investidos de aparência de cientificidade, são mostrados como resultado de um *continuum* de aprimoramento. Logo, imagina-se que o hoje afirmado sobre o tema – tendo como referência a perspectiva das neurociências – esteja mais correto do que o que se falava há 60 (fazendo referência ao “Seminário 3” de Jaques Lacan) ou 90 anos (fazendo referência a obra *La Schizophrénie*, de Eugène Minkowski). Posicionando-se de modo crítico a este viés evolucionista, progressista dos discursos científicos, Foucault (2013, p. 15) exprime que “[...] as grandes mutações científicas podem talvez ser lidas, às vezes, como consequências de uma descoberta, mas podem também ser lidas como a aparição de novas formas na vontade de verdade”.

Foucault (2013) se interessa por analisar “[...] como o saber é aplicado em uma sociedade, como é valorizado, distribuído, repartido e de certo modo atribuído” (*Ibidem*, p. 17) e o modo como essa vontade de verdade exerce sobre os demais discursos e os sujeitos um poder de coerção. Neste sentido, questiono em que medida os discursos psiquiátricos/psicológicos em psicopatologia se exprimem como um discurso de verdade sobre a experiência que hoje se denomina “esquizofrenia”.

Esquivando-se de uma compreensão da verdade que a tome como “[...] riqueza, fecundidade, força doce e insidiosamente universal” (*Ibidem*, p. 19), Michel Foucault provoca a pensar o jogo que se estabelece entre o desejo e o poder naquele que tem a pretensão de anunciar o discurso verdadeiro. O desafio de encontrar esta relação entre desejo e poder nos discursos psicopatológicos que serão analisados e também no âmbito de pesquisa, se soma ao desafio de perceber esta relação também naquilo que irei produzir como texto no formato de crítica ou confirmação de tais discursos. Assim, assumo a vontade de verdade do meu discurso, vontade da qual não posso escapar.

Faz-se necessário, contudo, diferenciar a vontade de verdade que assumo da que nos aponta Foucault (2013), ao destacar que, tradicionalmente, as vontades de verdade que investem no fenômeno da loucura, capturando-o, constituem-se como uma prodigiosa maquinaria destinada à “[...] tarefa de justificar a interdição e definir a loucura” (FOUCAULT, 2013, p. 20). É exatamente a análise desta vontade de verdade e os dispositivos que são formulados para lidar com o fenômeno da loucura que são

problematizados no livro *Poder Psiquiátrico*, que tem como síntese a análise da relação que se estabelece entre saber e poder.

Com base nas reflexões foucaultianas, é fácil entender que a invenção do campo psiquiátrico e das classificações diagnósticas que delimitam as experiências da loucura, hoje entendidas como transtornos mentais, estão relacionadas com a elaboração histórica de um conjunto de rituais que, na sociedade, assegura a qualificação que devem possuir os indivíduos entendidos como peritos. Segundo Foucault (2013, p. 37), os rituais definem “[...] os gestos, os comportamentos, as circunstâncias, e todo o conjunto de signos que devem acompanhar o discurso; fixa, enfim, a eficácia suposta ou imposta das palavras, seu efeito sobre aqueles aos quais se dirigem, os limites de seu valor de coerção”.

A reflexão foucaultiana ensina que essa vontade de verdade se apoia em um complexo suporte institucional, ou seja, é reforçada e reconduzida por um conjunto de práticas que se apoiam. Como expressa Foucault (2013, p. 42),

[...] eles se ligam uns aos outros e constituem espécies de grandes edifícios que garantem a distribuição dos sujeitos que falam nos diferentes tipos de discurso e a apropriação dos discursos por certas categorias de sujeitos. Digamos, em uma palavra, que são esses os grandes procedimentos de sujeição do discurso por certas categorias de sujeitos.

Tais colocações apontam os deslocamentos que Michel Foucault estabelece em seu exercício reflexivo. Em sua aula inaugural no Collège de France esclarece sobre a relação que se estabelece entre suas elaborações arqueológicas e genealógicas, indicando que o curso de pensamento não sugere o abandono de uma em detrimento da outra. Para o pensador francês,

[...] as descrições críticas e as descrições genealógicas devem alternar-se, apoiar-se umas nas outras e complementarem. A parte crítica da análise liga-se aos sistemas de recobrimento do discurso; procura detectar, destacar estes princípios de ordenamento, de exclusão, de rarefação do discurso. Digamos, jogando com as palavras, que ela pratica uma desenvoltura aplicada. A parte genealógica da análise detém, em contrapartida, nas séries de formação efetiva do discurso: procura apreendê-lo em seu poder de afirmação, e por aí entendo não um poder que se oporia ao poder de negar, mas o poder de constituir domínios de objetos, a propósito dos quais se poderia afirmar ou negar proposições verdadeiras ou falsas. Chamemos de positividade desses domínios de objetos; e, digamos, para jogar uma segunda vez com as palavras, que se o estilo crítico é o da desenvoltura estudiosa, o humor genealógico será o de um positivismo feliz. (*Idem*, p.65).

A obra *O Poder Psiquiátrico* (1973-1974) inaugura nas reflexões sobre a loucura uma inflexão. Diferenciando-se dos textos da fase arqueológica que privilegiavam o saber, nessa obra, o pensador francês está interessado não apenas nos saberes, mas fundamentalmente nos poderes, ou ainda de maneira mais precisa, na articulação entre saber, verdade e poder. Ainda na primeira aula do curso de 1973-1974, Michel Foucault sinaliza o que o mobiliza na discussão sobre o poder psiquiátrico, ao acentuar que a instância médica funciona como poder muito antes de funcionar como saber.

Nas discussões que Michel Foucault formula em *O Poder Psiquiátrico*, a área psiquiátrica, com suas práticas e discursos, será problematizada com base na concepção de “ordem disciplinar”, o regime de dispersão regrada que torna possível a relação do olhar médico com seu objeto. Consoante Foucault (2006c, p. 4-5),

A condição do olhar médico, sua neutralidade, a possibilidade de ele ter acesso ao objeto, em outras palavras, a própria relação de objetividade, constitutiva do saber médico e critério da sua validade, tem por condição efetiva de possibilidade certa relação de ordem, certa distribuição do tempo, do espaço, dos indivíduos.

Indicando acerca do sentido que a noção de poder tem em sua obra, Foucault (2006c, p. 7) observa que o poder deve ser pensado na senda das relações, em um regime de forças, pois “[...] o poder nunca é aquilo que alguém detém, tampouco é o que emana de alguém. O poder não pertence nem a alguém nem, aliás, a um grupo”. Provoca, assim, a analisar os sistemas de diferenças que põem em funcionamento o poder, pois “[...] só há poder porque há dispersão, intermediações, redes, apoios recíprocos, diferenças de potencial, defasagens”. (*Ibidem*, p. 7).

Ao realizar a leitura da obra *O Poder Psiquiátrico*, faz-se necessário se dar conta das continuidades e ultrapassagens que existem com relação à obra *História da Loucura*. É utilizada uma nova abordagem para pensar o fenômeno da loucura e dos discursos que investem sobre ela. A diferença se traduz basicamente no desinvestimento das questões acerca do núcleo representativo que remete a uma história do pensamento para se refletir a temática da loucura com suporte nos dispositivos de poder. Foucault (2006c) questiona “[...] em que medida um dispositivo de poder pode ser produtor de certo número de enunciados, de discursos e, por conseguinte, de todas as formas de representações que podem posteriormente daí decorrer?” (P. 17). Interroga, ainda, “Como esse arranjo de poder, essas táticas e estratégias do poder podem dar lugar a afirmações, negações, experiências, teorias, em suma, a todo um jogo da verdade?” (P.18). Ambos os

questionamentos são por mim tomados como elementos teóricos centrais em minha tarefa de pensar a produção do sofrimento na experiência denominada como “esquizofrenia”.

Retomando a cena do mito pineliano, em que se retiram as correntes que aprisionavam os loucos, e pensando os processos de subjetivação daí decorrentes, Foucault (2006c) destaca que aí se operou, por intermédio de uma obediência reconhecida, uma sujeição. A liberdade do louco produz uma dívida, rapidamente quitada, quando o sujeito da loucura, sendo reconhecido e reconhecendo-se como doente, é assim sujeitado e submete-se à disciplina do poder médico. Na retomada de cena, Michel Foucault a analisou como uma transformação da relação de poder, outrora de violência, para uma relação de disciplina que denota um vínculo de sujeição.

Foucault (2006c, p. 38-39) destaca, ainda, que a retirada das correntes, e a sujeição que daí deriva, apontam que se pressupunha que as forças que fazem o doente se curar estão no próprio jogo dessa disciplina, definindo-se, de tal modo, “[...] certa tática da manipulação da loucura que desenhava a trama de relações de poder necessárias a essa espécie de ortopedia mental que devia levar à cura”.

Utilizando-se do cenário promovido pelo movimento de antipsiquiatria e da psiquiatria democrática do século XX, que formula críticas aos discursos psiquiátricos que sustentavam a necessidade das instituições asilares e denuncia as violências perpetradas pelo poder médico, Foucault (2006c) afirma ser impreterível colocar em xeque a relação entre essas formas de poder e o problema do que é a verdade de um discurso sobre a loucura. Para tanto, reflete o poder de disciplina que aparece na captação da loucura, e é entendido como algo que acontece de modo bem específico na sociedade, o que se chama de contato sináptico corpo-poder. Este é descrito como uma característica do poder disciplinar que, em sua dimensão capilar do poder, produz um investimento vertical, tocando os corpos, agindo sobre eles.

As reflexões foucaultianas apontam que é justamente por meio deste processo que o corpo é subjetivado, fixando-se nele a função-sujeito, que é possível o surgimento de uma categoria como o indivíduo, por meio da qual se pode falar objetivando-o, e elaborar discursos na tentativa de fundar ciências. São nestas condições sócio-históricas que surgem as ciências humanas, e especificamente a Psiquiatria e a Psicologia, que por sua vez fundaram um número incontável de categorias que atravessam os indivíduos constituindo-os subjetivamente.

Foucault (2006c) destaca que o poder disciplinar tem dentre suas propriedades fundamentais a fabricação de corpos sujeitados, vinculando a função-sujeito ao corpo, ou

seja, o indivíduo é subjetivado unicamente no sentido de se identificar como este corpo sujeitado. Foucault (2006c, p. 69) assim resume toda a mecânica da disciplina:

[...] o poder disciplinar é individualizante porque ajusta a função-sujeito à singularidade somática por intermédio de um sistema de vigilância-escrita ou por um sistema de panoptismo pangráfico que projeta atrás da singularidade somática, como seu prolongamento ou como seu começo, um núcleo de virtualidades, uma psique, e que estabelece além disso a norma como princípio de divisão e a normalização como prescrição universal para todos os indivíduos assim constituídos.

Neste sentido, questiono em que medida a transição de paradigma que constitui a Psiquiatria Biológica como discurso hegemônico em meados dos anos de 1970, e que propõe a localização das gêneses dos transtornos mentais como alterações cerebrais, neuroquímicas, não está relacionada com o poder disciplinar e a vinculação da função-sujeito ao corpo, facilitando a sujeição, pois as causas do adoecimento estariam localizadas no próprio corpo. Uma operação que produz um duplo efeito, já que, ao sugerir a gênese dos transtornos mentais nos processos neurofisiológicos, a Psiquiatria biológica produz subjetividades identificadas com esse corpo sujeitado e amplia a largura de seu poder, uma vez que tem como objeto algo que é localizável na objetividade e positividade do corpo, e não como outrora se fundamentava, em elementos subjetivos.

Dando continuidade às suas reflexões sobre o poder psiquiátrico, o pensador francês ensina que, relacionada com a organização dos substitutos disciplinares da família, surge o que denomina como função-psi, descrita como um resultado das funções psiquiátricas, psicopatológicas, psicossociológicas, psicanalíticas, ou seja, a própria instituição da noção de indivíduo psicológico. Foucault (2006c, p. 106) sintetiza, afirmando que “[...] essa função-psi foi o discurso e a instituição de todos os esquemas de individualização, de normatização, de sujeição dos indivíduos no interior dos sistemas disciplinares”.

Foucault (2008) evidencia que, com a instituição da ideia de indivíduo psicológico, a loucura pela primeira vez no mundo ocidental recebeu estatuto, estrutura e significado psicológicos, passando a dizer “[...] respeito essencialmente à alma humana, à sua culpa e à sua liberdade, inscrevendo-se a partir daí na dimensão da interioridade”. (*Ibidem*, p. 86). Michel Foucault adverte, no entanto: “[...] o que se descobre a título de ‘psicologia’ da loucura é apenas o resultado das operações pelas quais ela foi investida”. (*Ibidem*, p. 86), ou seja, essa “psicologização” é a consequência da operação que inscreve

a loucura no sistema de valores e das repressões morais. É por esse motivo que Foucault (2008, p. 88) exprime a ideia de que,

[...] ao pretender fazer-se a psicologia da loucura, se exige que a psicologia apresente suas próprias condições, regresse àquilo que a tornou possível, e contorne o que para ela é, e por definição, o insuportável. Nunca a psicologia conseguirá dizer sobre a loucura a verdade, porque a loucura é que detém a verdade da psicologia.

Foucault (2006c) demonstra que os procedimentos que a Psiquiatria moderna assume partem da suposição de que o núcleo da loucura é uma falsa crença, uma ilusão ou um erro, e, neste sentido, basta reduzir esse erro para que a doença desapareça. Assim, o que se põe em prática, como procedimento de cura, é a tentativa de redução do erro, com o psiquiatra cumprindo a função de intensificar o real. Consoante Michel Foucault, o psiquiatra no século XIX foi aquele a facilitar ao real a “[...] força coativa pela qual o real vai poder se apoderar da loucura, atravessá-la por inteiro e fazê-la desaparecer como loucura”. (*Ibidem*, p. 164).

Para Michel Foucault, ao se colocar como agente da intensificação do poder da realidade, a Psiquiatria do século XIX promoveu sua constituição como ciência médica e clínica, estabelecendo-se como autoridade relativa à verdade sobre a loucura; ou seja, “[...] o problema da verdade foi resolvido de uma vez por todas pela prática psiquiátrica, a partir do momento em que ela se deu como estatuto ser uma prática médica e como fundamento ser uma aplicação de uma ciência psiquiátrica”. (*Ibidem*).

Ao descrever o que significa na sociedade moderna e contemporânea o *status* de um saber científico, Foucault (2006c) aponta a importância que, para o campo psiquiátrico, tal identificação como ciência tem, pois, “[...] um saber como o que chamamos científico é um saber que supõe, no fundo, que haja verdade em toda parte, em todo lugar e em todo tempo”. (*Ibidem*, p. 301). O discurso científico – aqui especificamente a Psiquiatria em suas pretensões – aponta a necessidade de que se deve assumir um conjunto rigoroso de estratégias e “[...] instrumentos necessários para descobri-la, as categorias necessárias para pensá-la e a linguagem adequada para formulá-la em proposições”. (*Ibidem*, p. 301).

Na perspectiva epistemológica sobre o conhecimento científico que o pensador francês assume, a demonstração científica constitui-se como um ritual, sendo que “[...] a descoberta da verdade é na realidade certa modalidade de produção da verdade”. (*Ibidem*, p. 306). Ainda neste viés, “[...] o sujeito supostamente universal do conhecimento na

realidade nada mais é que um indivíduo historicamente qualificado de acordo com certo número de modalidades”. (*Ibidem*, p. 305). É assim, na associação dos seus discursos e práticas com o terreno científico, que o poder psiquiátrico se encontra ainda hoje:

[...] suas garantias e suas justificações nos privilégios do conhecimento: o médico é competente, o médico conhece as doenças e os doentes, detém um saber científico que é do mesmo tipo que o do químico ou do biólogo, e isso que o autoriza agora a intervir e a decidir [...] o poder do médico lhe permite produzir a partir de então a realidade de uma doença mental cuja característica é reproduzir fenômenos inteiramente acessíveis ao conhecimento. (*Ibidem*, p. 446).

Para Foucault (2006c), no intuito de constituir-se como discurso científico, a Psiquiatria do início do século XIX investiu em dois tipos de discurso: um de teor clínico ou classificatório, nosográfico, e outro de cariz anatomopatológico, que buscava responder ao problema da etiologia da loucura. No primeiro, buscava-se descrever a loucura como uma série de doenças mentais, com suas sintomatologias e evoluções próprias que possibilitaram a formulação de critérios diagnósticos e um prognóstico para cada quadro clínico. Havia, também, o esforço em desenvolver um saber anatomopatológico que tentava estabelecer os correlativos orgânicos da loucura, que, ao aproximar o discurso psiquiátrico das ciências médicas, serviria de garantia materialista à prática psiquiátrica. Foucault (*Ibidem*, p. 165-166), no entanto, adverte para o fato de que a prática psiquiátrica

[...] era posta sob signo e, de certo modo, sob a garantia desses dois discursos, um nosológico, das espécies de doenças, e o outro anatomopatológico, dos correlativos orgânicos. É ao abrigo desses dois discursos que a prática psiquiátrica se desenvolvia, mas ela nunca se servia deles, ou só se servia por referência, por um sistema de remissões e, de certo modo, por vinculação [...] Esses dois discursos eram simplesmente espécies de garantias de verdade de uma prática psiquiátrica que queria que a verdade lhe fosse dada de uma vez por todas e não fosse mais questionada [...] Em linhas gerais, o poder psiquiátrico diz o seguinte: a questão da verdade nunca será posta entre mim e a loucura, pela simples razão de que eu, a psiquiatria, já sou uma ciência [...] como saber científico, detenho assim os critérios de verificação e de verdade, que possa me associar à realidade e a seu poder e impor a todos esses corpos dementes e agitados o sobrepoder que vou dar à realidade.

O privilégio de deter os critérios de verificação e de verdade que os discursos e práticas psiquiátricas e psicológicas passaram a gozar, na medida em que eram associados à senda científica, trouxe implicações imediatas para a autolegitimação destes discursos e práticas a que eram submetidos os sujeitos da loucura. É necessário também questionar acerca do impacto que os discursos deste terreno produzem no imaginário social acerca da loucura, no processo de identificação e autoidentificação dos próprios sujeitos percebidos e nomeados como pertencentes a este espectro da loucura; ou seja, fundamental é o impacto nos processos de subjetivação que tais discursos passaram a ter, na medida em que eram tomados como verdade fundamental. Ante o problema que abordo sobre a produção do sofrimento na experiência que a nosologia psiquiátrica denomina como “esquizofrenia”, penso que, na contemporaneidade, dado o caráter de verdade tautológica com que o discurso psiquiátrico passa a ser reconhecido, não é possível se esquivar da problematização sobre os discursos que esta área de saber formula sobre tais experiências, verificando as representações que tais discursos sugerem sobre os sujeitos que vivem a “esquizofrenia” e os sentidos imputados às suas vidas.

Foucault (2006c, p. 178) afirma que “[...] o poder psiquiátrico tem essencialmente por função ser um operador de realidade, uma espécie de intensificador de realidade junto à loucura”. Parece-me que o pensador francês sugere que o âmbito psiquiátrico tem por função reforçar uma dada percepção social de realidade compartilhada, mas funcionando também como um dispositivo, que, por seu discurso, funda realidades, na medida em que tais discursos passam a ter uma influência fundamental nas sociedades modernas e contemporâneas.

Segundo Michel Foucault, essa função de operador da realidade se dá na organização do mundo asilar por via da combinação de elementos “[...] que têm essencialmente por função impor a realidade, intensificá-la, acrescentar à realidade esse suplemento de poder”, permitindo ao médico atuar sobre a loucura e reduzi-la. Foucault (2006c, p. 206), como suplemento de poder, descreve a “[...] dissimetria disciplinar, o uso imperativo da linguagem, a organização da penúria e das necessidades, a imposição de uma identidade estatutária em que o doente deve reconhecer-se, a desedonização da loucura”. No exercício desse suplemento de poder, é compreensível que “deixar de ser louco é aceitar ser obediente, é poder ganhar a vida, reconhecer-se na identidade biográfica que formaram de vocês, é parar de sentir prazer com a loucura”. (*Ibidem*, p. 206). No sentido de sustentar a atualidade das provocações foucaultianas, é imperativo questionar em que medida os profissionais que compõem as políticas de saúde mental

ainda esperam por parte dos sujeitos da loucura essa subordinação à figura e aos poderes que tais profissionais encarnam; em que medida essa obediência ainda é tomada como algo necessário ao processo terapêutico destes indivíduos, sendo a docilização destes sujeitos o resultado esperado destes processos terapêuticos.

Dentre os elementos que permitem o funcionamento do poder psiquiátrico no contexto asilar e que Michel Foucault descreve como as marcas do saber estão a demonstração, por parte dos psiquiatras de um conhecimento prévio sobre a biografia do doente, o interrogatório psiquiátrico e suas estratégias, bem assim a encenação da clínica. Por entender que a técnica do interrogatório psiquiátrico ainda mostra sua comparência nas práticas terapêuticas em Saúde Mental, penso ser necessário refletir sobre a atualidade do que é descrito.

Foucault (2006c) ensina que na técnica do interrogatório psiquiátrico, orienta-se no sentido de que ele tem de ser feito de modo que o doente responda a perguntas à autoridade médica, e não que diga o quiser, desfiando um relato; são feitas algumas indagações canônicas que sugerem ao paciente que “[...] suas respostas não informam verdadeiramente o médico, que apenas municiam o seu saber [...] ele tem que se dar conta de que cada uma das suas respostas é significativa no interior de um campo de saber já inteiramente constituído no espírito do médico”, (*Ibidem*, p. 237). Neste sentido, o interrogatório constitui-se como estratégia de poder que busca proporcionar ao facultativo uma ascendência sobre o doente.

Em outra obra, Foucault (2010) reflete sobre os efeitos de normalização dos aparelhos disciplinares, fazendo referência a um processo geral de normalização social, política e técnica que se desenvolve desde o século XVIII. Ele investe na análise de como o exame psiquiátrico se constitui em um dispositivo que fará da Psiquiatria um poder e uma técnica de normalização. Entende-se que o exame psiquiátrico atende ao “[...] problema do perigo social: isto é, ele será também o discurso do medo, um discurso que terá por função detectar o perigo e opor-se a ele”. (2010, p. 30).

Problematizando sobre tais políticas de normalização, Foucault (2010, p. 43) diz que a norma não pode ser tomada como uma lei natural, mas sim

[...] pelo papel de exigência e de coerção que ela é capaz de exercer em relação aos domínios a que se aplica. Por conseguinte, a norma é portadora de uma pretensão ao poder. A norma não é simplesmente um princípio, não é nem mesmo um princípio de

inteligibilidade; é um elemento a partir do qual certo exercício do poder se acha fundado e legitimado.

Michel Foucault assinala, ainda, ser a norma um conceito político, pois, na medida em que carrega ao mesmo tempo um princípio de qualificação e um princípio de correção, constitui-se como uma técnica positiva de intervenção e de transformação. Tais reflexões sugerem que o poder psiquiátrico conforma uma disciplina para a normalização, em que o que está em jogo não serão simplesmente os efeitos repressivos, mas fundamentalmente produtivos; “[...] mecanismos que fabricam, mecanismos que criam, mecanismos que produzem” (FOUCAULT, 2010, p. 44). Penso que tal perspectiva se articula com minhas pretensões, que, dentre outros pontos, questionam em que medida, na sociedade, o diagnóstico de “esquizofrenia”, que está nos manuais de classificação diagnósticos e rotineiramente reapresentados no cotidiano das instituições e práticas em saúde mental, é tomado como uma norma que encerra o sujeito assim diagnosticado. Penso que é necessário refletir em que medida o diagnóstico psiquiátrico se relaciona com esse princípio de normalização, e como tal relação compõe a produção do sofrimento nas experiências “esquizofrênicas”.

Para Foucault (2006c), com a prova psiquiátrica, que se adquire desde o interrogatório, o que está em jogo é uma estratégia na qual, por meio da operação em que se destaca como é esse louco, sua vida, o que se queixa a seu respeito, o que faz e diz, são fornecidos sintomas, não para que o médico saiba que doença o sujeito vive, mas para que ele possa ser médico diante do sujeito da loucura, isto é, “[...] a prova psiquiátrica é uma dupla prova de entronização. Ela entroniza a vida de um indivíduo como tecido de sintomas patológicos, mas entroniza sem cessar o psiquiatra como médico ou a instância disciplinar suprema como instância médica”. (*Ibidem*, p. 349).

Foucault (2006c, p. 26) expressa que o caracterizador da microfísica do poder psiquiátrico “[...] é o jogo entre o corpo do louco e o corpo do psiquiatra que está em cima dele, que o domina, que o sobrepuja e, ao mesmo tempo, o absorve”. Neste sentido, sintetiza o que compreende ser o poder psiquiátrico “[...] como a tática de sujeição dos corpos numa certa física do poder, como poder de intensificação da realidade, como constituição dos indivíduos ao mesmo tempo receptores e portadores de realidade”. (*Ibidem*, p. 236). É neste sentido que, como afirma o pensador francês, derivada do poder psiquiátrico nasce a função psicológica, que “[...] tem por papel essencial intensificar a realidade como poder e intensificar o poder fazendo-o valer como realidade”. (*Ibidem*, p.

237). Acredito que tal colocação é absolutamente provocadora, quando pensamos a temática da experiência esquizofrênica, descrita como uma fuga da realidade pela existência dos sintomas positivos das alucinações e delírios, constituindo uma experiência de realidade outra. Compreendo ser necessário refletir sobre em que medida se faz uso dessa função psicológica nas práticas de cuidado com os sujeitos da experiência esquizofrênica, reforçando esse princípio de realidade normativo, a realidade como poder e a intensificação do poder fazendo-o valer como realidade.

Outro destaque a que Michel Foucault procede é sobre o significativo silêncio em torno do uso generalizado das drogas no mundo asilar do século XIX. Se o interrogatório é uma estratégia disciplinar que tem por intenção promover a sujeição a uma identidade de louco, para Foucault (2006c, p. 301), as “[...] drogas – essencialmente o ópio, o clorofórmio, o éter –, elas eram, evidentemente, como as drogas atuais continuam sendo, um instrumento disciplinar evidente, reino da ordem, da calma, da colocação em silêncio”. Reconhecendo a generalização que é feita sobre o uso das drogas como uma estratégia de docilização dos corpos, do pôr em silêncio a loucura, acredito que é necessário atualizar a discussão, buscando analisar os sentidos e intenções que a prescrição medicamentosa aufere nos discursos da contextura psicopatológica, verificando em que medida os discursos corroboram o fato de que o “suporte medicamentoso” é, na cultura, a primeira, e fundamental, intervenção.

Caponi (2009) atualiza a discussão foucaultiana para a realidade contemporânea, cuja militância dos movimentos de saúde mental consegue promover mudanças significativas na estrutura das políticas públicas da área, com amparo no que ficou conhecido em todo o mundo como reforma psiquiátrica. Consoante Caponi (2009, p. 102),

[...] essas estratégias de poder utilizadas classicamente pela psiquiatria não se limitam às instituições fechadas, ao encerramento psiquiátrico, elas persistem ainda nos centros de atenção psicossocial toda vez que a intervenção terapêutica se limita à reiteração dessas duas velhas estratégias próprias do saber psiquiátrico do século XIX: o interrogatório e o uso de drogas.

O investimento que Michel Foucault faz em descrever os dispositivos por meio dos quais se estabelece a relação entre saber, verdade e poder, resta claro quando, sintetizando suas intenções no curso de 1973-1974, em que versa sobre o poder psiquiátrico, Foucault (2006c) destaca que a questão fundamental sobre o campo

psiquiátrico e seus poderes é a de interrogar uma verdade que fora produzida, na medida em que por uma ação direta sobre a doença foi possível ao saber médico e seus representantes, não apenas permitir-lhe revelar sua verdade, mas produzi-la. Ele exemplifica esse aspecto, ao afirmar que todos os movimentos contestatórios que abalaram a Psiquiatria desde o fim do século XIX colocaram essencialmente em questão o poder do médico, “[...] seu poder e o efeito que ele produzia no doente [...] o que esteve em questão foi a maneira como o poder do médico estava implicado na verdade do que ele dizia e, inversamente, a maneira como esta podia ser forjada e comprometida por seu poder”. (FOUCAULT, 2006c, p. 447).

Se os processos de subjetivação ocorrentes desde a relação entre saber, verdade e poder já eram evidentes nas reflexões foucaultianas, no livro *Michel Foucault, uma trajetória filosófica*, no capítulo intitulado “O Sujeito e o Poder”, o filósofo esclarece que o objetivo de seu trabalho nos anos de 1960 e 1970 não era analisar o fenômeno do poder, tampouco elaborar os fundamentos de tal análise, mas sim criar uma história dos distintos modos pelos quais, na cultura atual, os seres humanos se tornaram sujeitos, “Assim, não é o poder, mas o sujeito, que constitui o tema geral de minha pesquisa”. (FOUCAULT, 1995, p. 232).

Para Michel Foucault, “[...] enquanto o sujeito humano é colocado em relações de produção e de significação, é igualmente colocado em relações de poder muito complexas”. (*Ibidem*, p. 232). É justamente esse *locus* de produção e significação que diz respeito a relações de poder, que tenciono problematizar, quando interrogo como se dá a produção do sofrimento na experiência de “esquizofrenia”; e mais: que relação esse sofrimento tem com o que denomino *alteridade negada*.

Penso que o percurso que sugestiono em minhas reflexões se alia ao que Foucault (1995) chama das “[...] lutas que questionam o estatuto do indivíduo”, de batalhas contra o “governo da individualização” que, ao afirmarem o direito de ser diferente – ou como argumenta eticamente Emmanuel Lévinas, o imperativo de acolher o sujeito da diferença – contrapõe-se àquilo “[...] que separa o indivíduo, que quebra sua relação com os outros, fragmenta a vida comunitária, força o indivíduo a se voltar para si mesmo e o liga à sua própria identidade de um ato coercitivo”. (FOUCAULT, 1995, p. 235). E, ainda, fazem

[...] oposição aos efeitos de poder relacionados ao saber, à competência e à qualificação: lutas contra os privilégios do saber [...] Esta forma de poder aplica-se à vida cotidiana imediata que categoriza o indivíduo, amara-o com sua própria individualidade, liga-o à sua própria identidade, impõe-lhe uma lei de verdade,

que devemos reconhecer e que os outros têm que reconhecer nele. (*Ibidem*, p. 235).

Pretendo, assim, endossar a argumentação de Michel Foucault quando fala sobre a importância da luta contra as modalidades de sujeição “[...] contra aquilo que liga o indivíduo a si mesmo e o submete, deste modo, aos outros (lutas contra a sujeição, contra as formas de subjetivação e submissão)”. (FOUCAULT, 1995, p. 235).

Retomando sua explanação sobre as relações de poder, Foucault (1995) destaca que tais relações se exercem por meio da produção e troca de signos, e que, no caso do discurso psiquiátrico e psicológico, a produção e essas trocas simbólicas são impulsionadas pela associação com uma condição valorativa de capacidade técnica, de autoridade, que o discurso científico assegura. É exatamente por meio do jogo das comunicações e das relações de poder que é formado o que Michel Foucault denominou como disciplinas, e provoca a refletir criticamente.

Ao me propor à análise da produção do sofrimento na “esquizofrenia”, é imprescindível atentar para a afirmação foucaultina de que

[...] o ponto mais importante é evidentemente a relação entre as relações de poder e estratégias de confronto. Pois, se é verdade que no centro das relações de poder e como condição permanente de sua existência, há uma ‘insubmissão’ e liberdades essencialmente renitentes, não há relação de poder sem resistência, sem escapatória ou fuga. Sem inversão eventual; toda relação de poder implica, então, pelo menos de modo virtual, uma estratégia de luta, sem que para tanto venham a se superpor, a perder sua especificidade e finalmente a se confundir. Elas constituem reciprocamente uma espécie de limite permanente, de ponto de inversão possível”. (*Ibidem*, p. 248).

Entendo que compondo a área de tais estratégias de confronto, há, no Brasil e no mundo, uma militância que ficou conhecida como movimento de saúde mental e que contribui fortemente para o conjunto de transformações nas políticas públicas, conhecido como Reforma Psiquiátrica. Creio que a importância das reflexões foucaultianas para esta tese doutoral decorre, também, do reconhecimento da influência que suas obras tiveram nos diversos autores adotantes de uma abordagem psicossociológica sobre a loucura, tais como Franco Basaglia, Thomas Szasz e David Cooper, e que aponta para uma transição paradigmática em Saúde Mental.

Conforme Tenório (2002), o movimento no Brasil originou-se nos anos de 1980 e caracterizou-se por proposições políticas e experiências institucionais que intencionavam a reformulação das políticas, dos serviços e ideologias no âmbito da saúde mental, e que nas últimas décadas problematizam os próprios pressupostos da Psiquiatria, e formulam

discursos de condenação dos efeitos de normatização e controle da práxis psiquiátrica. Estabelecendo uma crítica aos dispositivos histórico-culturais que tradicionalmente se propõem à normalização da loucura, evidencia que, ao “[...] operar com a ideia de doença mental como negativo da razão e como desvio em relação a um padrão normal de subjetividade, a clínica impõe necessariamente ao louco um lugar de negatividade.” (*Ibidem*, p. 27).

Mencionadas reflexões parecem se aproximar do que Tomas Szasz (1978a, p.205) denuncia: “[...] a esquizofrenia permanecerá como problema central da Psiquiatria enquanto a sociedade apoiar os tipos de intervenção que são hoje definidos como terapia e impostos a pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas”. Szasz (1978a), em *A Fabricação da Loucura*, afirma ainda que “[...] as convicções éticas e as disposições sociais” baseadas no conceito de doença mental “constituem uma ideologia imoral de intolerância”. (p. 15), apresentando a ideia da “rejeição médica do Outro como um louco”. Argumenta, ainda, que

[...] a ideologia da doença e da saúde mental serve a uma necessidade moral, evidente e premente. Como a obrigação clássica do médico é tratar os pacientes que sofrem, mas para isso obter o seu consentimento e só fazê-lo em seu benefício, é necessário explicar e justificar as situações em que os indivíduos são ‘tratados’ sem seu consentimento e em seu prejuízo. O conceito de doença mental ou insanidade atende a essa necessidade. Permite que os membros ‘sadios’ da sociedade lidem, como quiserem, com os seus semelhantes que são categorizados como ‘insanos’. (P. 15).

O psiquiatra norte-americano Thomas Szasz, provavelmente o mais radical crítico da noção de “esquizofrenia”, defende o ponto de vista de que o fenômeno não conforma uma doença, pois não tem um correspondente anatomopatológico, configurando na verdade um dispositivo moral e político. No que concerne à seara psiquiátrica, para Szasz (1978b, P. 30-31), “[...] a esquizofrenia é seu símbolo sagrado – o maior saco de retalhos de todas as más condutas que os psiquiatras, coagidos pela sociedade ou convencidos pelo seu próprio zelo, estão dispostos a diagnosticar, prognosticar e tratar”.

Thomas Szasz questiona radicalmente o estatuto da experiência esquizofrênica como doença. Para ele o que se estabelece é a naturalização de uma convenção. Neste sentido, afirma:

Como a ‘esquizofrenia’ não é um termo descritivo, mas dispositivo – como não explica o que há de errado com o suposto paciente, mas justifica o que o ‘seu’ psiquiatra lhe faz –, é simplesmente gratuito, em minha opinião, continuar a tratar o termo como se fosse o nome de uma doença cujo caráter biológico é

exatamente como o de qualquer doença ‘orgânica’. Não obstante, de acordo com o ponto de vista oficial – médico, psiquiátrico, jurídico e científico – a proposição de que a esquizofrenia é uma doença é atualmente uma conclusão antecipada. Por conseguinte, a tarefa do psiquiatra leal não é especular sobre se a esquizofrenia constitui ou não uma doença, mas desenvolver métodos para seu diagnóstico mais preciso e seu tratamento mais eficaz. (SZASZ, 1978b, P. 98).

Acredito ser necessário compreender as transformações sobre o discurso social acerca do “esquizofrênico” decorrentes da reforma psiquiátrica brasileira, apontando suas principais reivindicações, bem como seus mais relevantes autores e reflexões. Avalio ainda ser necessário visitar autores que na última década reconhecem a importância desta reforma, mas posicionam-se criticamente ao apontarem os desafios que ainda hoje se mostram na intenção de superação da cultura manicomial e no processo de desinstitucionalização dos sujeitos. Parece-me admissível a afirmação de que o sujeito que vivencia a nomeada “doença mental” ainda é tomado como *Alteridade Negada*.

Nas últimas décadas, um dado marcante é a presença de formulações teóricas críticas à reforma psiquiátrica que buscam problematizá-la, apontando suas questões paradoxais e espinhosas, no entanto sem sugerir o retorno ao antigo (mas ainda atual) modelo manicomial. Nesse sentido, acredito ser necessário pensar como a Reforma Psiquiátrica sustenta as práticas de “medicalização”, quando o sujeito permanece sendo reconhecido e se reconhecendo com amparo no discurso médico, produzindo o que Pelbart chama de “outra face da clausura”.

Pelbart (1990, p.132-133), provocativamente, questiona:

O que significa de fato, no plano da cultura, essa utopia asséptica de uma sociedade em que os loucos não estariam confinados nos asilos, nem discriminados nas famílias, nem segregados no trabalho [...] Não estaremos, através de uma tecnologia *soft*, baseada na brandura e na diluição, domesticando a fera que os habita e nos livrando da estranheza que eles transmitem? Para dizê-lo de modo ainda mais incisivo, será que a libertação do louco não corresponde, no fundo, a uma estratégia política de homogeneização do social?

Assertivamente, Pelbart (1990) argumenta que não basta acolher os loucos, nem mesmo relativizar a noção de loucura, compreendendo seus determinantes psicossociais caso se mantenha intacto o manicômio mental que a racionalidade moderna confinou à desrazão. Observa que “[...] libertar o pensamento dessa racionalidade carcerária é uma tarefa tão urgente quanto libertar nossas sociedades dos manicômios. Isso significa que no plano de nossa geografia cultural e política é preciso recusar o Império da Razão.” (P.135).

O interesse nas temáticas relativas ao terreno psicopatológico – do qual intenciono sempre me aproximar buscando uma atitude crítica, na forma como as formulações teóricas deste campo se apresentam frente à diferença, à alteridade, o Outro – sugerem inevitavelmente retomar as discussões sobre o que se convencionou denominar como *Normal e Patológico*. Nesta discussão, uma referência teórica se destaca como leitura obrigatória - a obra *O Normal e o Patológico* - de Georges Canguilhem, originalmente publicada em 1966.

Bezerra Júnior (2006) argumenta que, a princípio, na vida comum do dia a dia, as referências aos termos normal e patológico parecem evidenciar um significado inequívoco, contudo, esclarece que, quando

[...] precisamos definir conceitualmente a fronteira entre o normal e o patológico, ou quando situações insólitas ou duvidosas exigem clareza quanto aos critérios que devemos usar para estabelecer essa distinção ("esse comportamento é patológico ou apenas diferente?"), toda a complexidade do tema aparece de imediato. A vida social é atravessada por processos nos quais esta demarcação é acionada: normal e patológico são categorias que distinguem, no plano social, o que é prescrito ou aceito daquilo que é proscrito ou recusado. (P. 91).

Problematizando a relação normal e patológico, ainda no prefácio da obra homônima, Canguilhem (2009, p. 8-9) formula um questionamento que me parece ser fundamental para a adoção de um posicionamento crítico ante a área psicopatológica, ao ressaltar que

[...] não há, em tese e *a priori*, diferença ontológica entre uma forma viva perfeita e uma forma viva malograda. Aliás, será lícito falar de formas vivas malogradas? Que falha pode-se detectar em um ser vivo, enquanto não se tiver fixado a natureza de suas obrigações como ser vivo?

Canguilhem (2009), na tentativa de colocar em evidência a complexa relação sobre o normal e o patológico, formula a concepção de normatividade que parece oferecer pistas sobre o sentido de negatividade do fenômeno psicopatológico que marca tanto os discursos sociais quanto as formulações teóricas, ao evidenciar que

[...] não podemos deixar de admitir que a doença é prevista como um estado contra o qual é preciso lutar para poder continuar a viver, isto é, que ela é prevista como um estado anormal, em relação à persistência da vida que desempenha aqui o papel de norma (P. 53).

Ainda destacando este sentido de normatividade como norma da vida, Canguilhem (2009) argumenta que o “Patológico implica *pathos*, sentimento direto e

concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada” (p.53), novamente reforçando a dimensão de negatividade do fenômeno patológico. É neste sentido de negatividade que as propostas de intervenção clínica historicamente parecem se fundamentar, como sinaliza o médico e filósofo francês, quando, fazendo referência à Medicina, afirma que “[...] o essencial dessa ciência ainda era a clínica e a terapêutica, isto é, uma técnica de instauração e de restauração do normal”. (P.10).

Após essa contextualização, ao me permitir entender que as clínicas psicológicas nascem em aproximação (e obviamente diferenciações) com a clínica médica, interessa-me compreender em que medida as teorias clínicas psicológicas retratam a experiência “esquizofrênica” com base numa negatividade, como algo que deve ser vencido por meio de uma terapêutica, já que, para Canguilhem (2009, p. 12),

É, sem dúvida, à necessidade terapêutica que se deve atribuir a iniciativa de qualquer teoria ontológica da doença. Ver em qualquer doente um homem aumentado ou diminuído em algo [...] Mesmo se a doença é sortilégio, encantamento, possessão demoníaca, pode-se ter a esperança de vencê-la.

Faz-se necessário investigar nas compreensões psicopatológicas e nas propostas de clínica em que medida se divisa o sujeito do adoecimento como um homem aumentado ou diminuído, sugerindo, assim, a necessidade de vencer o adoecimento e recobrar a normalidade, já produzindo o que chamo de *alteridade negada*. Aproximo-me, com efeito, do interesse foucaultiano de “[...] não mais saber o que é afirmado e valorizado em uma sociedade ou em um sistema de pensamento, mas de estudar o que é rejeitado e excluído”. (FOUCAULT, 2011, p.259).

A análise crítica dos discursos psicopatológicos acerca do que se convencionou chamar de esquizofrenia justifica-se ao reconhecer a penetração de tais discursos no tecido social, e que, em razão de seus estatutos de verdade, são fundamentais na constituição das subjetividades. Tomo por hipótese que os discursos da Psiquiatria biológica trazem uma intenção normatizante, sendo potencialmente produtores da *alteridade negada*. A admissão de diferentes perspectivas teóricas no campo psicopatológico, a complexidade de tais referenciais e a pluralidade de autores impõem a necessidade de admitir que mesmo dentre os referenciais teóricos que a princípio corroboram com implicação ética de abertura e acolhimento ao outro em sua diferença, se aproximando da ética levinasiana, precisam ser também analisados nos possíveis “deslizes” em que tais discursos sugerem negatividade na experiência “esquizofrênica”.

Neste sentido de discursos que favorecem o acolhimento a outrem em sua diferença essencial, faço referência ao trabalho de Andréa M.C. Guerra, que à luz do referencial psicanalítico, na introdução de suas reflexões sobre *A Psicose*, nos indica que a experiência psicótica “[...] ao ser transformada em objeto de estudos pela psiquiatria, perdeu a dimensão de expressão da vida humana e reduziu-se a doença mental, transformando-se negativamente em patologia” (GUERRA, 2010, p. 7).

Guerra (2010) sugere – o que entendo ser uma dimensão ética fundamental na clínica psicanalítica das psicoses – que os fenômenos sintomatológicos da experiência “esquizofrênica” não sejam tomados como déficit, sendo esta a advertência que Lacan legou ao tomar ao pé da letra o que diziam os psicóticos. A concepção de “[...] não avaliar o louco em termos de déficit” me parece se aproximar do que proponho como o acolhimento ao outro como diferença essencial. É importante destacar, contudo, que esta não parece ser a compreensão prevalente quando escutamos os discursos sociais sobre a “esquizofrenia”. Esta parece ser sempre avaliada em termos de um déficit, *alteridade negada*.

Ainda ilustrando discursos que entendo favorecerem o acolhimento a outrem em sua diferença essencial, indico o referencial fenomenológico de Arthur Tatossian, que no livro *Fenomenologia das Psicoses*, publicado originalmente em 1979, destaca que norma estatística e norma ideal, por serem exteriores ao vivido fenomenológico, devem ser refutadas, haja vista que a fenomenologia recusa a estimação do caráter patológico de um vivido. Estabelecendo uma crítica a importantes autores e obras do referencial fenomenológico, Tatossian (2006, p. 46) afirma que, “[...] faz-se necessário imputar às intermitências da vigilância fenomenológica a formulação da loucura em termos negativos: restrição existencial, alteração do ser-no-mundo, incapacidade de transcendência e perda da mundanização”.

Ao tomar a experiência patológica como negatividade, os *locis* psicopatológicos parecem realizar uma *inversão ética*, pois *outrem* em sua condição de miséria, vulnerabilidade, parece não afetar no sentido de conclamar a exigência ética, mas de outro modo mobiliza como sociedade no sentido de expressar sua incapacidade e assim justificar os processos de exclusão utilizados em diversas instituições sociais (família, escola, saber médico). A *inversão ética* perante o sofrimento de outrem se dá na contramão do que Birman (2012, p. 9) analisa sobre o *sofrimento*: “[...] seria algo de ordem *alteritária*, que pressuporia o apelo e a demanda endereçada ao outro”.

Exprimo que a proposição deste problema se articula com os trabalhos desenvolvidos por Freire (2000, 2001, 2002, 2003), nos quais toma como referência o pensamento ético-filosófico de Emmanuel Lévinas (1906-1995), para o qual a condição ética sucede da abertura ao Outro, dada originalmente como condição de possibilidade de toda subjetividade. Freire (2000, 2002) sustenta a tese de que o Lugar do Outro está vacante nas psicologias contemporâneas, provocando ao questionamento sobre de que maneiras as abordagens psicológicas possibilitam o encontro do sujeito com a alteridade do outro e de si, com o desconhecido, o diferente, o desafiante.

Na análise construída no processo de doutoramento, presumo que tal lugar vacante da alteridade é ainda mais marcante na práxis em psicopatologia, exigindo que sejam denunciadas as atribuições de negatividade que caracterizam as representações sobre a loucura desde a sociedade moderna, e que permanecem na contemporaneidade; estas são formulações estigmatizantes, que promovem violências físicas e simbólicas. Torna-se imperativo romper os paradigmas de exclusão e normalização. Para tanto, recorro ao pensamento levinasiano que me permite refletir que os discursos e práticas normalizantes representam uma violência para com o outro, pois já se propõem a reduzir outrem, em sua diferença essencial; seria a tentativa de redução do Outro ao Mesmo.

Neste sentido, Lévinas (1988a, p. 30), aponta para a “[...] estranheza de Outrem – a sua irreduzibilidade a Mim, aos meus pensamentos e às minhas posses”, e fala da impossibilidade ética do assassinio, da eliminação da alteridade. É com base nesta perspectiva ético-filosófica que Bleicher, Freire e Sampaio (2014) refletem que “[...] o lugar do louco é na sociedade” (p. 537), apontando a necessidade de os serviços em saúde mental trabalharem em prol do combate às representações estigmatizantes e excludentes, sendo necessário “[...] propiciar o contato com a loucura, lugar da diferença – e não do perigo”. (P. 534).

Após contextualizar as discussões arqueogenealógicas que me ancoram na análise sobre o sentido que a experiência esquizofrênica tem na sociedade, e apontar as relações deste sentido com o que problematizo sobre a produção do sofrimento, entendo ser fundamental investir na discussão sobre a invenção de uma categoria fundamental para o presente trabalho, a qual pretendo problematizar. A categoria em foco configura a própria noção de “esquizofrenia”, que tem sua fundação há pouco mais de 100 anos, tendo sido primeiramente publicada pelo psiquiatra suíço Paul Eugen Bleuler (1857-1939) na obra *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, de 1911.

Se nos é permitido a datação da invenção do conceito de “esquizofrenia”, faz-se necessário perceber as transformações por que tal conceito passou ao cabo de seu tempo de existência, até que a publicação do DSM-III em 1980 promoveu uma restrição em termos dos critérios diagnósticos para “esquizofrenia”. Tal restrição perdura na edição revisada do DSM-III (DSM-III-R) em 1987, no DSM-IV em 1994 e DSM-V em 2013. Dada a referência que os manuais diagnósticos publicados pela Associação Americana de Psiquiatria tiveram e ainda têm para a senda das políticas em saúde mental, detalharei precisamente de que maneiras as obras se referem à experiência “esquifzofrênica” e seus sujeitos.

A característica marcante do pensamento foucaultiano de buscar a constituição histórica dos discursos me inspira a apontar episódios históricos da invenção do conceito de “esquizofrenia”. Oferecer essa contextualização tem por finalidade deslocar o conceito de uma ideia de natureza, universalidade e existência anistórica, o que tomo como imprescindível ante a intenção do presente trabalho de colaborar com a desnaturalização da experiência esquifzofrênica e do sofrimento que a perpassa; sofrimento esse não mais entendido como algo inerente a tal experiência, mas como uma produção.

2.3 A história de um conceito

Historicamente, a formulação de Emil Kraepelin acerca da *Dementia Praecox*, funda as bases para o que foi mais tarde denominado “Esquizofrenia”. As publicações de Emil Kraepelin, em tratados, apontam pessoas que sofriam de sucessivos estados de decadência cerebral culminando em uma fase terminal de dissolução psíquica, promovendo danos predominantemente nas esferas emocionais e volitivas. Neste sentido, a demência precoce descreve uma degenerescência, que se inicia precocemente e tem um curso crônico e deteriorante, marcada pela indiferença ao mundo exterior, embotamento da afetividade, desagregação da fala e uma deterioração cognitiva.

Por sua vez, Eugen Bleuler cunhou a expressão “Esquizofrenia”, das raízes gregas *schizo* (dividida) e *phrene* (mente), para designar a experiência. Destaco que um dos aspectos que distancia as formulações de Bleuler das empreendidas por Kraepelin diz respeito à concepção de que a deterioração terminal é apenas um dos destinos possíveis da “esquizofrenia”, não sendo mais considerada como a via inexorável final e o ponto de articulação comum entre as distintas modalidades clínicas. Uma característica importante no trabalho de Bleuler como psiquiatria é sua disposição e desejo de entender os pacientes com os quais trabalhava, e que se expressou pela rotina que desenvolvia em seus

trabalhos, em que buscava passar o maior tempo possível com eles e fazendo registros do que entendia ser mais significativo.

Ainda predominante até o DSM-II, a perspectiva de Bleuler para o diagnóstico de “esquizofrenia” que não enfatiza os sintomas psicóticos, sendo entendida como uma categoria mais ampla e psicologicamente baseada, foi a partir dos anos de 1970 alvo de críticas por não permitir critérios diagnósticos mais precisos. Em consequência de tais críticas, inicia-se um movimento dentro da Associação Americana de Psiquiatria que busca a operacionalização de critérios diagnósticos precisos, passando a favorecer um maior destaque aos sintomas psicóticos específicos e a orientação para que os psiquiatras foquem primariamente os aspectos biológicos da desordem. Tal movimento culminou na adoção de pesquisas e perspectivas teóricas que fundamentam o DSM-III.

Faço o destaque sobre a importância simbólica da elaboração e publicação do DSM III, ancorando-me em Bezerra Jr. (2014, p. 23), que, no trabalho intitulado *A Psiquiatria contemporânea e seus desafios*, indica:

Nenhuma outro manual diagnóstico teve a influência que os DSM, a partir de sua terceira versão, têm tido não só no interior da psiquiatria, mas também na vida social, e isto não apenas no cenário americano e sim, num processo que ainda se encontra em expansão, em todo o planeta.

Na terceira edição do DSM, expõe-se que os limites do conceito de “esquizofrenia” são incertos, e vários autores, como Kraepelin, Bleuler e Schneider imputam ênfases distintas em suas compreensões sobre o fenômeno sob escólio. Na tentativa de superar a construção teórica de desses autores, os manuais diagnósticos da Associação Americana de Psiquiatria em suas edições III, IV e V assumem como características essenciais da “esquizofrenia” os sintomas psicóticos característicos durante a fase ativa da doença e que estão associados a uma marcada disfunção social ou ocupacional.

No DSM III o período de duração destes sintomas como critério diagnóstico é de seis meses, já para o DSM IV e o DSM V tal período é de um mês. Nos manuais diagnósticos a “esquizofrenia” é retratada como a manifestação de sintomas positivos e negativos. Resta expresso que os primeiros refletem um excesso ou distorção de funções normais, enquanto os sintomas negativos parecem refletir uma diminuição ou perda de funções normais.

Para o DSM IV, os sintomas característicos da “esquizofrenia” envolvem um conjunto de disfunções “[...] cognitivas e emocionais que acometem a percepção, o raciocínio lógico, a linguagem e a comunicação, o controle comportamental, o afeto, a fluência e produtividade do pensamento e do discurso, a capacidade hedônica, a volição, o impulso e a atenção”. (APA, 2002, p. 304).

A existência do conjunto de sintomas positivos demarca a fase ativa da “esquizofrenia”. Os sintomas positivos dizem respeito às distorções no conteúdo do pensamento (ideias delirantes), na percepção (alucinações), na linguagem e nos processos do pensamento (discurso desorganizado) e no autocontrole do comportamento (comportamento marcadamente desorganizado e catatônico). Já os sintomas negativos incluem restrições na variedade e na intensidade de expressões emocionais (embotamento afetivo), na fluência e produtividade do pensamento e do discurso (alogia), bem assim na iniciação de um comportamento dirigido a um objetivo (avolição).

Como destacado anteriormente, os manuais diagnósticos da Associação Americana de Psiquiatria sugerem que os sintomas psicóticos característicos durante a fase ativa da doença denota marcada disfunção social ou ocupacional, sendo perceptível um funcionamento abaixo dos níveis alcançados previamente, antes do início dos sintomas. É indicado que “[...] se o início for na infância ou adolescência, há fracasso na obtenção dos níveis esperados de desenvolvimento social”. (APA, 1989, p. 200). O DSM III é taxativo com relação ao prognóstico de pessoas que manifestam as primeiras experiências “esquizofrênicas” ainda na infância ou adolescência, sugerindo que tipicamente nestes casos se percebe uma “[...] incapacidade em mais de uma área de funcionamento” (APA, 1989, p. 200). Nesta mesma perspectiva, o DSM IV também sentencia que

Se a perturbação começa na infância ou adolescência, entretanto, pode haver um fracasso em conquistar o que seria esperado do indivíduo, em vez de uma deterioração no funcionamento. A comparação entre o indivíduo e seus irmãos não-afetados pode ser útil para esta determinação. O progresso educacional frequentemente está perturbado, podendo o indivíduo ser incapaz de concluir a escolarização. Muitos indivíduos são incapazes de manter um trabalho por períodos prolongados de tempo e mantêm empregos em um nível inferior ao de seus pais (“curso descendente”). A maioria (60-70%) dos indivíduos com Esquizofrenia não se casa, e a maior parte mantém contatos sociais relativamente limitados. (APA, 2002, p. 307).

Corroborando a descrição de que a experiência “esquizofrênica” envolve défices cognitivos que impactam fortemente as possibilidades profissionais e funcionais dos sujeitos, o DSM V sugere défices relativos à diminuição na memória declarativa e de trabalho, na função da linguagem, na velocidade de processamento mais lenta, anormalidades no processamento sensorial e na capacidade inibitória, e ainda redução na atenção. Parece-me que nestas descrições, todos os possíveis défices são localizados nos sujeitos, que são culpabilizados. Não estou sugerindo uma abordagem de vitimização destes indivíduos, mas proponho a necessidade de assumir que se estes sujeitos são incapazes ou não habilidosos para lidar com os padrões normativos da sociedade, é necessário também reconhecer que esta sociedade é absolutamente inábil em lidar com o sujeito da diferença, principalmente se esta é uma diferença tão radical como o sujeito da experiência esquizofrênica.

As edições do DSM conceituam as ideias delirantes como falsas crenças que habitualmente envolvem uma interpretação errada das percepções ou experiências; descrevem ainda como crenças fixas, não passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes, em que a perturbação no conteúdo do pensamento envolve delírios que frequentemente são múltiplos (por exemplo, persecutório, autorreferência, somático, religioso ou de grandeza), fragmentados ou bizarros. Todas as edições advertem sobre a possibilidade de o conteúdo dos delírios ser entendido como marcadamente bizarro, implausível e incompreensível por outros indivíduos da mesma cultura. Sob esta condição, os manuais diagnósticos atestam que estão preenchidos os critérios para “esquizofrenia”.

As distintas versões destacam ainda que, dentre os conteúdos dos delírios, os mais comuns são os delírios persecutórios (envolvendo a crença de que os outros estão espionando, espalhando falsos rumores, ou planejando prejudicar a pessoa) e os delírios de referência (quando determinados gestos, comentários, passagens de livros, jornais, letras de canções ou outras situações ambientais lhe são especificamente dirigidas, habitualmente de natureza negativa ou pejorativa). Especulo em que medida esta marca pejorativa da sintomatologia dos delírios persecutórios e de referência diz respeito ao que sugiro neste trabalho como *alteridade negada*, denotando em tais sintomas uma dimensão projetiva do que é vivido por estes sujeitos em variados contextos relacionais, em que o sentido de negatividade está nos olhares e nas expressões dirigidas e veladas a seu respeito.

Que inferências podemos formular sobre o sentido dessa manifestação sintomatológica em que o sujeito percebe o mundo como potencialmente ameaçador, pois o persegue? Com base em minha experiência clínica, percebo que na história de vida destes sujeitos, de um modo geral, são marcantes as experiências de violência física e simbólica. Ademais, o sentido da manifestação sintomatológica do delírio de referência, especulo se relacionar com um conteúdo projetivo que o sujeito percebe em seu mundo relacional, no que diz respeito a um sentido de negatividade que o outro formula de sua imagem, de um modo geral percebido e nomeado como diferente, ou precisamente como esquisito.

Novamente as edições do DSM são unânimes em destacar que perturbação da forma do pensamento está frequentemente presente e é considerada como sendo uma característica importante da “esquizofrenia”. Tal desorganização do pensamento descreve processos nos quais é perceptível o afrouxamento de associações, onde as ideias mudam de um assunto a outro, completamente sem relação ou somente indiretamente relacionadas, sem que o orador manifeste qualquer consciência de que esses tópicos estão desconectados. Nos é indicado ainda que colocações sem relação de significado possam ser justapostas, ou a pessoa pode mudar idiossincrasicamente de um quadro de referência a outro. Apesar de ser uma condição mais rara, quando o afrouxamento de associações é bastante grave, a pessoa pode tornar-se incoerente e seu discurso incompreensível.

Permito-me especular que, em muitos casos, tal incompreensibilidade do discurso parece produzir nos interlocutores destes sujeitos, mesmo que os interlocutores sejam os profissionais de saúde, uma desconsideração por aquilo que o sujeito expressa, tornando-os assim surdos ao que o sujeito da diferença expressa. Desde o momento em que o discurso do sujeito da experiência esquizofrênica é nomeado como um discurso ilógico, justifica-se o ‘não perder tempo’ tentando compreender o que este diz.

A quarta e quinta edições do DSM advertem para o fato de que, para efeitos diagnósticos, os sintomas relativos à desorganização do pensamento devem ser suficientemente graves, ao ponto de prejudicar de modo substancial a comunicação efetiva, destacando, ainda, que durante os períodos prodrômicos ou residuais da “esquizofrenia”, pode ocorrer desorganização menos grave do pensamento ou do discurso.

Outras marcas da “esquizofrenia” descritas pelas edições do DSM são as perturbações de percepção no formato de alucinação, sendo as mais comuns as alucinações auditivas. As manifestações, que não estão sob controle voluntário do

indivíduo, são particularmente importantes para o âmbito psicopatológico quando se manifestam na feição audioverbal, em que vozes fazem observações de modo geral insultuosas, de caráter pejorativo ou mesmo trazem sentenças imperativas (vozes de comando) que devem ser obedecidas, caracterizando esse contexto como especialmente perigoso para a pessoa ou para os outros. Novamente os manuais diagnósticos sugerem que, quando tais alucinações forem particularmente graves, deve sobrar estabelecido o critério diagnóstico para a “esquizofrenia”.

Outro critério diagnóstico descrito como manifestação da “esquizofrenia” são as perturbações no campo da afetividade, como o afeto inadequado (em que o afeto é claramente discordante relativamente ao conteúdo do discurso ou ideação da pessoa) ou o embotamento afetivo (quando não há virtualmente sinais de expressão afetiva e queixa-se de que não há mais uma resposta com intensidade emocional normal, ou mesmo, em casos extremos, não tem mais sentimentos). Um destaque importante é que todas as edições do DSM analisadas observam que os medicamentos antipsicóticos de primeira geração têm efeitos que podem parecer semelhantes aos do embotamento afetivo observado na “esquizofrenia”.

Outro elemento diagnóstico está nos comportamentos caracteristicamente desorganizados, que podem se manifestar desde um senso pueril até a agitação imprevisível; podem indicar problemas com relação às formas de comportamento dirigido, levando a dificuldades em realizar atividades quotidianas, como preparar refeições ou manter a higiene; o sujeito pode parecer muito descuidado ou vestir-se de maneira pouco comum ou, ainda, pode exibir um comportamento sexual claramente inadequado, como, por exemplo, masturbar-se em público. As perturbações do comportamento psicomotor são apontadas nas edições como características significativas, particularmente nas modalidades cronicamente graves e maneiras agudamente exuberantes da “esquizofrenia”. São descritas as condições em que o indivíduo vivencia o estupor catatônico em que a pessoa parece alheia ao meio; a rigidez catatônica caracteriza-se quando o indivíduo mantém uma atitude rígida e resistente aos esforços de mobilização; o excitação catatônica em que há movimentos aparentemente sem objetivos e estereotipados, motos excitados, não influenciados por estímulos externos; o comportamento catatônico, no qual o sujeito voluntariamente assume posturas inadequadas ou bizarras; o negativismo catatônico quando o indivíduo resiste e ativamente neutraliza instruções ou tentativas de mobilização; ou, ainda, a manifestação

de maneirismos bizarros, movimentos estereotipados repetidos, olhar fixo, caretas, mutismo, eco da fala e flexibilidade cérea.

Um último destaque a que procedo é o fato de que os fatores de risco apresentados no DSM V sugerem uma concepção de homem como ser eminentemente biológico, haja vista que na etiologia da “esquizofrenia” são sugeridos fatores ambientais relacionados com as estações do ano, e com a vida em modos de organização social urbano e grupos étnicos específicos. A expressão mais evidente desta concepção de *biological hominem*, contudo, se dá por meio das compreensões etiológicas genéticas e fisiológicas, onde se afirma que, apesar de não existirem “[...] exames laboratoriais, radiológicos ou testes psicométricos para o transtorno” (APA, 2014, p. 101),

Existe forte contribuição dos fatores genéticos na determinação do risco para esquizofrenia, embora a maioria dos indivíduos com diagnóstico do transtorno não tenha história familiar de psicose. Essa tendência é atribuída a um espectro de alelos de risco, comuns e raros, com cada um contribuindo somente com uma pequena parcela para a variância total da população. Os alelos de risco identificados até agora são também associados a outros transtornos mentais, incluindo transtorno bipolar, depressão e transtorno do espectro autista. Complicações na gestação e no nascimento, com hipoxia, e idade avançada dos pais estão associadas a maior risco de esquizofrenia para o feto. Além disso, outras adversidades no pré-natal e no perinatal, incluindo estresse, infecções, desnutrição, diabetes materno e outras condições médicas, têm ligação com a esquizofrenia. A grande maioria dos bebês com esses fatores de risco, entretanto, não desenvolve a doença. (APA, 2014, p. 103).

É notório que a descrição nosográfica e as tentativas de compreensão etiológica expressas nas edições do DSM praticamente não mostram elementos que fazem referência ao lugar relacional destes sujeitos, a cultura, e os impactos deste em seus processos de subjetivação. Nestes termos, a experiência da “esquizofrenia” parece configurar-se como algo eminentemente deste indivíduo, inclusive mobilizada por distúrbios do terreno biológico, tal é o grau de individualização. Aparentemente, a experiência da “esquizofrenia” se faz à margem do mundo da vida. Ademais, os discursos da psiquiatria biológica que se exprimem como um termo neutro, marca de uma suposta revolução e evolução no ambiente psiquiátrico e psicopatológico, devem ser analisados como um dos dispositivos contemporâneos relacionados com a “biologização” do humano, do fenômeno psicopatológico e implicados na medicalização dos sujeitos. Logo, devem ser analisados como dispositivos mais refinados da cultura psiquiátrica decorrentes das tradicionais modalidades de clausura da loucura e de seus sujeitos.

Minha sensação com a leitura das edições dos manuais diagnósticos da Associação Americana de Psiquiatria é que os autores estão eminentemente preocupados

em instrumentalizar o leitor para a formulação do diagnóstico. Neste sentido, os autores produzem uma imagem do que é o sujeito da “esquizofrenia”. Com base nesta imagem, o leitor poderá comparar com a imagem que ele formula dos sujeitos que solicitam seus serviços. Parece-me que o intento é simplesmente permitir a formulação de uma imagem precisa, um diagnóstico exato, logo que se possa nomear este sujeito com precisão. Não me parece ser possível ao leitor, com base nestas leituras, se aproximar daquilo que o sujeito vive em sua experiência, nomeada como sofrimento psíquico. Ditas produções científicas parecem não estar interessadas em facilitar uma hermenêutica da experiência vivida destes sujeitos, que se toma aprioristicamente como experiências radicalmente carregadas de sofrimento. A operação formulada pelos manuais diagnósticos se aproxima das práticas de violência perpetradas pelo Eu ao Outro, em uma tentativa de reduzir o Outro ao Mesmo, como expressa Emmanuel Lévinas.

Após essa lábil contextualização histórica da “esquizofrenia”, fica evidente que o discurso psicopatológico topado nestes manuais diagnósticos e livros teóricos produz uma verdade acerca do que nomeiam como “esquizofrenia”. Se se reconhece que o *status* de discurso científico que, como um selo de autenticidade, assegura a verdade inequívoca de tal discurso, é uma das características das referências por mim apresentadas acima, faz-se necessário questionar de que modo os discursos participam dos jogos de poder que irão constituir as subjetividades acerca da loucura na sociedade contemporânea.

3 “ESQUIZOFRENIA”, SOFRIMENTO E ALTERIDADE

[...] manter-se contra o outro, apesar de toda a relação com o outro, assegurar a autarcia de um eu. A tematização e a conceptualização, aliás inseparáveis, não são paz com o Outro, mas supressão ou posse do Outro. A posse afirma de facto o Outro, mas no seio de uma negação da sua independência [...] A ontologia como filosofia primeira é uma filosofia do poder [...] A posse é a forma por excelência sob a qual o Outro se torna o Mesmo, tornando-se meu (LÉVINAS 1988a, p. 33).

Como sempre destaco no correr do texto, creio que, nos referenciais teóricos da psicopatologia e das práticas clínicas em Psiquiatria e Psicologia, se entende que há um sofrimento inerente aos modos de existência do que se chama de psicopatológico. A ideia de sofrimento a mim se exprime como ainda mais marcante, se for estabelecido um recorte para considerar a “esquizofrenia”.

As reflexões que busquei estabelecer no capítulo anterior, onde discuto a invenção da “esquizofrenia”, têm por objetivo problematizar a perspectiva naturalizada deste fenômeno, refletindo ainda sobre como os discursos da Psiquiatria/Psicologia atravessam os modos de vida dos sujeitos da experiência esquizofrênica, apontando sentidos e possibilidades de vida. No imaginário social, é inquestionável o sentido de doença deste fenômeno, bem assim a ideia correlata de que tais sujeitos sofrem. Ao acompanhar a história de vida de sujeitos assim diagnosticados, sobra evidente o caráter marcante deste afeto. Na intenção de não cair no reducionismo lógico-causal de que todo sujeito da experiência esquizofrênica sofre, destaco a necessidade de investigar o que compõe a experiência de sofrimento destes sujeitos, ou como se dá a produção de sofrimento destes sujeitos, e de que jeito os discursos psicopatológicos na medida em que são socializados compõem o fundo simbólico, com amparo no qual as subjetividades são delineadas.

Se, no imaginário social, a aproximação entre “esquizofrenia” e sofrimento parece inquestionável, nas formulações teóricas das Psiquiatrias e Psicologias tal justaposição também se manifesta. Reconhecendo a hegemonia contemporânea dos discursos “biologizantes” no âmbito dos discursos no terreno psicopatológico, questiono se o que se aponta como sofrimento nas reflexões sobre o fenômeno psicopatológico pode ser considerado naturalizadamente, com o sofrimento sendo ancorado em um solo inquestionável e indiferente a contextos. A naturalização é problematizada como um dos vetores que compõe o que indico como produção do sofrimento, analisando o processo por meio do qual o sofrimento é interiorizado por via das estratégias discursivas que delimitam o patológico em uma perspectiva eminentemente organogênica, restringindo a

tal gênese todos os afetos relativos aos processos de saúde/adoecimento. Neste sentido, promovo uma crítica a tais discursos, ao considerar que o sofrimento é um fenômeno que se produz no interior de contextos sócio-históricos e relacionais determinados.

Quero destacar o fato de que, se nesta análise, também recorro à relação entre “esquizofrenia” e sofrimento, o faço apontando que minha reflexão se ancora em uma outra perspectiva, a da produção do sofrimento. Por produção entendo a necessidade de compreender a relação entre subjetividade e cultura na constituição dos sujeitos, de sorte que a experiência “esquizofrênica” deve ser considerada na relação com a cultura psicopatológica, psiquiátrica e da clínica psicológica, entendida como um conjunto de discursos e práticas, ampliando a discussão para a maneira como esses terrenos discursivos penetram o lugar das relações, e os discursos sociais atravessam e constituem os sujeitos destas experiências em suas historicidades.

Sergio Adorno (2013, p. 82), no trabalho intitulado *Loucura, dor e sofrimento*, entende que em suas reflexões Michel Foucault “[...] insinua dor e sofrimento como efeitos de discursos ou práticas institucionais”. Refazendo o percurso histórico que indica as condições de possibilidade para a revolução psiquiátrica que ocorre no século XIX, Adorno (2013, p. 89) aponta que “[...] a loucura passa a se inscrever em um corpo, em corpo doente que encontra na sua dor e sofrimento tanto sua própria culpa (razão de ser) quanto sua punição, vale dizer seu tratamento, sua cura, sua terapêutica”. Adorno (2013, p. 89-90) complementa, ancorado nas reflexões críticas de Michel Foucault, que

a dor e o sofrimento constituem formas de subjetividade que, em nossa contemporaneidade, parecem estar associadas, entre outras coisas, a essa forma de sociedade – a nossa [...] Não se trata de negar a dor e o sofrimento; não se nega a existência de indivíduos que sofrem e manifestam dor, nas mais distintas situações da vida moderna e contemporânea. A novidade de Foucault está justamente em haver dissociado esses termos autor/sofrimento e sujeito/dor. Ao fazê-lo, retirou a dor e o sofrimento da interioridade do homem, esse sujeito universal que compulsa permanentemente a experiência exterior e a vivência interior. Foucault parece colocar-se em dúvida diante desse sujeito que originalmente é portador de um sofrimento e de uma dor autóctones, alojadas desde sempre no “ser do próprio ser”. Em Foucault, tudo indica que dor e sofrimento são práticas discursivas e não discursivas que remetem a relações determinadas, em uma cultura, entre “campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade” (FOUCAULT, 1984a, v. II, p. 10).

Ao indicar que a dor e o sofrimento estão relacionados com essa feição de sociedade e as práticas discursivas que lhe são constitutivas, refere-se ao problema da sujeição, da constituição de subjetividades assujeitadas; ou seja, a constituição de modos de sujeição que vivem possibilidades reduzidas de se constituírem de outro modo que não aquele favorecido pelos âmbitos discursivos marcados pelo privilégio do saber-poder. Em

um esforço de síntese, na análise de Adorno (2013, p. 90), “[...] em Foucault, sofrimento e dor aparecem também sob a forma de opressão e sujeição, menos como sofrimento psíquico, físico ou moral”. Alcanço a noção de que é exatamente essa a experiências das pessoas objetivadas e nomeadas como “esquizofrênicas”. Nesta perspectiva, analiso os discursos da psiquiatria biológica que investem sobre o sujeito da diferença, objetivando-o e o nomeando, no intento de analisar criticamente as representações formuladas acerca deste sujeito, as condições de possibilidade para que tais dispositivos discursivos emergjam, indicando ainda as sensibilidades que lhes são próprias e que servirão de norma para a objetivação dos sujeitos da diferença. Finalmente, estudo, também, as cenas de cura, sob o favorecimento desses dispositivos discursivos, na pretensão de alcançar os efeitos dos discursos nos modos de sujeição e, ainda, indicar possibilidades estabelecidas como linhas de fuga.

Defendo a tese de que a produção do sofrimento se dá pela *alteridade negada*, como uma operação iniciada logo que o sujeito é percebido em sua diferença e nomeado como “esquizofrênico”, e, por isso, é negado, estigmatizado, violentado, silenciado, excluído. Formulo, assim, o problema: Como ocorre a produção do sofrimento na experiência “esquizofrênica”, e em que medida este se dá como *alteridade negada*? Como os discursos da Psiquiatria Biológica contribuem com a constituição da experiência “esquizofrênica” como *alteridade negada*? Que possibilidades, distintas a produção do sofrimento como alteridade negada, os discursos e práticas em saúde mental promovem na lida com o sujeito da alteridade radical que a “esquizofrenia” indica?

Sintetizo a intenção deste capítulo como um exercício de refletir sobre a relação entre sofrimento e “esquizofrenia”. Para tanto, recorro a breves ilustrações de como as referências teóricas do âmbito psicopatológico retratam essa relação, buscando apontar o sentido de naturalização que essas representações teóricas evocam. Ampliando a discussão, recorro a referências que ultrapassam as teorizações reducionistas e naturalizantes do sofrimento. Reflito sobre a condição de sofrimento que constitui a própria condição humana, e como a senda psicopatológica investe na objetivação dos afetos. Destaco, ainda, alguns fenômenos que entendo relacionados diretamente com a produção do sofrimento, em especial as reflexões sobre o fenômeno do estigma e a condição de surdez com que o sujeito da experiência esquizofrênica vem sendo historicamente tratado, o que em meu entendimento corrobora a tese da produção do sofrimento como *alteridade negada*. Pretendendo ainda promover uma reflexão ética sobre o fenômeno da “esquizofrenia”, recorro ao pensamento de Emmanuel Lévinas, que

em sua filosofia da alteridade radical se reporta à responsabilidade desmedida para com o Outro.

3.1 A relação entre “esquizofrenia” e sofrimento

A necessidade de refletir sobre a relação entre “esquizofrenia” e sofrimento se assevera quando se constata a maneira como a experiência esquizofrênica é retratada nos livros técnicos em psicopatologia e a representação que se tem no imaginário social, de que a “esquizofrenia” é eminentemente sofrimento. Ademais, conforme nos adverte Szasz (1978a), é justamente com base nesta aproximação entre sofrimento e “esquizofrenia” que as práticas psiquiátricas e psicológicas encontram legitimidade para produzir suas intervenções, e a perpetuação de todo um círculo cultural de violência para com o esquizofrênico, pois,

Como a obrigação clássica do médico é tratar os pacientes que sofrem, mas para isso obter o seu consentimento e só fazê-lo em seu benefício, é necessário explicar e justificar as situações em que os indivíduos são ‘tratados’ sem seu consentimento e em seu prejuízo (SZASZ, 1978a, p.15-16).

No recorte das informações iniciais que as referências teóricas em Psicopatologia elaboram sobre o fenômeno da “esquizofrenia”, é notória a sugestão dessa circunstância de sofrimento como característica inerente a experiências esquizofrênicas. Neste sentido, David Holmes (1997, p. 236), no livro *Psicologia dos Transtornos Mentais*, define a “esquizofrenia” como um “[...] conjunto de transtornos que abrange o que são, sem dúvida, os mais complexos e assustadores sintomas que jamais encontraremos [...] é um transtorno sério em termos tanto da natureza dos sintomas como do número de pessoas que sofrem dele”.

Observando a apresentação de outra obra que investe sobre o fenômeno da “esquizofrenia”, fica evidente o sentido de negatividade que a experiência esquizofrênica sugere para tais autores, para quem

A psicose em geral, e a esquizofrenia, em particular, é uma **estranha e às vezes horrível desordem**. Para muitos de nós que pesquisam doenças psicóticas, foi a estranheza o que primeiro nos atraiu. Os sintomas extraordinários parecem refletir sobre algum núcleo central da experiência humana. Somente quando se começa a trabalhar com pessoas que sofrem de esquizofrenia em seus estágios crônicos que se percebe os **efeitos devastadores sobre os sujeitos que sofrem de tal condição e suas famílias**. Os tradicionais estabelecimentos de saúde mental são amplamente habitadas por **pessoas afligidas pelos efeitos crônicos**

incapacitantes da desordem. (YUNG, PHILLIPS & MCGORRY, 2004, p. vi – Grifei)⁵.

Em um sentido próximo, Richard Noll (2007, p. iv – grifei) no prefácio do livro *The Encyclopedia of schizophrenia and other psychotic disorders*, assinala que,

Nossa espécie é **assombrada pela loucura**. Um em cada 100 de nós **será preso** em algum momento em nossas vidas, e daqueles, um em cada 10 será **conduzido pela miséria ou confusão** na condução de suas próprias vidas. Não só os aflitos sofrem, é claro. Como observou Aristóteles, somos animais sociais, profundamente ligados uns aos outros, e os distúrbios da psique (o termo técnico são psicoses) afligem a rede social, envolvendo familiares, amigos, comunidades e economias. Diretamente ou indiretamente, a loucura nos toca a todos [...] A loucura que nos assombra evade nosso controle. Milhões ao redor do mundo **sucumbem**, e poucos se recuperam completamente⁶.

Em outro manual de Psicopatologia Geral, denominado *Demystifying schizophrenia for the general practitioner*, aponta-se que

A esquizofrenia está entre as **mais devastadoras de todas as doenças**, afetando aproximadamente 1-2% da população mundial. O início dessa desordem é geralmente entre 20 e 30 anos de idade, com **um curso de doença crônica e incessante durante a vida do paciente**. A esquizofrenia é caracterizada por duas principais classes de sintomas, sintomas positivos e sintomas negativos, bem como por **deficiências cognitivas e funcionais duradouras** [...] Embora a esquizofrenia permaneça entre as **doenças mais graves e debilitantes conhecidas pela medicina**, seu tratamento permaneceu praticamente inalterado há mais de 50 anos devido à falta de avanços significativos em nossa compreensão de seus fundamentos neurológicos ou alvos farmacológicos. (SIEGEL & RALPH, 2011, p. xi – realcei).⁷

⁵ “Psychosis generally, and schizophrenia in particular, is a strange and sometimes awful disorder. For many of us researching into psychotic illnesses, it was the strangeness which first attracted us. The extraordinary symptoms seem to reflect on some central core of human experience. Only when one starts to work with people suffering from schizophrenia in its chronic stages do the devastating effects on sufferers and their families begin to strike home. Traditional mental health settings are largely inhabited by people afflicted by the chronic disabling effects of the disorder” (YUNG, PHILLIPS & MCGORRY, 2004, p. vi).

⁶ “Our species is haunted by madness. One in every 100 of us will fall prey to it at some time in our lives, I

⁷ “Schizophrenia is among the most devastating of all illnesses, affecting approximately 1–2% of the world’s population. The onset for this disorder is generally between 20 and 30 years of age, with a chronic, unremitting disease course for the duration of the patient’s life. Schizophrenia is characterized by two main symptom clusters, positive symptoms and negative symptoms, as well as lasting cognitive and functional disabilities [...] Although schizophrenia remains among the most severe and debilitating illnesses known to medicine, its treatment has remained virtually unchanged for over 50 years due to the lack of significant advances in our understanding of its neurological underpinnings or pharmacological targets”. (SIEGEL & RALPH, 2011, p. xi).

Quando da revisão bibliográfica acerca da “esquizofrenia”, deparei um dado na obra *Encyclopedia of Schizophrenia and Other Psychotic Disorders* que me parece muito significativo. Ela traz um catálogo de expressões que remetem ao fenômeno da “esquizofrenia”. Ao buscar expressões, porém, como sofrimento (suffer, suffering), angústia (anguish, affliction, agony, sadness, hurt, pain, misery), solidão (loneliness, desolation, seclusion), desamparo (helplessness, uncovered, undefended, unprotected, vulnerable), abandono (abandonment, abandon, neglect), notei que a enciclopédia não oferece nenhuma discussão sobre o que as categorias podem sugerir sobre a experiência vivida da “esquizofrenia” e o que venho sugerindo como a produção do sofrimento.

A título de curiosidade, entretanto, se a pessoa for procurar informações sobre as distintas modalidades de tratamento, muitas delas obviamente expressões de violência para o sujeito da diferença, encontrará sempre alguma discussão, o que denota o assunto pensado efetivamente como significativo para a área técnico-científica da psicopatologia, em específico, para alguns autores interessados no fenômeno da “esquizofrenia”. Exemplos disso, dentre outros, são as referências a **Terapia de Coma (ou Choque) Insulínico**⁸, descrita como o processo descoberto pelo psiquiatra austríaco Manfred Joshua Sakel em 1933 e que até o final dos anos de 1950 foi a maneira de tratamento mais popular e entendida como a mais eficaz para “esquizofrenia”; ao **Isolamento**⁹, em que se explica que a prática de se isolar as pessoas diagnosticadas como psicóticas e agitadas ou violentas foi por muitos anos o método de prevenir que estes sujeitos pudessem oferecer algum risco a si mesmo ou a outros, considerado por muitos séculos como o mais humano método de contenção; a “Lobotomia¹⁰”, termo desenvolvido pelo neurologista

⁸ **“Insulin coma (or shock) therapy.** *This was the most popular—and most consistently effective—form of treatment for ACUTE SCHIZOPHRENIA from 1933 to the late 1950s, when treatment with ANTIPSYCHOTIC DRUGS became dominant. This technique was invented by an Austrian psychiatrist, Manfred Joshua Sakel (1906–1957) [...] He discovered that the higher doses did indeed relieve the agitative withdrawal symptoms. When he found that high doses would induce a coma in patients—particularly in those patients who were also diagnosed with SCHIZOPHRENIA—he began to experiment in 1933 with induced insulin comas as a treatment for schizophrenia”.* (NOLL, 2007, p. 235).

⁹ **“Isolation.** *Isolating agitated or violent people who are psychotic has long been a method of preventing them from harming themselves or others. It has been considered by many, over the centuries, as a more humane form of restraint than either physical or chemical methods. The famous “padded rooms” invented by the German physician Ferdinand AUTENREITH (1772–1835), which were lined with cork and rubber, were widely copied throughout European asylums in the 19th century as places to isolate patients. Many institutions today still have isolation or “time-out rooms” for their more active patients”* (NOLL, 2007, p. 237)

¹⁰ **“Lobotomy.** *The term that American neurologist Walter FREEMAN invented to replace LEUCOTOMY, the name given by Portuguese neurologist António EGAS MONIZ for his famous psychosurgical procedure that severed the white fibers connecting the frontal lobe to the rest of the brain. Freeman suggested the name change at a meeting of the Southern Medical Association in Baltimore in November 1936, and it was*

estadunidense Walter Freeman para substituir a Leucotomia, o nome dado pelo neurologista português António de Abreu Freire Egas Moniz, para designar qualquer procedimento psicosecânico que envolvesse o corte das fibras nervosas de um lóbulo do cérebro; e, por fim, a referência às drogas antipsicóticas¹¹, descritas como o tratamento hegemônico na cultura ocidental para supressão ou alívio dos sintomas positivos da psicose, principalmente alucinações e delírios, sendo utilizados tranquilizantes desde sua descoberta em meados da década de 50 do século XX.

Penso que encontramos no conjunto de verbetes “Experiência Subjetiva de Esquizofrenia¹²” uma explicação para a ausência, dessa enciclopédia, de expressões que entendo serem fundamentais para compreender a experiência vivida da “esquizofrenia” e o que venho sugerindo como a produção do sofrimento, e, desde essa hermenêutica, produzir estratégias de produção de cuidado com esses sujeitos. No verbete, discutem-se algumas implicações destas ausências, justificando-as:

Com sua ênfase em fatores biológicos e bioquímicos no desenvolvimento dos transtornos mentais (e dos distúrbios psicóticos em particular), a psiquiatria tem sido criticada por ignorar a experiência real de uma doença pela pessoa aflita. Na verdade, a psiquiatria foi acusada de ver a noção de "eu" como talvez um pouco mística, e a maioria das revistas psiquiátricas profissionais hoje têm cada vez menos espaço para "histórias de casos" detalhadas de experiências individuais [...] Ao entender o que realmente acontece dentro dos pensamentos e emoções de uma

first used in a published article in 1937. Because leucotomy referred to the severing of specific fibers, “lobotomy” was suggested as a more general term for any psychosurgical procedure that involved the cutting of the nerve fibers of a lobe of the brain” (NOLL, 2007, p. 254).

¹¹ **“Antipsychotic drugs.** *The class of drugs that suppress or alleviate psychotic symptoms (primarily POSITIVE SYMPTOMS such as hallucinations and delusions). The term antipsychotic drugs was used for the first time to refer to these pharmacological agents by a German-Canadian psychiatrist, Heinz Lehmann of Montreal, in an article published in the Canadian Medical Association Journal in 1961. They are also commonly referred to as neuroleptics (coined by Jean Delay of France in 1955), antischizophrenic agents, and major tranquilizers (which is a misnomer). From 1955 to the 1990s, antipsychotic drugs were most often referred to as neuroleptics in Europe and major tranquilizers in the United States. Smith Kline and French introduced CHLORPROMAZINE (THORAZINE) in 1955 just months before another new drug that revolutionized outpatient psychiatry, the famous “minor” tranquilizer meproamate (Miltown), so in a marketing contrast to Miltown, Thorazine was soon sold to physicians by pharmaceutical companies as a “major tranquilizer.” Antipsychotic drugs are the treatment of choice for SCHIZOPHRENIA and other psychotic disorders” (NOLL, 2007, p. 23).*

¹² **“Subjective experiences of schizophrenia.** *With its emphasis on biological and biochemical factors in the development of mental disorders (and the psychotic disorders in particular), psychiatry has been criticized for ignoring the actual experience of an illness by the afflicted person. Indeed, psychiatry has been accused of viewing the notion of the “self” as perhaps a bit mystical, and most professional psychiatric journals today have less and less space for detailed “case histories” of individual experiences [...] By understanding what actually goes on inside the thoughts and emotions of a person with schizophrenia, we can all develop a deeper empathy for the afflicted person and interact with him or her in a much more genuinely supportive manner [...] most of the major attempts to study the subjective experiences of people with schizophrenia were published in the 1960s and 1970s—prior to the revolution in BRAIN IMAGING TECHNIQUES and GENETICS STUDIES that have shifted the focus to the purely organic view of this disease” (NOLL, 2007, p. 353).*

pessoa com esquizofrenia, todos nós podemos desenvolver uma empatia mais profunda para a pessoa afligida e interagir com ele de uma forma muito mais genuinamente favorável [...] a maioria das principais tentativas de estudar as experiências subjetivas de pessoas com esquizofrenia foram publicadas nos anos 1960 e 1970 - antes da revolução em técnicas de imagem cerebral e estudos genéticos que mudaram o foco para a visão puramente orgânica desta doença. (NOLL, 2007, p. 353).

O recorte de referências bibliográficas acerca do fenômeno da “esquizofrenia” reforça a minha desconfiança de que, apesar de os autores da psicopatologia afirmarem a condição de sofrimento que constitui a experiência esquizofrênica, eles em suas incursões para determinar as causas biológicas, não estão efetivamente escutando os sujeitos em suas experiências, não fazem a ouvida dos seus sofrimentos, se mantêm surdos ao que eles podem ensinar acerca do que vivem e sua condição de diferença.

Nesta discussão, evidencio, por ser azado o momento - que não pretendo escamotear ou romantizar a experiência esquizofrênica, negando que ela é perpassada pelo sofrimento. Tenciono é problematizar a naturalização da experiência esquizofrênica, aproximada radicalmente da noção de sofrimento como padecer, atribuindo-se ainda explicações endógenas para este padecer, como tenta nos convencer a corrente “biologizante” em psicopatologia. Neste sentido, considero importante o reconhecimento de que a experiência do sujeito da “esquizofrenia” – por sua condição humana, logo como sofrente – é perpassada por sofrimentos. O que acredito ser imprescindível para a desnaturalização da concepção reducionista que identifica radicalmente “esquizofrenia” e sofrimento – que traduz o sintagma: “é esquizofrênico, logo sofre” –, é, justamente, a reflexão sobre o que produz o sofrimento do sujeito da experiência esquizofrênica. Como nos ensinam as reflexões foucaultianas, os processos de naturalização constituem estratégias fundamentais dos regimes de verdade e seus intentos de sujeição.

Como clínico, no exercício de minha profissão na escuta dos sujeitos nomeados como “esquizofrênicos”, e por admitir que, por sua condição humana o esquizofrênico sofre, me interessa compreender o que de específico existe nos modos de sofrer destes sujeitos. Na condição de pesquisador, é de meu interesse analisar de que modo os discursos psicopatológicos investem sobre tais experiências; em que medida tais experiências de sofrimento estão relacionadas com o sentido de negatividade que o diagnóstico de “esquizofrenia” imputa em suas vidas; em que medida a representação que se formula sobre o sujeito da experiência esquizofrênica, tanto pelos discursos técnicos como pelos discursos sociais do senso comum, atravessam esses sujeitos, lhes constituindo subjetivamente; em que medida os discursos psicopatológicos consideram

em suas análises sobre o sujeito em sofrimento as questões macrossociais, ético-políticas; ou, ainda, em que medida as reflexões do psicopatológico perante o sujeito em sofrimento no âmbito da “esquizofrenia” tem investido no sentido de compreender tal sofrimento e oferecer amparo, cuidado a tais sujeitos.

Freud, no *Mal-estar da Civilização*, disserta sobre as modalidades com suporte nas quais o sofrimento ameaça. As primeiras são as ameaças “[...] do próprio corpo, que, fadado ao declínio e à dissolução, não pode sequer dispensar a dor e o medo, como sinais de advertência”. Uma interrogação se me afigura pertinente - em que medida se toma a experiência de “esquizofrenia” como ameaça do corpo, consoante tenta sugerir o paradigma da Psiquiatria Biológica e das Neurociências? O segundo formato de ameaça está nas “[...] do mundo externo, que pode se abater sobre nós com forças poderosíssimas, inexoráveis, destruidoras”. E, finalmente, as ameaças têm por gênese o âmbito “[...] das relações com os outros seres humanos [...]” (FREUD, 2010, p. 21), as quais, para o pai da Psicanálise são as maneiras de sofrer que se experimenta mais dolorosamente do que qualquer outra.

Na referida obra, Freud descreve jeitos, estratégias de afastar o sofrimento, tais como a intoxicação; as filosofias de vida que buscam dominar as fontes internas das necessidades; os deslocamentos da libido desde as fontes de trabalho psíquico e intelectual; o exercício do eremita; a religião; a busca da felicidade na relação amorosa; no gozo da beleza, em uma atitude estética. Convidam a minha atenção as reflexões que Freud faz acerca do que ele aponta como “[...] os métodos mais interessantes para prevenir o sofrimento”, justamente aqueles “que tentam influir no organismo”.

Sigmund Freud (2010) entende que a influência do químico, a intoxicação, é o método mais eficaz de evitação do desprazer, pois “[...] é fato que há substâncias de fora do corpo que, uma vez presentes no sangue e nos tecidos, produzem em nós sensações imediatas de prazer, e também mudam [...] as condições de nossa sensibilidade” (p. 22). Será essa mudança nas condições de nossa sensibilidade que os fármacos prometem na experiência esquizofrênica, o que nos seduz ao privilégio à aliança com tal estratégia de tamponar o mal-estar? Esses remédios estarão a serviço da felicidade dos sujeitos, ou também servirão à sociedade como modo de controle, normatização ou docilização dessas pessoas, sujeitos da diferença?

Questiono se a intenção dos clínicos na prescrição do suporte farmacológico, principalmente o uso dos antipsicóticos, busca essa prevenção do sofrimento, ou se é uma tentativa de remoção ou mitigação dos sintomas psicóticos. Ao prescrever o medicamento

como antídoto ao sintoma psicótico, o médico psiquiatra tem por intenção remover ou diminuir o impacto do sintoma na experiência do sujeito diagnosticado como esquizofrênico? Tal intervenção efetua-se como uma prática de prevenção ou diminuição do sofrimento? Entendo que a discussão sobre os pontos suscitados pode ser elaborada por meio da análise crítica dos discursos psicopatológicos, investindo mais especificamente na problematização das “cenas de cura” do que os discursos psicopatológicos sugerem e os efeitos sobre os sujeitos da “esquizofrenia”.

Freud (2010, p. 29), dando continuidade à sua reflexão sobre as fontes de sofrimento, afirma que todos são obrigados a reconhecer a impotência de cada qual, como “[...] rendição ao inevitável”, ante “[...]a prepotência da natureza” e a “[...] fragilidade de nosso corpo”. Freud aponta que a atitude é distinta com relação “[...] a terceira fonte de sofrimento, a social”, pois não é possível

[...] compreender por que as instituições por nós mesmos criadas não trariam bem-estar e proteção para todos nós. Contudo, se lembrarmos como fracassamos justamente nessa parte da prevenção do sofrimento, nasce a suspeita de que aí se esconderia um quê da natureza indomável, desta vez da nossa própria constituição psíquica (FREUD, 2010, p. 29-30).

Freud, ao se interrogar por quê as instituições sociais não são capazes de promover bem-estar e proteção para todos, me permite retomar este questionamento tendo como foco a experiência esquizofrênica. Parece-me importante questionar tanto a incapacidade das instituições de saúde mental em promover o bem-estar e proteção para estes indivíduos, como também perceber como tais discursos e práticas compõem os *locis* de vetores que produzem o sofrimento na experiência esquizofrênica. Creio ser importante ainda avançar no questionamento sobre de que modo os discursos psicopatológicos pensam a contribuição das demais instituições sociais na gênese do sofrimento do “esquizofrênico”, e quais estratégias de produção de cuidado são elaboradas ante essas práticas institucionais. Pergunto, ainda, o que é revelado de “[...] nossa própria constituição psíquica” (FREUD, 2010, p. 30), quando se assume que é incapaz de bem cuidar do sujeito da diferença da experiência esquizofrênica, advertindo para o fato de que estou deslocando a noção de “bem cuidar” das tradicionais cenas de cura que promovem a normatização.

Outra referência que tomo como fundamental para a matéria que venho apontando são as reflexões do psiquiatra Eugène Minkowski, para quem o sofrimento é parte integrante da existência humana, marcando-a e posicionando-a. O sofrimento é concebido

como do domínio do *pathos* humano, estando nessa vivência a possibilidade de o homem reconhecer seu aspecto humano. Neste sentido, Minkowski (2000, p. 157) afirma que o “[...] sofrimento está em nós e nele tomamos contato com nós mesmos e com a existência”.

Diferenciando-se do uso que é recorrente nos textos teóricos em psicopatologia, tal como apontado há pouco, o psiquiatra diferencia o sofrimento humano da miséria humana: “O homem que sofre não tem [...] nada de mísero em si. Ele é o que é como ser humano, e o que não pode deixar de ser”. (MINKOWSKI, 2000, p. 157). Destacando que o “sofrimento não é certamente um bem, mas não é também um mal no sentido banal do termo” (MINKOWSKI, 2000, p. 157), diferencia-se de possíveis perspectivas maniqueístas acerca do sofrimento, sugerindo ainda que a partir desta vivência “[...] o homem depara-se com problemas que sua existência coloca diante de si e o reconhece” (MINKOWSKI, 2000, p. 157). Penso que aqui já se aponta a importância da escuta efetiva da experiência esquizofrênica, em um exercício hermenêutico dos desafios que o homem depara em sua existência, pois, como ensina Minkowski (2000, p. 164), as expressões de sofrimento “[...] dizem respeito à nossa condição humana e pedem para ser apreciadas sob esse ângulo”. (*Ibidem*, 2000, p. 164).

Ainda neste sentido, do que o sofrimento desvela, Minkowski (2000, p. 157) provoca a escuta das experiências em que o sofrimento se expressa, nas quais “Ele está presente e nos revela o que é [...] São reações pelas quais ele pode se traduzir, às quais ele pode dar lugar”. Nesse trecho, entendo o autor sugerir que o sofrimento comunica algo, sendo uma expressão da vida do sujeito em sofrimento podendo indicar os sentidos daquilo que este sujeito vive.

Em seu trabalho, Minkowski (2000) reflete sobre várias facetas do sofrimento, desde o penar, a nostalgia, a angústia, a ansiedade, formulando possibilidades hermenêuticas para cada uma dessas e a relação com o sentido pático da vida. Penso que o exercício hermenêutico realizado acerca do sofrimento pressupõe uma condição de abertura para a experiência vivida e seus sentidos. Ao se confrontar o exercício hermenêutico realizado por Eugène Minkowski acerca do sofrimento com as reflexões dos textos teóricos em Psicopatologia geral, ficará óbvio que, quando se fala sobre o sofrimento na experiência esquizofrênica, parece não existir abertura para esse exercício, sendo o sofrimento apresentado naturalizadamente; a relação entre “esquizofrenia” e sofrimento parece ser tão óbvia que não se busca compreender seus sentidos. A condição

óbvia de sofrimento na “esquizofrenia” provavelmente compõe um dos elementos que corroboram a condição de surdez ao outro da experiência esquizofrênica.

Albuquerque (2015), ao refletir sobre o sofrimento psíquico e mal-estar na contemporaneidade, aponta o sentido de negação que o sofrimento tem e a relação com o que se delimita como o normal e o patológico. Aponta que o sofrimento é percebido como uma dissidência em relação à norma operante, ganhando contornos de dano, déficit, escândalo. A autora sinaliza, ainda, que, ante o desenvolvimento tecnológico que se tem, as pessoas, cotidianamente, são incitadas a fazer uso dos recursos que possuem para que tal negatividade possa ser imediatamente sanada. A formulação de todo um conjunto de tecnologias propostas para lidar com as condições de padecimento recebem amplos investimentos na tentativa de identificar, nomear, classificar e tratar qualquer fenômeno considerado aversivo à integralidade do sujeito. Os investimentos apontam para a importância política, social, econômica e cultural do intento de domesticar o sofrimento psíquico de maneira a tratá-lo e extingui-lo da experiência humana.

Ante a realidade contemporânea, reflito que investigar a produção do sofrimento na experiência esquizofrênica, faz-me pensar mais amplamente sobre as expressões de sofrimento na sociedade contemporânea e as respostas oferecidas. Parece-me óbvio que se vive na sociedade contemporânea uma maneira hegemônica de alergia ao sofrimento, pois, perante toda expressão deste, se elegem respostas tecnicistas que prometem a remoção, da maneira mais imediata possível, da afetação provocada pelo sofrer. Pode-se afirmar que, na sociedade contemporânea, o sofrimento não precisa mais ser significado, mas simplesmente posto em suspensão mediante recursos químicos. A recusa em promover uma escuta das maneiras de sofrer, na medida em que se está sempre buscando evitá-lo, escamoteia a possibilidade de investigar sensivelmente o sofrimento como uma experiência privilegiada para observar as implicações existenciais, políticas e sociais, que o atravessam. Assim, abre-se mão de investigar não somente o sujeito da experiência, mas também todo a área sociocultural que o permeia, e os modos de vida que lhe são característicos. Declina-se, pois, na importância de fazer uma análise ético-política do sofrimento, ou, mais especificamente, no presente processo, da produção do sofrimento por “esquizofrenia”.

A reflexão sobre a grandeza ético-política do sofrimento é justamente o que pretende a psicóloga social Bader Sawaia, na organização do livro *As Artimanhas da Exclusão*. Sawaia (2004, p. 8) relata que sua intenção e dos demais autores é “[...] compreender as nuances das configurações das diferentes qualidades e dimensões da

exclusão, ressaltando a dimensão objetiva da desigualdade social, a dimensão ética da injustiça e a dimensão subjetiva do sofrimento”. Sinteticamente, Sawaia (2004, p. 8) aponta que a “[...] exclusão passa a ser entendida como descompromisso político com o sofrimento do outro”.

A perspectiva que toma a exclusão como descompromisso político em relação ao sofrimento do outro se aproxima radicalmente do que tento defender sobre a produção do sofrimento como *alteridade negada*. Dando continuidade à série de influências que a reflexão de Sawaia (2004, p. 97-98) provoca em meu trabalho, recorro à colocação da autora quando destaca a necessidade de formular perspectivas epistemológicas que superem “[...] o uso moralizador e normatizador de conceitos científicos que culpabilizam o indivíduo por sua situação social e legitimam relações de poder, apoiados no princípio da neutralidade científica”. É exatamente nessa intenção que escolho os parceiros teóricos com os quais busco fundar a conjunção de problemas aqui debatida.

Sawaia (2004, p. 98), ao afirmar que é “[...] no sujeito que se objetivam as várias formas de exclusão, a qual é vivida como motivação, carência, emoção e necessidade do Eu”, justifica a necessidade de escuta dos sujeitos da experiência de sofrimento, na forma como são retratados nos textos teóricos em psicopatologia, analisando se tais reflexões favorecem a escuta e acolhimento de tais sujeitos ou se de outro modo se configuram como discursos de violência, que ao objetivarem outrem negam sua condição de alteridade radical. A autora adverte, contudo, para a noção de que o sujeito que vivencia tal sofrimento “[...] não é uma mônada responsável por sua inserção social e capaz de, por si mesmo, superá-la. É o indivíduo que sofre, porém esse sofrimento não tem a gênese nele, e sim em intersubjetividades delineadas socialmente”. (*Ibidem*, p. 99). Neste sentido, destaco o que problematizo sobre a produção do sofrimento, pensado não como uma experiência afetiva solipsista, mas sim como algo produzido nas relações intersubjetivas, considerando os variegados discursos que perpassam os sujeitos que compõem a experiência da “esquizofrenia”, incluindo-se aí os próprios discursos teóricos psicopatológicos, entendendo-os como privilegiados na constituição das subjetividades na contemporaneidade.

Tenciono investigar a produção do sofrimento ancorado nesta perspectiva do sofrimento ético-político. Faz-se necessário, contudo, assumir a responsabilidade de que, ao realizar a aproximação, estou ampliando a seara de estudos anteriormente explorada pela autora, que refletia sobre esta categoria de um jeito mais delimitado, mais especificamente em suas problematizações acerca da desigualdade social. Se

entendemos, contudo as desigualdades sociais em aproximação com o fenômeno de marginalização dos sujeitos, compreendemos que as noções desenvolvidas são absolutamente valiosas ante o que demandamos desenvolver. Neste sentido, a Psicóloga social define:

[...] o sofrimento ético-político abrange as múltiplas afecções do corpo e da alma que mutilam a vida de diferentes formas. Qualifica-se pela maneira como sou tratada e trato o outro na intersubjetividade, face a face ou anônima, cuja dinâmica, conteúdo e qualidade são determinados pela organização social. Portanto, o sofrimento ético-político retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade. (1999, p. 104).

Sawaia (2004, p. 106) indica, ainda, que “[...] conhecer o sofrimento ético-político é analisar as formas sutis de espoliação humana por trás da aparência da integração social”. Tomo sua opinião como uma advertência que provoca a questionar as modalidades de clausura que persistem e se renovam desde a reforma psiquiátrica e a implementação das políticas substitutivas que supostamente favorecem a integração social do louco e da loucura.

Apontando as últimas influências que a autora da Psicologia Social tem na pesquisa sob relação, destaco mais um trecho de sua obra onde ela aponta que “[...] é preciso realizar pesquisas com aqueles que estão sendo instituídos sujeitos desqualificados socialmente (deixando-se ser ou resistindo) [...] para ouvir e compreender seus brados de sofrimento”. (*Ibidem*, p. 109). Essa perspectiva ético-política da pesquisa científica tem ainda por intenção, segundo a autora, “[...] conhecer os sentidos que os sujeitos dão a suas experiências, os comportamentos que adotam em relação a si e aos outros e os sentimentos vivenciados no processo”. (p. 113).

Sawaia (2004), ao evidenciar aqueles que estão sendo instituídos como sujeitos desqualificados socialmente, parece indiretamente também fazer referência à condição do sujeito diagnosticado como esquizofrênico. Tal condição de instituído se aproxima daquilo que o sociólogo canadense Erving Goffman reflete sobre os processos de estigmatização, pois, como sugere o psiquiatra estado-unidense Thomas Szasz,

[...] mais do que qualquer outro termo de diagnóstico psiquiátrico, *esquizofrenia* implica que a pessoa assim ‘diagnosticada’ é louca, não sabe o que está fazendo, não é responsável pelo seu comportamento e deve ser ‘tratada’. Isso explica por que a *esquizofrenia* justificou e continua justificando a imposição de intervenções psiquiátricas involuntárias ao ‘paciente’ assim diagnosticado. (1978a, p. 105).

Goofman (1988) refere-se ao estigma como a situação da pessoa percebida como inabilitada para a aceitação social plena, ao ponto de se acreditar que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nessa percepção, vários tipos de discriminações são formulados, o que muitas vezes, efetivamente, reduz suas possibilidades de vida. Para tanto, o autor canadense explica que uma teoria do estigma é estabelecida, constituindo uma ideologia para explicar a inferioridade e dar conta do perigo que estes sujeitos representam. Parece-me que é exatamente em aproximação com esta perspectiva que as diversas elaborações críticas sobre a Psiquiatria/Psicologia buscam denunciar os intentos normatizadores dessas searas do *conhecimento parcialmente unificado*, conforme refletiu Herbert Spencer.

Compreendo ser exatamente essa marca, do *não completamente humano*, que representa o sujeito da experiência esquizofrênica, e que eu chamo de *alteridade negada*. Ademais, as reflexões teóricas em Psicopatologia parecem em muitas situações legitimar esta representação estigmatizante dos sujeitos, constituindo-se efetivamente como uma ideologia para explicar a sua inferioridade, na medida em que centram suas explicações etiológicas em lógicas “biologizantes” ou psicologizantes, inculcam os sujeitos e reduzem as possibilidades de intervenção a sua condição, individualizando as etiologias e as práticas terapêuticas.

Goofman (1988) argumenta que a manipulação do estigma é uma característica geral da sociedade, sendo um processo que ocorre sempre que há normas de identidade. Neste sentido, o Sociólogo de Alberta explica que a vida social denota uma condição necessária de que os participantes compartilhem um conjunto de expectativas normativas, sendo as normas sustentadas em decorrência da sua bem-sucedida incorporação. Defendo o ponto de vista de que esta socialização marcada por expectativas normativas mostra-se evidente com relação à “esquizofrenia”, haja vista nas distintas cenas sociais e, desde muito cedo, o esquizofrênico é mostrado como quem se distanciou da condição de sujeito; ainda na infância, se aprende a identificar o diferente, o louco; e a temê-lo.

Ademais, penso que, na medida em que o sujeito da experiência esquizofrênica vive esta mesma socialização, é perpassado por semelhantes horizontes linguístico-culturais. É válido sugerir que ele se percebe desviante destas expectativas normativas, contribuindo significativamente para o que problematizo aqui a respeito da produção do sofrimento. Consoante refere Erwing Goofman (1988, p. 108-109),

O fracasso ou o sucesso em manter tais normas têm um efeito muito direto sobre a integridade psicológica do indivíduo: Ao mesmo tempo, o simples desejo de permanecer fiel à norma - a simples boa vontade não é o bastante, porque em muitos casos o indivíduo não tem controle imediato sobre o nível em que apoia a norma. Essa é uma questão da condição do indivíduo, e não de sua vontade; é uma questão de conformidade e não de aquiescência.

A nomeação do esquizofrênico como aquele que fracassou em manter as normas sociais entendo ser evidente na maioria dos discursos sociais e nas referências teóricas em Psicopatologia. De igual maneira como venho tentando afirmar ser a experiência esquizofrênica uma alteridade radical, argumento que, sob amparo nos valores e normas que caracterizam a sociedade contemporânea, aquele que nomeamos como esquizofrênico vive os mais profundos e perversos processos de estigmatização.

Neste sentido, McCay & Ryan (2002), entendendo que a “esquizofrenia” continua sendo o menos compreendido e mais estigmatizado de todos os processos de adoecimento, apontam que ser diagnosticado como esquizofrênico tem um impacto devastador sobre a imagem pessoal, o que se evidencia nas experiências de pessoas que se recuperam do primeiro episódio psicótico e passam a viver respostas emocionais que variam desde grandes níveis de ansiedade, episódios depressivos, a constituição de uma baixa autoestima, chegando até mesmo à ideação suicida e a passagem ao ato ecocida. Para McCay & Ryan (2002, p. 107),

[...] o início da esquizofrenia e suas sequelas emocionais têm a capacidade de interferir significativamente com a trajetória de desenvolvimento do jovem, o senso de si e o bem-estar geral. Os jovens que enfrentam um primeiro episódio de esquizofrenia percebem que têm uma doença altamente estigmatizante, o que levanta questões sobre seu senso de competência, auto-estima e aspirações futuras. Lidar com a constante vergonha, o estigma e a retirada social associada à doença mental apresentam um dos mais árduos desafios à recuperação¹³.

O prognóstico de viver uma vida altamente estigmatizante, como sugere Goofman (1988), relaciona-se com o que descreve acerca da carreira moral. Para o sociólogo canadense, pessoas que têm um estigma particular tendem a ter experiências de aprendizagem relativa à sua condição, que se desenvolve como efeito de um processo de socialização em que a pessoa estigmatizada aprende e incorpora o ponto de vista dos ditos

¹³ “the onset of schizophrenia and its emotional sequelae have the capacity to significantly interfere with the young person’s developmental trajectory, sense of self, and overall well being. Young people encountering a first episode of schizophrenia realize that they have a highly stigmatizing illness, which raises questions about their sense of competence, self-esteem, and future aspirations. Coping with the ongoing shame, stigma, and social withdrawal associated with mental illness presents one of the most arduous challenges to recovery” (MCCAY & RYAN, 2002, p. 107).

normais, adquirindo, portanto, as crenças da sociedade mais ampla em relação à identidade e uma ideia geral do que significa possuir esse estigma particular.

Em uma aproximação com o que nos expõe Erving Goffman, o psiquiatra sul-africano David Cooper (1931-1986) acentua ter por intenção, na obra *Psiquiatria e Anti-psiquiatria*, olhar para a “[...] pessoa rotulada como esquizofrênica, no seu contexto humano real, e pesquisar como tal rótulo lhe foi colado, quem o colou e o que isso significa, seja para os rotuladores, seja para o rotulado”. (1967, p. 10). Sugere ser esse um estudo que denuncia um processo de “invalidação social”, no qual “[...] uma pessoa é progressivamente obrigada a se conformar à identidade inerte, passiva, de inválido ou paciente (*Ibidem*).

Questionar essa estigmatização se afigura fundamental para compreender a experiência de sofrimento do sujeito que vivencia a “esquizofrenia”. Entendo ser imperativo analisar como as representações elaborados pelos discursos psicopatológicos sobre o sujeito da diferença, o esquizofrênico, problematizando as estratégias utilizadas no diagnóstico (o reconhecimento de uma diferença que é nomeada em termos negativos), e o impacto deste na vida social dos sujeitos, que potencialmente passam a gozar de um *status* de invalidez social. Neste sentido, é neste processo – que perpassa os discursos técnicos científicos, os discursos sociais sobre a loucura e os processos de subjetivação – que se constituem a *Alteridade Negada*. Como expressão e reprodução dessa negação do outro em sua diferença essencial, há esses processos de estigmatização, exclusão, invisibilidade, alergia e surdez para com o sujeito da diferença.

A abordagem também se aproxima do que desenvolve o historiador inglês Roy Porter no livro *Uma história social da loucura*, em que toma como referência a linguagem, a história e a cultura, realizando a análise de textos autobiográficos de pessoas famosas consideradas loucas. O historiador assinala que sua intenção era a de investigar o que os loucos queriam dizer, por acreditar que os “[...] testemunhos são eloquentes a respeito de seus temores e esperanças, das injustiças que sofreram, acima de tudo do que é ser louco ou considerado louco” (PORTER, 1990, p. 8). Destaca, ainda, que muito pouco tem sido feito no sentido de escutar o que esses sujeitos têm a dizer, e pelo contrário, os esforços parecem ser no sentido de minorar o que eles disseram.

Porter (1990) assevera que sua intenção de escuta dos escritos dos loucos decorre da convicção de que a expressão de tais sujeitos deve ser considerada não só como sintomas de doenças ou síndromes, mas sim como uma comunicação coerente em si, superando assim a tradição da cultura psiquiátrica de negar inteligibilidade à loucura. O

historiador grã-britano denuncia o fato de que a tradição se caracteriza por uma extraordinária surdez em relação às comunicações das pessoas percebidas e nomeadas como perturbadas, inclusive quando tais expressões se mostravam como reação e um protesto contra o tratamento psiquiátrico a elas dispensado. Ante os protestos dos loucos, a Psiquiatria produzia a interpretação de que as expressões eram mais um sintoma da loucura destes sujeitos.

Ao longo do tempo, o desenvolvimento da segregação através do sistema de manicômios e de uma disciplina dirigente, a psiquiatria, serviu para silenciar os doentes mentais ou, o que talvez seja mais exato, para tornar suas vozes inaudíveis para a maioria das pessoas e ininteligível para outras, pouco inclinadas a escutar. Em termos concretos, o que ocorreu foi brutal. Quanto mais os loucos eram trancafiados, mais eram ‘trancados’ em qualquer sentido do termo. A pessoa esquisita ou desajustada que vivia no meio da sociedade, embora às margens, obviamente tinham mais oportunidade de expressar – e mais chance de que seus ruídos fossem notados – que seu semelhante no manicômio. (*Ibidem*, 1990, p. 44).

Sobre essa cultura de silenciamento do louco, Porter (1990) argumenta que, mesmo em episódios mais recentes, as tentativas dos pacientes de escrever ou se comunicar foram vistas com suspeita. Fazendo menção ao que ficou conhecido como o *Caso Rosenhan* (*On be sane, in insane places*), destaca que, como parte de uma experiência, alguns pesquisadores se mostraram voluntariamente em variados hospitais psiquiátricos dos Estados Unidos, afirmando estarem escutando vozes, e todos foram internados majoritariamente diagnosticados como esquizofrênicos. Internados nos hospitais psiquiátricos e seguindo a rotina destas instituições, esses pseudopacientes comportaram-se normalmente, em distintas situações, tomando notas daquilo que observavam, cumprindo os objetivos da pesquisa. Porter (1990) ressalta que esses hábitos de escrita foram registrados nos prontuários como sintomáticos de “esquizofrenia”, sendo chamados de “comportamento de escritor”.

Abrindo um parêntese para ilustrar em que consistiu este referido *Caso*, Rosenhan (1973), no artigo *On Being Sane in Insane Places* (*Sobre ser são em lugares insanos*), descreve um experimento no qual oito pesquisadores (pseudopacientes que não sofriam e nunca sofreram sintomas significativos de distúrbios psiquiátricos), se propuseram uma admissão secreta em doze hospitais psiquiátricos, buscando observar se seriam ou não descobertos como saudáveis. Os pesquisadores iniciaram a pesquisa com a hipótese de que

[...] se a sanidade de tais pseudopacientes fosse sempre detectada, existiria evidência *prima facie* de que um indivíduo não pode ser distinguido do contexto insano em que ele é encontrado. A normalidade (e presumidamente a anormalidade), seria tão distinta que poderia ser reconhecida sempre, porque seria carregada dentro da pessoa. Se, por outro lado, a sanidade dos pseudopacientes nunca fosse descoberta, dificuldades sérias surgiriam para aqueles que apoiam os métodos tradicionais do diagnóstico psiquiátrico”. (ROSENHAN, 1973, p. 251).

O trabalho descreve que, depois de ligar para o hospital marcando uma consulta, o pseudopaciente chegava ao centro de admissão queixando-se de estar ouvindo vozes. Quando perguntado sobre o que diziam as vozes, ele respondia que eram muitas vezes sem clareza, mas que quando podia escutar elas diziam “vazio”, “oco” e “golpe”. Destaca-se que, além de alegar os sintomas e falsificar nome, formação profissional e emprego, não foram feitas alterações adicionais de pessoa, história ou circunstância. Os eventos significativos da história de vida dos pseudopacientes foram apresentados como realmente ocorreram. Imediatamente após a admissão à custódia psiquiátrica, o pseudopaciente parava de simular *qualquer* sintoma de anormalidade.

No artigo, Rosenhan (1973) garante que os pseudopacientes, muito como verdadeiros paciente psiquiátricos, entraram num hospital sem nenhum saber prévio de quando seriam liberados, sendo notificados de que teriam que sair pelos próprios meios, essencialmente convencendo à equipe de que eram sãos. O trabalho aponta um dado que produz perplexidade e deflagra uma crise de legitimidade da Psiquiatria, quando, apesar das manifestações públicas de sanidade, os pseudopacientes nunca foram descobertos. As expressões de sanidade e o fato de nenhum pesquisador ser descoberto me parecem prova cabal da condição de surdez do setor psicopatológico àquilo que comunica o sujeito, que em algum momento ritualístico foi diagnosticado como esquizofrênico.

O historiador inglês, quando reflete sobre “a loucura e a psiquiatria conversando”, ilustra as estratégias que marcam o campo clínico referente a “doença mental” em um determinado contexto histórico, afirmando que “[...] de maneiras bastante abruptas, a psiquiatria institucional isolava fisicamente os doentes mentais da sociedade e punha obstáculos à comunicação”. (PORTER, 1990, p. 45). Entendendo que do mesmo modo como cada cultura produz suas psicopatologias, estas mesmas culturas elaboram estratégias clínicas para lidar com o sujeito da diferença, e daquilo que é percebido e nomeado como uma experiência de sofrimento. Assumindo o caráter fático de tais artefatos culturais (o terreno psicopatológico e suas clínicas correlatas), e buscando atualizar a discussão, releva como fundamental questionar em que medida os discursos

psicopatológicos contemporâneos continuam a colaborar com tais lógicas manicomiais, produzindo novos formatos de clausura, silenciamento da loucura e de seus sujeitos.

Porter (1990) ressalta a estratégia mais sutil de silenciamento da loucura, quando age sobre a hipótese de que o os sujeitos da loucura possam dizer, em todo caso, não tem nenhum sentido.

Por trás de tudo isso estava a hipótese de que o que os diziam era vazio em termos de significação: ‘foi-se toda a coerência’. Não formava uma utilização própria e significativa da linguagem, mas se assemelhava a um mero vomitar, purgar do cérebro, um grito totalmente ao acaso, incontrolável, de dor, ou um balbucio infantil. (*IBIDEM*, p. 46).

Percebe-se nitidamente aí uma desumanização, pois se retirou dos sujeitos a condição de falantes. Esta é ilustrada pelo historiador inglês, quando menciona Schumann, um interno irlandês que quase perde a faculdade de falar em função do silêncio prostrado, quando este reclama ao superintendente: “Você retirou de mim a minha língua”. (*IBIDEM*, p. 45). Porter (1990, p. 47) insiste em que, como consequência da estratégia psiquiátrica de tomar as “[...] peculiaridades e defeitos do discurso como sinais de loucura, cada vez mais interpretada no século XIX como resultado de doenças do sistema nervoso central ou do cérebro”, os médicos não se dispunham a prestar atenção ao que os loucos de fato diziam, pensando que tais expressões não forneciam nenhuma informação significativa. O modo como a cultura psiquiátrica, crítica extensível ao campo psicopatológico, lida com o sujeito da alteridade é por meio de sua negação. Como consequência dessa estratégia de negação, denuncia-se que as

[...] autobiografias dos loucos de um modo geral reclamam de que suas tentativas de comunicar-se são sufocadas, ignoradas ou deliberadamente mal-interpretadas. Destituídos de seu discurso, muitos devem ter se sentido obrigados a proteger-se no silêncio ou num dialeto inventado. (*IBIDEM*, 1990, p.47).

Porter (1990) alude aos críticos da Psiquiatria ortodoxa, como Ronald Laing e Peter Barham, que, por sua vez, argumentam que esta percepção de que a loucura é essencialmente incompreensível, inacessível, endossaria a negligência organizada das instituições psiquiátricas. O historiador inglês sugere que o que se pode apreender com base nas críticas que Ronald Laing formula aos casos descritos por Kraepelin, de esquizofrênicos, é que, é na verdade o próprio Kraepelin “[...] quem não estava conseguindo se comunicar”. (*IBIDEM*, p. 47). Endossando o que exprime o historiador inglês, recorro a uma colocação de Laing (1972, p. 102), ao sentenciar que

Os psiquiatras sempre deram pouca atenção à *experiência* do paciente. Até na psicanálise há uma tendência tenaz para considerar as experiências do esquizofrênico como irreais ou sem valor: só se lhes pode dar sentido interpretando-as e, sem esta interpretação esclarecedora, o paciente permanece prisioneiro de um universo delirante e aberrante.

Amparando-me nestas reflexões que denunciam os processos de estigmatização e silenciamento do outro da experiência da esquizofrenia, penso a necessidade de investigar como se dá a produção do sofrimento em tais experiências, observando em que medida o sofrimento se relaciona com isso que percebo como *alteridade negada*. Interessa-me problematizar na leitura dos referenciais teóricos em Psicopatologia em que medida se produz a estigmatização destes sujeitos, descrevendo suas experiências eminentemente com traços de negatividade. Problematizo em que medida a área psicopatológica consegue escapar a esta tradição de persistência na recusa da escuta de sujeitos, reproduzindo toda uma cultura de negação das alteridades. Em toda a investigação que se materializa neste texto, emerge o questionamento: o setor psicopatológico pode se constituir como um conjunto de discursos, um *ethos* a serviço do outro, do sujeito da diferença? Ou ele permanece fiel a sua tradição de violência? Neste sentido, entendo ser imperativo investigar em que medida os discursos e práticas psiquiátricas e psicológicas continuam sendo representantes desta cultura que promove uma recusa de escuta destes sujeitos, constituindo a negação das alteridades.

Para a execução da tarefa, me alio ao pensamento ético-filosófico de Emmanuel Lévinas, pretendendo sugerir um sentido ético para o sofrimento aparado em tal perspectiva. Penso, assim, ser necessário sinalizar as principais categorias e reflexões em que o pensamento de Emmanuel Lévinas me ajuda a pensar a condição do sujeito da experiência esquizofrênica, assumindo-a em sua alteridade radical, e a provocação que se assume por uma atitude ética de acolhimento a este sujeito da diferença.

3.2 A provocação levinasiana acerca da alteridade

Refletir sobre o pensamento levinasiano, que entendo ser uma fértil contribuição ao concerto psicopatológico e às práticas clínicas em Saúde Mental, é admitir a centralidade que os conceitos de Alteridade e Outro possuem nas formulações éticas do filósofo franco-lituano. Na aproximação com o sujeito da experiência esquizofrênica, é assumir desde o princípio o lugar de primazia que outrem detém em relação ao meu Eu e meus saberes. Essa primazia me impõe a condição de ser ensinado por este outro em seu dizer, que em seu caráter processual me aponta a impossibilidade de transformar seu *dizer*

em um *dito*, ou seja, retirar do dizer sua condição de dirigir-se a um interlocutor, afetando-o e provocando uma resposta. Em termos de ideias, intenciono que o texto que produzo seja uma resposta a esta afetação, que se dá nos distintos contatos com a temática.

No pensamento levinasiano, a centralidade do Outro aparece como uma crítica à tradição filosófica eminentemente interessada no Eu, no Mesmo. Por Outro, o filósofo fazia referência ao dizer (que antecede e excede qualquer conceito que dele se possa fazer) e não ao dito, forma já cristalizada e morta (pois conceitualizada) do dizer. Neste sentido, o pensamento ético-filosófico levinasiano denota um potencial crítico ao terreno psicopatológico e às práticas clínicas, ao questionar em que medida se aproximam de uma resposta a outrem em seu dizer, ou configuram-se como um dito, desde sempre uma tentativa de eliminação do outro em sua diferença essencial.

Questionar o caráter violento das formulações teóricas do fenômeno em foco é assumir a condição de irreducibilidade do Dizer ao dito (ao tema, à temática, à tematização), e provocar a possibilidade de superar esta tradição de violência em direção a um sentido ético, onde outrem em seu dizer intima a uma resposta como exposição no Dizer. É assumir uma disposição de acolhimento frente ao outro em sua diferença essencial, e que ante o estranhamento que a radicalidade de sua presença evoca se possa produzir como resposta novas modalidades de escrita sobre a experiência de “esquizofrenia” e as clínicas que estão relacionadas a tais práticas. Faz-se necessário que o outro da experiência esquizofrênica retire as pessoas de seu lugar de conforto, as desaloje da familiaridade asséptica que as referências teóricas lhes tentam garantir.

Sobre o pensamento ético-filosófico, Pivatto (2000) esclarece que Lévinas conclama à responsabilidade pelo outro e abertura ao infinito, que fala de sua exigência ética. Dentre as várias teses levinasianas, vinculadas ao aspecto das representações sobre a loucura nas formulações teóricas da seara psicopatológica e as implicações destas na produção das subjetividades, dada a relação saber-poder, destaco o que no pensamento levinasiano se concebe como a “[...] singularidade irreducível de cada homem, com seu valor único, que precede sua universalização no saber e na política”. (*IBIDEM*, p.81).

Ponto nodal marca, fundamentalmente, toda a reflexão que Emmanuel Lévinas formula na obra *Totalidade e Infinito*, em que promove contundentes críticas à Filosofia tradicional, entendida como totalizadora. Pode-se assumir de maneira sintética que o pensamento de Lévinas se propõe superar estes pensamentos totalizantes, tendo sempre como mola polarizadora o princípio da alteridade, chegando à formulação de uma ética da alteridade radical, na qual o Outro ocupa o lugar fundamental.

Pela intenção de investigar de que modo os discursos e práticas da Psiquiatria Biológica, investidos da condição de saber-poder, incidem sobre a produção do sofrimento na experiência esquizofrênica, o pensamento levinasiano é tomado como uma referência fundamental, pois permite questionar-se em que medida os discursos e práticas se exprimem como representantes desta tradição totalizante, que pretende reduzir o Outro ao Mesmo. Haja vista o estatuto de verdade que as disciplinas gozam no contexto cultural, o pensamento levinasiano me parece imprescindível para retomar o problema acerca do conhecimento do homem, especificamente no que é denominado fenômeno psicopatológico da “esquizofrenia”.

O desafio é apontar a relevância à área da Saúde Mental das críticas que Lévinas (1988a) estabelece em *Totalidade e Infinito* às formulações filosóficas tradicionais, que em seu entendimento estabelecem o primado do Mesmo, usurpando de suas teorizações o lugar do Outro. Para Emmanuel Lévinas, as tradições filosóficas ocidentais se caracterizam pelo pensamento totalizador, que se ergue pela primazia do Mesmo, buscando assegurar-se na tentativa de “[...] redução do Outro ao Mesmo, pela intervenção de um termo médio e neutro que assegura a inteligência do ser”. (LÉVINAS, 1988a, p. 31). Neste sentido, EL estabelece críticas e aproxima as noções de *Teoria, Razão, Visão e Representação*, entendendo-as como representantes desta tradição totalizante. A problemática ao largo do doutoramento questiona a aproximação do discurso da Psiquiatria Biológica com essa tradição do pensamento que, no intento de elaboração de um saber, conduz a redução do sujeito da diferença aos domínios do Mesmo. Tal redução do sujeito da diferença promove, ainda, por meio da objetivação, a violência de exigir que o Outro se aproxime de uma noção de homem normatizado.

Embora esteja assumindo a fertilidade do pensamento ético-filosófico para o problema sob comento, as provocações que esta referência imputa não são facilmente solucionáveis. Faz-se necessário considerar que no exercício de ofícios, seja como pesquisador, seja como clínico, os profissionais são marcados por uma atitude que, perante a outrem, a relação com ele consiste, certamente, em querer compreendê-lo, mas essa relação na processualidade do dizer excede a compreensão (LÉVINAS, 1988a). Assim, radicalmente, resta-se provocado à formulação de outra psicopatologia e, respectivamente, a formulação de uma “Clínica da Ética” (FREIRE, 2003b), que se inspira no pensamento levinasiano e propõe situar o terapeuta em uma disposição afetiva tal que denote “[...] uma relação tal com o ser que o ser cognoscente deixa o ser conhecido

manifestar-se, respeitando a sua alteridade e sem o marcar, seja no que for, pela relação de conhecimento”. (*IBIDEM*, p.29). Lévinas (1988a, p.30) chama de ética

[...] esta impugnação da minha espontaneidade pela presença de Outrem. A estranheza de Outrem – a sua irredutibilidade a Mim, aos meus pensamentos e às minhas posses [...] acolhimento do Outro pelo Mesmo, de Outrem por Mim produz-se concretamente como a impugnação do Mesmo pelo Outro, isto é, como a ética que cumpre a essência crítica do saber.

Ao se admitir o sentido de Ética, “[...] como a essência crítica do saber”, (*IBIDEM*, p.30), é possível sugerir que este trabalho de pesquisa assume esse intento ético, pois, como o processo histórico do nascimento da Psiquiatria e da Psicologia ensina, essas disciplinas são heranças da tradição racionalista e positivista que sugerem a soberania do homem sobre o mundo e sobre o próprio humano, objetivação que se assegura por uma consciência histórica orgulhosa de sua racionalidade. Lévinas (1988a) destaca que o saber e a teoria, em uma perspectiva ontológica, significam “[...] inteligência – *logos* do ser – ou seja, uma maneira tal de abordar o ser conhecido que a sua alteridade em relação ao ser cognoscente se desvanece [...] nada encontrando que, em relação a ele, possa limitá-lo”. (*IBIDEM*, p. 30).

No sentido da crítica que formula à seara da Psicopatologia e das clínicas psiquiátricas e psicológicas, Poirié (2007, p. 23) acentua que

[...] não faz muito tempo, psicanalistas, sociólogos, cientistas políticos no alto de suas autoridades, reduzem o indivíduo ao "discurso que se fala através dele", e, identificando esse discurso, pretendiam conhecer o homem: mais do que uma palavra escravizada, "condicionada" - que finalmente nada diz de si mesma -, Lévinas prefere interessar-se pelo extraordinário de uma palavra soberana, que escapou da totalidade que a encerra, endereçada ao outro em um face-a-face exigente e doloroso, quase insuportável, palavra dita e a ser ouvida cada vez de maneira nova e única.

Parece-me que, apesar de constantemente reconhecer o estranhamento que se vive perante o sujeito da experiência psicótica, o que se produz não é uma atitude ética de acolhimento ao outro em sua diferença essencial, mas sim formula-se um conhecimento que se assume como aquilo que EL chama de Ontologia. Lévinas (1988a) caracteriza a *Ontologia* como filosofia do poder, pois, se pensada como filosofia primeira, não põe em questão o Mesmo, tratando-se verdadeiramente de uma filosofia da injustiça. Questiono-me se nessa aproximação crítica com o terreno psicopatológico deve-se assumir a impossibilidade dos discursos escaparem aos exercícios de poder, que, ao afirmarem a

soberania do Mesmo perante outrem, configurem o inverso da ética tal como pensada por Emmanuel Lévinas. Neste sentido derreísta, estaria a seara psicopatológica estéril ante a possibilidade de estabelecer opções que, em face do Rosto de outrem, promovam acolhimento, cuidado? Isto sem que tais atitudes possam ser confundidas com os intentos normatizadores que traduzem as cenas de cura da área da Saúde Mental na contemporaneidade.

Lévinas ensina ser com base nestas tradições totalizantes que a sociedade ocidental assegura a primazia do Mesmo, sendo o conhecimento científico o saber autorizado a “[...] neutralizar o ente para o compreender ou captar”, não sendo, portanto, “[...] uma relação com o outro como tal, mas a redução do Outro ao Mesmo”. (LÉVINAS, 1988a, p. 33). Neste sentido, EL ressalta a definição de liberdade,

[...] manter-se contra o outro, apesar de toda a relação com o outro, assegurar a autarquia de um eu. A tematização e a conceptualização, aliás inseparáveis, não são paz com o Outro, mas supressão ou posse do Outro. A posse afirma de facto o Outro, mas no seio de uma negação da sua independência [...] A ontologia como filosofia primeira é uma filosofia do poder [...] A posse é a forma por excelência sob a qual o Outro se torna o Mesmo, tornando-se meu. (IBIDEM, p. 33).

Nesta mesma acepção, Lévinas (1988a) entende que a *Razão*, em seu sentido último, tem relação direta com a permanência no Mesmo. Tem-se, com efeito, o conhecimento ontológico, traduzido pelas noções de *Teoria*, *Razão*, *Visão* e *Representação*, como representante do desdobramento dessa identidade, afirmação e manifestação de uma liberdade, neutralizando o Outro e englobando-o. Essa concepção levinasiana acerca destas noções que remetem à tentativa de tomar posse do Outro, aponta para o que destaca Michel Foucault em *O Poder Psiquiátrico*, quando descreve o processo histórico que inaugura o terreno psiquiátrico, no qual a loucura é tomada como objeto da Medicina, fundando uma disciplina específica, ou mesmo o próprio surgimento das Ciências Humanas em *As Palavras e as Coisas*.

Esta objetivação, como destaca o filósofo de Poitiers, me parece confluir com as críticas que Emmanuel Lévinas assaca aos saberes totalizantes em seus exercícios de liberdade que configuram uma violência para com o Outro, pois “A neutralização do Outro, que se torna tema ou objeto – que aparece, isto é, que se coloca na claridade – é precisamente a sua redução ao Mesmo”. (IBIDEM, p. 31).

Se entendo com Michel Foucault que a senda psicopatológica, bem como os projetos de clínica psiquiátrica e psicológica surgem no contexto das inspirações

iluministas, a reflexão levinasiana sobre o conceito de clareza acolhem um sentido essencialmente provocador. Esta noção de *clareza*, que remete a *visão*, é trabalhada por Lévinas (1988a), ao entender que, na clareza, o ser exterior se mostra como obra do pensamento que o recebe, como se entregando a quem o encontra e sendo inteiramente determinado por ele. Para o filósofo,

A inteligibilidade, caracterizada pela clareza, é uma adequação total do pensante ao pensado, no sentido muito preciso de um domínio exercido pelo pensante sobre o pensado, em que a sua resistência de ser exterior se desvanece do objeto. [...] sem nada de clandestino e em que a própria novidade não tem mistério. (*IBIDEM*, p. 108-109).

Lévinas (1988a) aproxima ainda a ideia de visão daquelas de inteligibilidade e representação, indicando-as como noções equivalentes, que, nesta condição de inteligibilidade, a exterioridade é expressa como entregue ao pensamento na clareza, sem que nada venha a chocar o pensamento, tampouco que nunca o pensamento se ache indiscreto. Tal reflexão retoma o que outrora apontava sobre a necessidade de adoção de uma condição de abertura para que o outro da experiência esquizofrênica retire cada qual do seu lugar de conforto, desaloje as pessoas da familiaridade asséptica que as referências teóricas tentam lhes garantir. Por esta familiaridade que os referenciais teóricos buscam oferecer, sugiro a aproximação com esta ideia de clareza, como “[...] o desaparecimento daquilo que poderia chocar. A inteligibilidade, o próprio facto da representação é, para o Outro, a possibilidade de se determinar pelo Mesmo, sem determinar o Mesmo, sem nele introduzir alteridade, exercício livre do Mesmo”. (LÉVINAS, 1988a, p. 108-109).

Ainda estabelecendo críticas às noções de conhecimento ocorrentes sob a primazia do Mesmo, para Lévinas (1988a), “[...] conhecer equivale a captar o ser a partir de nada ou a reduzi-lo a nada, arrebatá-lo a sua alteridade”. (p. 31). Impõe-se evidenciar o fato de que Emmanuel Lévinas não formula uma crítica estéril sobre o conhecimento. Com base em sua perspectiva ético-filosófica, ele estabelece duras críticas, mas aponta o sentido ético como saída à liberdade do Ser. Opondo-se às certezas erigidas nas luzes da razão do ser, Lévinas (2010) impõe a busca do sentido, além do alcance da razão solipsista, a superação do *Eu*, orgulhoso do seu ser, da sua identidade, dos seus poderes e conquistas, provocando a abertura ao outro humano, acentuando que,

[...] compreender nossa situação no real não é defini-la, mas encontrar-se numa disposição afetiva; compreender o ser é existir. Tudo isso está a indicar, ao que

parece, uma ruptura com a estrutura teórica do pensamento ocidental. Pensar não é mais contemplar, mas engajar-se, estar englobado no que se pensa, estar embarcado – acontecimento dramático do ser-no-mundo. (p. 23).

Minha intenção ao buscar promover o diálogo do pensamento levinasiano com a ambiência psicopatológica é provocar uma reflexão que permita seja superada a tradição totalizante deste ambiente que formula compreensões amparadas no ser, redutoras da diferença. O intuito é promover a possibilidade de que os profissionais em saúde mental, perante o sujeito da experiência esquizofrênica, assumam uma atitude que tenha como fundamento a excelência da alteridade, logo, promovam uma “clínica da ética”. Com base na perspectiva levinasiana, é revelado que a relação com outrem é anterior à Ontologia, e que o conhecimento não se dá pela compreensão e significação tomadas com base no horizonte racional totalizante, mas sim pela significação do rosto, ou seja, “[...] outrem não é, primeiramente, objeto de compreensão e, depois, interlocutor”, pois, em “nossa relação com outrem, este não nos afeta a partir de um conceito”; “da compreensão de outrem é inseparável sua invocação. Compreender uma pessoa é já falar-lhe”. (LÉVINAS, 2010, p.26).

Poirié (2007, p. 26) ressalta que, “[...] se não houvesse o encontro - primordial - com o rosto de outrem, eu poderia viver tranquilo, na certeza de meu ser e de meu poder-saber sobre as coisas”. Penso que tal colocação se aproxima do sentido que Freire (2003) sugere, e de que faço uso, para uma “clínica da ética”, em que a presença de outrem face a mim é primordial à superação de toda uma tradição que afirma a soberania do pesquisador, do clínico, investidos de seu saber-poder perante o sujeito da experiência esquizofrênica. Como solução para esta prática narcísica de um Eu envaidecido de seu saber-poder, Poirié (2007, p. 27) aponta que “[...] o rosto de outrem vem romper essa ordem; de repente, eu tenho em minha frente não mais um objeto que eu posso conhecer ou possuir, mas o irredutível, a impressionante presença do rosto de outrem que se recusa a mim e a toda interpretação”.

Com a exposição de tais reflexões, pretendo sugerir que a provocação levinasiana exige outra disposição frente outrem, o que implica outro paradigma para a práxis em Saúde Mental, e na construção de referências teóricas na discussão sobre o fenômeno psicopatológico, pois Lévinas (2010) ressalta que, na relação de proximidade, face a face com outrem, eu não estou ocupado em pensar o que ele é, mas que eu lhe dirija a palavra. Supera-se, com efeito, a tradição dos manuais diagnósticos em observar os sinais a fim de estabelecer um acurado diagnóstico e os consequentes prognósticos e terapêuticas,

como se nesses estive o sentido da relação de cuidado. O filósofo franco-lituano asseve “[...] a impossibilidade de abordar outrem, sem lhe falar, não significando que tal expressão consista em transvasar, de alguma forma, um pensamento relativo a outrem” (*IBIDEM*, p.28), destacando que este vínculo com outrem não se reduz à representação de outrem, mas revela o sentido do face a face como invocação, essência do discurso, oração. Aponta-se a radicalidade da relação inter-humana, que não se reduz à posse do Outro pelo Mesmo, permitindo compreender-se que “[...] é enquanto próximo que o homem é acessível. Enquanto rosto” (p.29), que o sentido nos é ensinado pelo outro, que é em si mesmo significação, palavra ética.

Na formulação deste diálogo provocativo do pensamento levinasiano com o *locus* da Saúde Mental, existem trabalhos que nos servem como base teórica. Vieira e Freire (2006), ao refletirem sobre a influência do pensamento levinasiano e o âmbito das abordagens psicológicas, corroboram a necessidade de ruptura com a estrutura teórica do pensamento ocidental, propondo que o trabalho psicoterápico ocorra como escuta da alteridade, uma busca do que não se pode ver, mas que a todos toma como reféns e os surpreende, sugerindo que as práticas psicológicas se aproximem de uma psicologia do absurdo e do desmedido, exigindo do terapeuta acolhimento e afetação, com esteio na diferença expressa pelo Outro, abrindo mão de qualquer tentativa de formular uma óptica totalizadora, o que constituiria uma violência para com a diferença.

Em um sentido próximo ao empreendido por Vieira e Freire (2006), e ao que venho tentando sugerir acerca da experiência esquizofrênica, faço referência ao trabalho desenvolvido por Carvalho, Freire & Bosi (2008), no qual apontam que a maior implicação do cuidado em saúde, como uma dimensão ética, é o estar a serviço do Outro de maneira “des-inter-essada”, ou seja, sem intenção de transformá-lo no mesmo ou em algo da ordem das coisas preestabelecidas, como teoria; compreender o Outro na impossibilidade de aplicar-lhe uma intervenção técnica ou de uma prática de controle e ajustamento, onde o Outro seja tomado como objeto de estudo e intervenção, em uma tentativa de redução da diferença essencial de outrem.

Como pejejo para sinalizar na feitura do texto ora sob escolio, penso que os referenciais teóricos em Psicopatologia e as práticas psiquiátricas e psicológicas podem ser potencialmente violentos para com o Outro da experiência esquizofrênica, este sendo representado como uma alteridade com traços de negatividade, uma *alteridade negada*. Tal negatividade é produzida pelo conflito para o qual o sujeito da alteridade convoca, o de cada um se desalojar de suas certezas acerca do humano e da noção correlata do que

seja a loucura, o doente mental, pois, como ensina Lévinas (1988a, p.34), “[...] para a tradição filosófica, os *conflitos* entre o Mesmo e o Outro resolvem-se pela teoria em que o Outro se reduz ao Mesmo”. Refletindo sobre a dimensão ética dos discursos psicopatológicos, assumindo que tais reflexões técnicas cada vez mais penetra a cena social, sendo um dos importantes discursos na constituição das subjetividades, questiono a ciência da responsabilidade que os pesquisadores em Psicopatologia têm sobre suas produções e o impacto que elas podem ter na vida dos sujeitos que vivenciam a experiência “esquizofrênica”. Interrogo em que medida as pessoas que refletem teoricamente acerca dos fenômenos psicopatológicos se percebem do desafio que outrem faz, da impossibilidade dele ser representado, conhecido na totalidade. Que respostas de hospitalidade, acolhimento, estão exemplificadas nos relatos teóricos que versam sobre os sujeitos da diferença e que são assistidos nos serviços de saúde mental, e qual o impacto de tais atitudes éticas na vida destes sujeitos?

Como destaquei anteriormente, Emmanuel Lévinas não formula uma crítica estéril sobre o conhecimento, pois ele aponta é o sentido ético. Para tanto, uma noção fundamental é o que ele concebe como a *ideia do Infinito* – palavra cujo sentido implica um conhecimento não representável ou não compreensível, cuja ideia ultrapassa os poderes de cada um. Com efeito, tem-se a ideia de que o Infinito “[...] designa uma relação com o ser que conserva a sua exterioridade total em relação àquele que o pensa”. (LÉVINAS, 1988a, p.37). EL se reporta, assim, a uma relação entre o Mesmo e o Outro que mantenha a exterioridade do Outro; relação com outrem que, amparada pela ideia do Infinito, se exhibe como desmedida, permitindo uma ética da alteridade, de uma subjetividade capaz de acolher o outro, assumindo-o como pura exterioridade, ou seja, como alteridade que excede o domínio conceitual e a posse do Mesmo.

Lévinas (1998a), ao formular a crítica do caráter alérgico à alteridade do pensamento filosófico tradicional, sugere o exercício de um movimento de abertura ao Outro, denominado por ele como *Desejo*, em que “[...] o infinito no finito, o mais no menos que se realiza pela ideia do infinito, produz-se como Desejo. Não como um Desejo que a posse do desejável apazigua, mas como o Desejo do infinito que o desejável suscita, em vez de satisfazer”. (IBIDEM, p. 37). Nessa perspectiva, o desejo é concebido não como falta ou necessidade, mas excedente do Mesmo, aquilo que não cabe no Mesmo, “desejo de absolutamente Outro” (p. 22).

Poirié (2007) ensina que a fruição no pensamento levinasiano se exprime como a experiência consecutiva da necessidade, que, a seu turno, é o primeiro movimento do

Mesmo em que estou absolutamente para mim, egoísta, sem referência a outrem e por isso surdo a este outrem. Questiono-me em que medida os teóricos em Psicopatologia estão muitas vezes potencialmente nesta condição de alergia para com outrem, surdos aos seus apelos, pois permanecem no Mesmo ou com a falsa ideia de Outro em mim. Contrapondo-se à ideia de fruição, o pensamento levinasiano expressa o Desejo como movimento em direção a outrem, desejo desde sempre insaciável, desejo do invisível, além de tudo aquilo que se pode simplesmente completar. Esse desejo é pelo absolutamente Outro, “[...] precisamente o que não é Eu, o que me é e me permanecerá - *estrangeiro*, o Invisível, o Infinito do outro”. (POIRIÉ, 2007, p. 24).

Lévinas (1988a) chama de Rosto o modo como o Outro se apresenta, ultrapassando *a ideia do Outro em mim*. Tal apresentação não consiste em figurar como tema sob meu olhar, em expor-se como um conjunto de qualidades que formam uma imagem. Por sua condição infinita, o rosto de Outrem destrói em cada instante e ultrapassa a imagem plástica que ele deixa, significando que abordar Outrem no discurso é acolher a sua expressão onde ele ultrapassa em cada instante a ideia que dele tiraria um pensamento, transpondo a capacidade do Eu. O pensamento levinasiano revela em seu sentido ético que a relação com Outrem ou o Discurso é uma relação não alérgica, onde o discurso acolhido é um ensinamento, em que se dá a própria epifania do rosto.

Freire (2002) ressalta que o *Rosto* é a categoria central do pensamento levinasiano, que reconduz a pessoa à realidade última, à responsabilidade por *Outrem*. A crítica levinasiana aos saberes totalizantes insiste em denunciar que o rosto do homem excede toda a descrição possível, sendo que aquele que julga se aproximar deste, acumulando os detalhes, nada alcançaria senão uma imagem estranha ao rosto, pois o acesso ao outro é ético, não é perceptual, não sucede nem pelo olhar nem pelo conhecimento, e sim pela *escuta*, disposição como passividade, vulnerabilidade e sensibilidade para com o outro. Infiro, neste passo, a ideia de que, com relação ao sujeito diferença do fenômeno psicopatológico, o pensamento levinasiano ensina que a possibilidade de escuta ao outro da experiência esquizofrênica se dá como sensibilidade e não como exercício de poder. Acolher o Rosto do outro da “esquizofrenia” em sua exterioridade, expressão do Infinito e alteridade radical, é inscrever-se na relação, é dirigir-lhe a palavra, resposta a sua intimação.

Para Lévinas (1988a), o Rosto, que se apresenta como exposição da nudez e da miséria, não permite que eu coleciono informações a seu respeito, apreendendo-as pelo olhar ou pelas palavras. Ante a impossibilidade de apreender o Outro pelo olhar ou pelas

palavras, não se há de tomar tal impossibilidade como prejuízo, mesmo que para a tradição racionalista, da qual as clínicas psiquiátricas e psicológicas são descendentes, a não condição em apreender o desconhecido seja tomada como fracasso. Essa impossibilidade sob a perspectiva levinasiana se dá como condição primeira para o estabelecimento de uma relação ética perante outrem.

Destaca-se a noção de responsabilidade por e pelo outro como central ao pensamento levinasiano. Com base na ciência da centralidade do tema no pensamento levinasiano, Poirié (2007) destaca que em face do rosto de outrem, eu não posso viver na incauta certeza de mim mesmo, pois sou convocado a responder a outrem, sendo responsável inclusive pelas ofensas que ele pode sofrer. Eis aqui uma responsabilidade indeclinável perante ao sujeito da experiência esquizofrênica, e todas as formas de injustiça que historicamente a sociedade perpetrou a estes sujeitos. Neste sentido de uma responsabilidade inalienável, questiono que responsabilidades me são exigidas ante o outro em seu sofrimento, bem como a todos os agentes (demais profissionais, membros familiares e outros sujeitos que compõem o mundo relacional do sujeito da experiência esquizofrênica) que compõem os serviços em Saúde Mental, e toda a sociedade, na medida em que aderimos a convicção de que o lugar do sujeito da diferença é na sociedade.

As provocações do pensamento levinasiano se ampliam quando ele versa sobre o “sofrimento inútil” de outrem; sofrimento pelo qual sou intimado a responder, exigência ética. Lévinas (2010, p.119), fazendo referência “[...] aos fatos essenciais da dor pura”, lembra-nos “as ‘dores-doenças’ dos seres psiquicamente deserdados, retardados, diminuídos na sua vida de relações e nos seus relacionamentos com outrem”. Com base no pensamento levinasiano, vem a lembrança de que “[...] o ser que se exprime impõe-se, mas precisamente apelando para mim da sua miséria e da sua nudez – da sua fome – sem que eu possa ser surdo ao seu apelo” (LÉVINAS, 1988a, p.179). Tomo o sujeito da experiência esquizofrênica como um exemplo fiel do que trata Emmanuel Lévinas em suas provocações éticas acerca do sofrimento inútil.

O filósofo da ética radical descreve a “[...] radical entre o *sofrimento em outrem* no qual é, para *mim*, imperdoável e me solicita e me chama, e o sofrimento *em mim*, minha própria aventura do sofrimento”, afirmando a atenção ao sofrimento de outrem como o próprio nó da subjetividade, sendo inclusive elevado a um supremo princípio ético – o único que não é possível contestar. De efeito, “[...] o sofrimento do sofrimento, o sofrimento pelo sofrimento inútil de outro homem, o justo sofrimento em mim pelo

sofrimento injustificável de outrem, abre sobre o sofrimento a perspectiva ética do inter-humano”. (2010, p.121).

Tal perspectiva inter-humana do sofrimento que se revela na providência de uns em socorro de outros, na “[...] não indiferença de uns para com outros, numa responsabilidade de uns para com os outros” (*IBIDEM*, p. 129), coloca a todos que compõem a Saúde Mental em uma condição de ser eleito, o que, conforme Poirié (2007, p. 31), “[...] conduz ao sofrer para com e por outrem, a substituir-se a outrem até morrer *em seu lugar*”. (*IBIDEM*, p. 31). Poirié (2007) explica que o *substituir-se a outrem* não pode ser entendido como uma expressão vã, sendo necessário mais uma vez um exercício ético radical, o de colocar todo o conjunto de forças a serviço de outrem, mesmo ciente de

[...] que nenhum sacrifício apazigua o sofrimento de outrem, nenhuma doação de si impedirá a morte de outrem. Mas essa vaidade do recurso não deve deter o esforço para tornar a vida de outrem melhor. É preciso tentar essa humanidade, ainda que seja inútil, pois somente ela dá sentido. (P. 3)

Novamente destaco a necessidade de admitir ser imperativo que o outro da experiência esquizofrênica nos retire de nosso lugar de conforto, nos desaloje da familiaridade asséptica que as referências teóricas tentam nos garantir, pois como nos fala Poirié (2007, p. 41), em “Face ao rosto de outrem, fraco e nu, nascem dois sentimentos contraditórios: a violência (machucar outrem) e a bondade (tomar conta dele). É condição sine qua non que nossa práxis se dê como abertura ao rosto de outrem, que face a sua condição de miséria se rompa a violência, entendida não como uma “pulsão assassina, mas como uma despreocupação, uma indiferença, um egoísmo” (POIRIÉ, 2007, p. 42) e que seja promovida uma escuta de outrem oferecendo uma relação de hospitalidade para que possamos cuidar de seu sofrimento.

4 A “ESQUIZOFRENIA” À LUZ DA PSIQUIATRIA BIOLÓGICA

Em suma, a história crítica do pensamento não é uma história das aquisições nem das ocultações da verdade; é a história da emergência dos jogos de verdade: é a história das “verificações”, entendidas como as formas pelas quais se articulam, sobre um campo de coisas, discursos capazes de serem ditos verdadeiros ou falsos: quais foram as condições dessa emergência, o preço com o qual, de qualquer forma, ela foi paga, seus efeitos no real e a maneira pela qual, ligando um certo tipo de objeto a certas modalidades do sujeito, ela constituiu, por um tempo, uma área e determinados indivíduos (FOUCAULT, 2006b, p. 235).

Como tento indicar neste texto, persigo as inspirações do pensamento arqueogenealógico foucaultiano na análise das relações entre as estruturas de racionalidade que articulam o discurso verdadeiro e os mecanismos de assujeitamento. Sobre o exercício crítico, é necessário ainda reconhecer que Foucault (1997) favorece a interrogação “[...] sobre os efeitos de poder cuja verdade - essa que eles pressupõem e marcam - os afeta”. Entendo que fazer tais referências é admitir a interdependência dos grandes temas do pensamento foucaultiano: o saber, o poder e o sujeito.

Evidencio que, na intenção de realizar uma análise crítica dos discursos da Psiquiatria Biológica acerca da “esquizofrenia”, organizo este capítulo discorrendo sobre três temas absolutamente interligados, a saber: as condições de possibilidade para a emergência do discurso da Psiquiatria Biológica; as representações sobre a “esquizofrenia” formuladas pelos discursos da Psiquiatria Biológica; e também as “cenas de cura” favorecidas pelos discursos. Neste sentido, a elaboração do capítulo organiza-se dividindo-se em seções que investem sobre os temas destacados, realizando ainda de modo transversal outras análises igualmente importantes para a realização dos objetivos. Indico, assim, a importância fundamental de tais temas transversais, a saber: as indicações sobre o sofrimento e “esquizofrenia”; as estratégias discursivas na construção e consolidação dos regimes de verdade; e uma análise dos efeitos desses dispositivos discursivos na constituição das subjetividades, pois como ensina Foucault (2006b, p. 238)

É possível, certamente, tentar deduzir, a partir da representação que se fazia deles e dos conhecimentos que se acredita ter sobre eles, as instituições nas quais eles eram colocados e os tratamentos aos quais eram submetidos; é também possível investigar qual era a forma das “verdadeiras” doenças mentais e as modalidades de delinquência real em uma época dada para explicar aquilo que então se pensava.

Destaco ainda que, como estratégia crítica, favoreço a indicação de outras referências teóricas que entendo se mostram como resistências ao discurso hegemônico da Psiquiatria Biológica, admitindo assim a possibilidade de construção de linhas de fuga e a constituição de outros modos de subjetivação que escapem aos regimes de verdade e modos de sujeição. Ademais, entendo que, além do objetivo de indicar as condições de possibilidade com suporte nas quais um determinado regime de verdade emerge, e evidenciar o que está velado nos dispositivos discursivos, é um dos objetivos das análises críticas favorecer o deslocamento com relação aos regimes de verdade.

Com relação aos discursos analisados, sinalizo que a materialidade de tais regimes de verdade foi obtida por meio da pesquisa e seleção de trabalhos coletados da literatura na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde. Fazendo uso das categorias “Psiquiatria Biológica” e “Esquizofrenia”, utilizando o filtro de trabalhos publicados desde o início do século, precisamente de 2001 até 2017, foi obtido o total de 83 trabalhos, dos quais 76 foram publicados em Inglês, Espanhol e Português. Após a leitura, foram selecionados 27 para compor a materialidade dos discursos da Psiquiatria Biológica acerca da “esquizofrenia”.

4.1 Apontamentos sobre as condições de possibilidade para a emergência da Psiquiatria Biológica como discurso hegemônico

Krystal *et al* (2001) defendem o ponto de vista segundo o qual, durante os anos de 1990, desenvolveram-se significativos avanços em termos dos conhecimentos básicos e clínicos das neurociências, permitindo novas teses neurobiológicas sobre os principais distúrbios psiquiátricos e a introdução de outros tratamentos farmacológicos. Admite-se que elaborações teóricas sobre a fisiopatologia dos distúrbios psiquiátricos têm sido associada à introdução de novas classes de medicamentos, como os neurolépticos atípicos ou os inibidores da recaptação da serotonina, que em grande parte substituíram os psicofármacos mais antigos que mostravam uma menor eficácia ou efeitos colaterais mais lesivos. Aludo às muitas pesquisas desenvolvidas, sugerindo que estas indicam um amplo avanço no entendimento atual de sua neurobiologia dos transtornos mentais.

Destacam a intenção em sinalizar as principais alterações neurobiológicas relacionadas com os principais transtornos psiquiátricos. Neste sentido, fazem referência a mudanças para o entendimento de que os distúrbios psiquiátricos se manifestam como anormalidades estruturais ou funcionais nos circuitos neurais, em vez das compreensões que tomavam os sintomas como resultado de alterações em único neurotransmissor ou uma uma só região cerebral. Somo também a indicação de que as doenças psiquiátricas

são entidades genéticas complexas e que, apesar das limitações nas pesquisas, os estudos fisiopatológicos já estão influenciando o tratamento de doenças psiquiátricas (KRYSTAL *et al*, 2001).

Em um editorial do **The World Journal of Biological Psychiatry**, intitulado *A Psychopathological Marker or Biological Psychiatry*, Carlos R Hojail advoga que a percepção de sintomas de primeira ordem, sob inspiração das indicações de Schneider, não pode mais ser tomada como critério seguro para o diagnóstico da “esquizofrenia”, sendo agora necessária a busca por marcadores biológicos confiáveis. Hojail (2003, p. 2) destaca a importância de conseguir identificar o momento em que a personalidade é alterada pela crise psicótica, sugerindo que “[...] o reconhecimento desse momento dará uma indicação para pesquisas mais precisas em termos de qual estágio do desenvolvimento do cérebro está envolvido na doença, bem como do processo genético envolvido nessa fase da vida (o ‘relógio genético’)”¹⁴.

Ortuño *et al* (2013), no trabalho intitulado *Avances de la investigación biológica en la esquizofrenia: aportaciones de neuroimagem funcional*, celebram o fato de que nos últimos anos se tenham produzido avanços significativos na investigação da “esquizofrenia”, fazendo referência aos anos de 1990, a chamada década do cérebro. Indicam a utilização do programa didático da Associação Mundial de Psiquiatria, “Enseñanza y aprendizaje de la esquizofrenia”, para divulgar entre os psiquiatras e médicos em formação, os consensos de expertos nesta patologia. Ao indicar o uso dessa referência bibliográfica para a formação de psiquiatras e médicos, explicita-se uma das estratégias no estabelecimento da hegemonia deste regime de verdade, que se soma a outras que são devidamente analisadas criticamente na sequência deste texto.

Bilder (2008) aponta que o projeto do genoma humano gerou grande entusiasmo em muitas comunidades de pesquisa, especificamente no âmbito da Psiquiatria Biológica, aumentou a esperança de que as bases genéticas para as principais doenças mentais possam ser descobertas mais cedo ou mais tarde. Acredita-se que tal excitação é justificável pelas novas publicações que reportam associação com doenças de regiões do genoma de que anteriormente não se tinha nenhuma suspeita, o que amplia o território de pesquisas e descobertas biológicas. É favorecida a esperança de que o avanço das pesquisas nos próximos anos permita assegurar o entendimento da dimensão

¹⁴ “the recognition of this moment will give an indication for more precise research in terms of which stage of brain development is implicated in the disease, as well as the genetic process involved in that phase of life (the ‘genetic clock’)”. (HOJAIL, 2003, p. 2).

absolutamente biológica dos transtornos mentais. Promove o coro a favor do que considera ser os já consolidados esforços internacionais que avançam nos níveis genômico e proteômico e dos ainda tímidos conhecimentos fenotípicos. Por fim, defende a abordagem de todo o genoma para indicar o futuro do entendimento sobre a “esquizofrenia”, acreditando que a abordagem deva se constituir como norma.

McInnis (2009), no trabalho intitulado *Paradigms Lost: Rethinking Psychiatry in the PostGenome Era* argumenta que a virada do século XXI convergiu para mudanças consideráveis para o futuro da Psiquiatria. Seu entendimento ancora-se sobre a observação de como a genética, bioquímica e tecnologia de imagem se tornaram cada vez mais valiosas no processo de diagnóstico e orientação das terapêuticas. Adere às previsões de que em breve o sequenciamento dos genes trará contribuições significativas para a etiologia subjacente dos transtornos psiquiátricos, e os riscos serão determinados com máxima segurança, bem como as terapêuticas alteradas com base nesses conhecimentos. Faz ainda alusão à emergência da farmacogenética como o campo capaz de promover estudos que antecipem as variações genéticas influenciadoras das respostas aos medicamentos, ampliando os entendimentos atuais das interações do corpo e com os fármacos. Para tanto, assevera que a “[...] psiquiatria e as neurociências precisam de uma sincronicidade de propósitos e da capacidade de adotar uma abordagem abrangente a longo prazo sobre a saúde, comportamentos e doenças humanas” (p. 305)¹⁵.

Faço referência a outro editorial do *The World Journal of Biological Psychiatry*, desta vez da autoria de Hans-Jürgen Möller e intitulado *Empirical methodology as the main criterion of biological psychiatry*, onde se aponta que a Psiquiatria Biológica é mais do que aplicação do conhecimento das neurociências nos fenômenos psicopatológicos e que a clínica psiquiátrica biológica também pretende o exercício de boas observações, descrições e classificações de fenômenos clínicos. Möller (2001) questiona de maneira retórica quais são as características básicas da clínica psiquiátrica biológica e o que delimita a Psiquiatria Biológica como área do saber. Para essa pergunta, indica que, para não recorrer a uma explicação tautológica de que a Psiquiatria Biológica vê os fenômenos psicopatológicos a partir de teorias biológicas, é possível delimitar este saber por metodologicamente fazer uso de uma abordagem empírica (com experimentos e observações). Ademais, assume que, caso se retorne para o contexto da criação da expressão Psiquiatria Biológica, esse paradigma emerge em contraposição ao que chama

¹⁵“*Psychiatry and the neurosciences are in a need of a synchronicity of purpose and an ability to take a comprehensive long-term approach to human health, behavior, and illness*”. (McINNES, 2009, p. 305).

de ideologia da Psiquiatria Social e a antipsiquiatria, segundo as quais os processos de adoecimentos tinham a gênese em fatores psicossociais ou que nem mesmo existiam como fenômeno natural. Admitindo o antagonismo das áreas discursivas, Möller (2001, p. 2) expõe que

Naquela época, foi reconhecida a necessidade de uma abordagem empírica adequada para evitar tais interpretações errôneas baseadas em ideologias. Se definirmos a psiquiatria biológica por metodologia empírica, poderíamos dizer que não apenas parâmetros biológicos, mas também psicossociais são um foco da biologia.

A argumentação sobre a necessidade de estabelecimento de uma abordagem empírica convoca minha análise crítica a recobrar aquilo que indica Michel Foucault na sua aula inaugural no Colégio de France, sobre os rituais que atravessam a ordem do discurso na formulação das verdades e que denunciam sua vontade de poder. Neste sentido, é possível inferir que há por parte destes dispositivos discursivos o uso estratégico da sugestão de emprego de rituais específicos, que neste contexto histórico-cultural são reconhecidos como métodos científicos de acesso à verdade. Com efeito, o uso estratégico desses rituais se materializa na indicação de aplicação dos métodos de pesquisa de literatura e coleta de dados, pela elaboração e emprego dos relatórios de consensos, revisões sistemáticas, metanálises e investigações clínicas randomizadas.

A importância do empreendimento operado pela Psiquiatria Biológica já havia sido analisada por Foucault (1997, p. 52), quando expôs:

Nada pode figurar como elemento de saber se, por um lado, não estiver de acordo com um conjunto de regras e coações características, por exemplo, de um determinado tipo de discurso científico em um determinado período e se, de outro lado, não possuir os efeitos da coerção ou simplesmente de incitação próprios ao que é validado como científico ou simplesmente racional ou comumente admitido, etc. Por outro lado, nada pode funcionar como um mecanismo de poder se não se manifesta segundo procedimentos, instrumentos, meios, objetivos que possam ser validados em sistemas de conhecimento mais ou menos coerentes.¹⁶

¹⁶ “*nothing can exist as an element of knowledge if, on one hand, it is does not conform to a set of rules and constraints characteristic, for example, of a given type of scientific discourse in a given period, and if, on the other hand, it does not possess the effects of coercion or simply the incentives peculiar to what is scientifically validated or simply rational or simply generally accepted, etc. Conversely, nothing can function as a mechanism of power if it is not deployed according to procedures, instruments, means, and objectives which can be validated in more or less coherent systems of knowledge*” (FOUCAULT, 1997, p. 52).

Na atualidade, os rituais que ancoram os regimes de verdade são organizados pelos dispositivos discursivos da matriz “biologizante” sob o signo do “baseadas em evidências”, uma especificação dos métodos empíricos discutidos há pouco. A importância do uso estratégico desses rituais pode ser exemplificada nas “Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o Tratamento Biológico da Esquizofrenia” quando é indicado que, para formular uma classificação das recomendações de tratamento “baseadas em evidências”, “[...] cada recomendação de tratamento foi avaliada e discutida para sua eficácia, segurança, tolerabilidade e praticidade” (FALKAI *et al*, 2006b, p. 67), sendo destacado o fato de que a força de cada recomendação decorre do nível de eficácia. A classificação de recomendação de tratamento divide-se do Nível A (maior “evidência” de “eficácia”) ao Nível D (menor “evidência” de “eficácia”), sendo a primeira a que mais se aproxima do modelo de coleta de informações das ciências naturais.

Na minha análise, reporto-me ao esforço do terreno psiquiátrico em constituir-se como uma medicina natural, pois, como pode ser divisado na sequência e com detalhes, em toda a história da Psiquiatria, esta foi valorada como uma pseudomedicina. Antecipo o fato de que a adoção de métodos empíricos de pesquisa para a elaboração de evidências e a indicação dos fenômenos relativos aos adoecimento mental como fenômeno biológico constituem dois dos maiores esforços da Psiquiatria Biológica com vistas a ressignificar seu *status* e obter maior valia social, tendo em vista um novo lugar de poder na formulação da verdade acerca dos transtornos mentais.

Ressalto a importância em se analisar a adoção de expressões como “baseadas em evidências” e “eficácia”, pois perfilhar esses termos, que a princípio parecem neutros e inequívocos, também constitui estratégia discursiva na constituição da verdade. Caponi (2018, p. 25) lembra que a “[...] aceitação e reprodução daquilo que, em um dado lugar e em um momento histórico é considerado como verdadeiro, exige a criação de um sistema de regras e instituições capazes de obrigar aos indivíduos a aceitar a verdade e a reconhecer a autoridade daquele que a anuncia”. A pesquisadora, analisando o processo histórico que atribui eficácia ao tratamento com uso de antipsicóticos, explicita que para que fosse possível a aceitação que se tem hoje sobre o caráter imprescindível do uso dos fármacos, foi necessário todo um empreendimento capaz de transmitir a verdade por meio de “[...] dados quantitativos, números claros que pudessem mostrar, isto é criar evidências científicas, do êxito do tratamento”. (CAPONI, 2018, p. 30). Reflito, com efeito, na ideia de que a formulação de um regime de verdade não é um exercício neutro por meio do

qual se descobre uma verdade que sempre esteve ali, disponível para ser revelada, mas um empreendimento onde se criam evidências que cumprem objetivos de um determinado *locus* do saber e seus poderes.

A utilização de tais referências pretende indicar o esforço do campo psiquiátrico em estabelecer o entendimento de que os processos de adoecimento mental estão relacionados com aqueles eminentemente biológicos, e que a linguagem deve balizar todos os esforços para a formulação dos diagnósticos, análises de etiologia, prognóstico e tratamento. O esforço no sentido de constituir um regime de verdade, que aponta o privilégio da matriz biológica como legítima representante do saber, relaciona-se com o que pretendo indicar como as condições de possibilidade para a emergência da Psiquiatria Biológica como discurso hegemônico. Entendo que apontar essas condições de possibilidade é uma tarefa fundamental para a consecução dos objetivos deste estudo, de analisar a produção do sofrimento na experiência da “esquizofrenia”, indicando ainda a relação com o que denomino *alteridade negada*.

O historiador Charles Rosenberg, no trabalho intitulado *Contested Boundaries: Psychiatry, Disease, and Diagnosis*, sugere que a maioria concorda com a noção de que, independentemente da sua natureza ou origem, existem alguns mecanismos somáticos associados com as graves e incapacitantes experiências psicóticas. Para Rosenberg, a compreensão coincide com a própria história da Medicina, na qual foram sendo atribuídos

[...] certos aspectos da dor e incapacidade humana no campo da medicina e no cuidado e a autoridade explicativa do médico. “Medicalização” talvez possa ser melhor entendido como uma tendência de longo prazo na sociedade ocidental em direção a explicações reducionistas, somáticas e - cada vez mais - específicas de doenças de sentimentos e comportamentos humanos, como inequívocas doenças físicas. (2006, p. 409)¹⁷.

Consoante Rosenberg (2006), a delimitação das fronteiras do fenômeno psicopatológico permanece complexa, inconsistente e contingente, mesmo que nas últimas décadas tenha sido cada vez mais expandida e os discursos cada vez mais penetrantes na cultura e nos processos de subjetivação. A expansão das fronteiras, contudo, não pacificou a relação entre os conceitos de doença, sofrimento e comportamentos socialmente problemáticos. Para o historiador, a dificuldade de delimitar

¹⁷ “certain aspects of human pain and incapacity to the realm of medicine and to the physician’s care and explanatory authority. “Medicalization” might perhaps be better understood as a long-term trend in Western society toward reductionist, somatic, and – increasingly – disease-specific explanations of human feelings and behavior as well as unambiguously physical ills” (ROSENBERG, 2006, p. 409).

fronteiras relaciona-se com o fato de que, quer sejamos profissionais ou leigos, constantemente, as fronteiras são individual e coletivamente acionadas, ancoradas em agendas complexas e nem sempre constantes, moldadas por via de realidades pessoais, familiares, geracionais e socialmente localizadas. Rosenberg (2006, p. 410) assevera que os “[...] conflitos em torno do *status* ontológico – e, portanto, da legitimidade social – dos males comportamentais e emocionais têm sido endêmicos desde sua ampla articulação há mais de um século. Os padrões de visibilidade cultural e clínica mudam, mas essa ambiguidade permanece”.

Para contextualizar o problema de delimitar fronteiras, Rosenberg (2006) faz referência ao empreendimento da indústria farmacêutica, especialmente desde os anos de 1950, que, por meio do financiamento de pesquisas e do *marketing*, reformulou as noções de doença mental e seus tratamentos. Não à toa, o empreendimento coincide com a expansão do número dos diagnósticos elaborados pelos manuais nosográficos.

Sobre a figura do psiquiatra e o *status* de verdade e de que os discursos são plenos, Rosenberg (2006) detalha seu lugar paradoxal, pois, de um lado, desde sua invenção como especialidade no século XIX, a Psiquiatria assume a função de definir as fronteiras e gerenciar o que uma dada sociedade, com procedência em suas normas de sensibilidade, nomeia como normal e anormal. De outra parte, no interior da própria Medicina, a Psiquiatria é percebida como de menor valia, acusada de não se constituir como uma disciplina médica na qualidade de ciência natural, pois, apesar de insistentemente procurar os correspondentes anatomopatológicos do que chama de doença ou transtorno mental, a empreitada é, reiteradamente, frustrada, sendo apenas bem-sucedida em indicar que as descobertas destes correspondentes estão próximas.

Russo e Venâncio (2006) corroboram essa ideiação da busca pelos correspondentes anatomopatológicos como um antigo desejo da Psiquiatria, e que a localização de lesões no cérebro ou disfunções físicas representaria a solução para a fragilidade de que a disciplina gozava no terreno interno da Medicina. Analisando os efeitos do que chamam de “revolução terminológica” do DSM III, Russo e Venâncio (2006) contextualizam a operação que permite o retorno da Psiquiatria Biológica ao centro da cena psiquiátrica. Indicam que, se hoje a hegemonia da matriz biológica é um fenômeno evidente, o cenário era bastante distinto até meados do século imediatamente passado, quando a Psicanálise e outras perspectivas psicopolíticas e sociais detinham hegemonia.

A análise das condições de possibilidade indica um conjunto de fatores que permite a constituição do privilégio da Psiquiatria Biológica como inteligibilidade do

sofrimento e adoecimento mental. É necessário sinalizar para o fato de que dentre outros fatores, também analisados na sequência, a crise de legitimidade interna que a Psiquiatria Biológica encontrou na adoção de um nova lógica classificatória para a elaboração dos manuais diagnósticos, na adoção de uma novo vocabulário para a objetivação das experiências nomeadas como transtornos mentais, um aliado e uma estratégia fundamental. Soma-se, de tal modo, a própria crise de legitimidade da Psiquiatria, os efeitos dos antipsicóticos, somados aos demais produtos da indústria psicofarmacológica, a reformulação dos manuais diagnósticos, as novas tecnologias médicas de visualização e as descobertas do código genético humano como os principais vetores que favorecem o surgimento da Psiquiatria Biológica, e sua linguagem, como legítimos representantes das ciências médicas naturais.

Bezerra Jr. (2014), ao analisar as condições de possibilidade para a transição de paradigma ocorrer na elaboração e publicação do DSM II para o III (conservando-se e ampliando-se nos seguintes, IV e V), destaca “a ascensão do naturalismo” em que passa a presumir que todos os processos psicológicos, quer nomeados como normais ou patológicos, dependem da função cerebral. Dita ascensão “[...] reflete os efeitos da introdução dos psicofármacos na prática psiquiátrica, que começa apenas no início da década de 1950” (p. 24). Ademais, foi referenciada a identificação da dupla hélice do DNA em 1952, o que possibilitou a geração de expectativas da constituição de uma ciência do homem com esteio em parâmetros eminentemente biológicos, onde a Psiquiatria Biológica tomou posição de destaque.

Na continuidade da análise das condições de possibilidade para a transição de paradigma, Bezerra Jr. (2014) aponta a crise de legitimidade que assola a área durante os anos de 1960, com movimentos sociais que contestam a instituição psiquiátrica e seus instrumentos. Ressalto que o movimento ao questionar as instituições, discursos e práticas psiquiátricas, é associado a um moto contestatório mais amplo, reivindicativos de transformações em praticamente todos os setores das sociedades ocidentais. De efeito, se fomenta a desinstitucionalização da loucura pela crítica ao modelo asilar e promove-se o surgimento da seara de Saúde Mental, movimento de resistência contra a cultura manicomial que caracteriza Psiquiatria e a maneira como a sociedade ocidental lida com seus sujeitos da diferença.

Bezerra Jr. (2014, p. 26), em sua análise, expressa a noção de que a criação do moto de Saúde Mental viabiliza a ampliação do “[...] mercado das opções terapêuticas e para o aumento expressivo no número de profissionais gravitando em sua órbita”. Como

estratégia contra essa ampliação das possibilidades terapêuticas, que punha em risco a hegemonia e poderes dos saberes médicos psiquiátricos, pensa-se que o DSM III cumpre também uma função de reorganizar o campo dos profissionais com legitimidade para agir no lado terapêutico, no intuito de favorecer uma re-“medicalização” da Psiquiatria, “[...] discriminando-a de outras práticas de intervenção subjetiva”.

Russo e Venâncio (2006, p. 465) expõem que, na publicação do DSM III, este foi mostrado como um “[...] manual a-teórico, baseado em princípios de testabilidade e verificação a partir das quais cada transtorno é identificado por critérios acessíveis à observação e mensuração empíricos”, em que se abandonam os empreendimentos etiológicos das edições anteriores para promover a organização de um conjunto de classificações diagnósticas com a indicação de sinais e sintomas objetivos que favoreciam a inclusão ou exclusão nas categorias. Analisam, ainda, como efeito dessa “revolução terminológica” um processo de re-“medicalização” extrema da Psiquiatria, resultando em uma atitude de “[...] maior neutralidade e ‘asepsia’ do diagnóstico psiquiátrico, que se afastará cada vez mais de qualquer preocupação com o meio social”. (*IBIDEM*, p. 468). Corroborando a conjunção de problemas da apresentação do manual como aparentemente um instrumento a-teórico, Bezerra Jr. (2014, p. 21) ressalta que “[...] propalada como uma estratégia sem compromissos epistemológicos particulares para permitir a comunicação entre profissionais de orientação teórica diversa, essa mudança, trazia em seu subsolo a crescente importância pelas descrições biológicas”.

Ainda analisando os aspectos da transição da linguagem dos manuais diagnósticos da Associação Americana de Psiquiatria e seus efeitos, Bezerra Jr. (2014) também aponta a associação que se estabeleceu entre a emergência da indústria farmacológica e a pesquisa experimental. Adianta que a cooperação se deu pela necessidade de comprovação da segurança e eficácia terapêutica dos psicofármacos para a comercialização desde a prescrição para o consumo em doenças definidas nos manuais diagnósticos. Em consequência,

Rapidamente a afinidade entre as exigências metodológicas desse tipo de pesquisa e os critérios classificatórios do DSM III começaram a produzir uma interpenetração entre os dois polos, com a indústria farmacêutica incentivando a difusão das categorias (e junto com elas a prescrição correspondente) e o processo de alocação diagnóstica das categorias sendo progressivamente influenciado pela ação dos fármacos (se uma condição clínica melhora sob a ação de um antidepressivo, trata-se de uma depressão). (*IBIDEM*, p. 26).

A exposição das análises sobre as condições de possibilidades para a transição das referências adotadas nas distintas versões do DSM não prescinde da disputa do poder de enunciar a verdade sobre as experiências nomeadas como doenças ou transtornos mentais. *In alia manu*, o surgimento da Psiquiatria Biológica e seus discursos sobre o sujeito da experiência da “esquizofrenia” deve levar em consideração esse cenário de batalha dos discursos psicopatológicos e as práticas de cura ou cuidado, favorecendo a denúncia de que, tal como analisa Rosenberg (2006, p. 411)¹⁸, a adoção de tal linguagem “biologizante” é estratégica para a reclamação dos poderes destes dispositivos discursivos, haja vista ter se constituída uma inteligibilidade a exigir que os “[...] modelos de doenças devem ser específicos e somáticos para que haja ampla aceitação”. Para o historiador, dessa operação resulta a constituição de identidades somáticas, em que se defende de modo contumaz a noção de que os processos de adoecimento mental resultam, primariamente, de alterações físicas, recebendo *status* de doenças físicas.

Na intelecção de Rosenberg (2006, p. 417), o “[...] domínio dos estilos reducionistas tem uma longa história nas explicações dos comportamentos humanos, mas hoje ocupam um lugar extraordinariamente marcante”. É emblemático ainda o encanto com as explicações embasadas na verdade molecular e neuroquímica, ou, mais recentemente, da Genética, traduzindo uma cultura em que as pessoas são incansavelmente reducionistas na busca de causas somáticas para as doenças. Analisando esse reducionismo triunfalista, destaca-se uma dinâmica que retroalimenta saberes e poderes, pois só o privilégio dado aos psicofármacos ajudou na ampla prescrição dessas drogas. A seu turno, o uso de uma substância específica colaborou para legitimar a entidade diagnóstica específica, a que se destinava o fármaco.

Contrapondo-se ao paradigma mecanicista e reducionista, Rosenberg (2006) argumenta que, mesmo os comportamentos mais extremos e crônicos sendo, em última análise, resultado de alterações neuroquímicas e mecanismos genéticos ainda não decifrados, mas que já tenham sido especificados como transtorno, o sentido das experiências e a pertinência social dos diagnósticos permanecem contingentes e sujeitos a contestação.

Bezerra Jr. (2014) corrobora, e faz referência às teses foucaultianas que problematizam as tentativas de classificação das experiências humanas, denunciando-as como arbitrárias e conjecturais, pensamento expresso emblematicamente, quando

¹⁸“these disease models have ultimately to be specific and somatic if they are to find wide acceptance” (ROSENBERG, 2006, p. 411).

Foucault (2011, p. 163) ensina que] “[...a loucura só existe em uma sociedade, ela não existe fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou a capturam”. Bezerra Jr. (2014, p. 12) elucida essa perspectiva, ao complementar dizendo que “[...] a história das teorias e das práticas na psiquiatria está profunda e essencialmente ligada aos contextos sociais, culturais, epistêmicos, políticos e tecnológicos em que elas se dão”.

Ainda neste sentido, Bezerra Jr. (2014), fazendo referência às reflexões do psiquiatra estadunidense Thomas Szasz, expressa que a objetivação da experiência trágica da loucura pela Psiquiatria nomeando as experiências de angústia e dor subjetiva sob o formato dos diagnósticos médicos, relaciona-se com a função social deste âmbito discursivo como dispositivo social de controle e domesticação da existência. Para Bezerra Jr. (2014, p. 9),

Ao nomear a angústia de existir por meio de categorias patológicas, a psiquiatria transforma sua condição ontológica essencial num espaço a ser regulado por discursos e intervenções de roupagem técnica, cuja vocação moral normatizadora mal se esconderia por trás das reivindicações de objetividade e neutralidade científica.

A exposição das condições de possibilidade para a emergência da Psiquiatria Biológica como discurso hegemônico demanda justamente indicar o contexto sociocultural por meio do qual uma epistemologia específica reclama *status* de verdade sobre um conjunto de fenômenos, promovendo a captura de um contíguo de experiências em seus projetos de objetificação, trazendo profundas implicações ético-políticas. É neste sentido que as próximas seções investem sobre as representações e cenas de cura empreendidas pelos dispositivos discursivos da matriz “biologizante” da psicopatologia. Ressalto que há também um exercício de análise crítica, tanto com relação às estratégias discursivas elaboradas e os efeitos de tais discursos nos processos de subjetivação, sempre na intenção de indicar o que chamo de produção do sofrimento na experiência da “esquizofrenia” e o liame dessa produção com o que aponto como *alteridade negada*.

4.2 Representações acerca da “esquizofrenia” ou sobre a violência das objetivações

Penso que, ao iniciar esta seção, faz-se necessário retomar a referência às reflexões foucaultianas sobre as práticas de objetivação, em específico, mencionando o processo por meio do qual o sujeito é tomado como objeto do conhecimento das ciências, e as que analisam também o sujeito normatizado por meio dos processos de objetivação

configurados como práticas divisórias, de si e dos outros, as quais os sistemas de classificações diagnósticas são exemplos cabais. É necessário recordar que, no exercício de uma arqueologia do saber, é perseguida uma análise sobre os processos de subjetivação e objetivação que viabilizam a tomada do sujeito como objeto do conhecimento, conduzindo à delimitação das ciências humanas. O outro modo de objetivação refere-se às já mencionadas práticas divisórias, em que se analisa a constituição dos sujeitos perpassados pelos discursos normativos das disciplinas, como Psiquiatria, Psicologia e outras correlatas.

Assim, me cumpre evidenciar que, ao analisar as representações acerca da “esquizofrenia”, evidencio o empreendimento dos regimes de verdade da matriz “biologizante” que buscam fundar universais antropológicos. Reporto-me, também, à concepção de “natureza humana” e estratégias discursivas que articulam verdades expressas como universais, alienadas dos seus “*a priori*” históricos, para poder indicar os efeitos destes dispositivos discursivos nos processos de sujeição, na análise das práticas concretas por meio das quais os sujeitos são constituídos na imanência destes âmbitos do saber.

Entendo também ser fértil a problematização dos discursos da Psiquiatria Biológica nas reflexões éticas formuladas por Emmanuel Lévinas, ao apontar que a tradição do pensamento ocidental consiste em promover um intento totalizador. Como já mencionado, em *Totalidade e Infinito*, Lévinas (1988a) aproxima as noções de Teoria, Razão, Visão e Representação e as critica, alegando que estas são representantes desta tradição totalizante, por meio do que se tenta a redução do Outro ao Mesmo. Em *Ética e Infinito*, Lévinas (1988b, p. 45), refletindo sobre o estatuto do conhecimento, expressa que “[...] ele é, por essência, uma relação com aquilo que se iguala e engloba, com aquilo cuja alteridade se suspende, com aquilo que se torna imanente, porque está à minha medida e à minha escala” Sendo assim, o conhecimento, tal como busca ser formulado pela senda psicopatológica, aqui, em específico, os discursos da Psiquiatria Biológica, promovem essa suspensão da alteridade sem nenhum constrangimento. Pelo contrário, a tentativa e aceitação social de que por meio de um saber outrem seja medido com base nos métodos de uma epistême reforça os poderes dessas instâncias de saber. O poder de uma seara discursiva mede-se, precisamente, pela habilidade de adequar outrem àquilo que se conhece, pois sua valia social está relacionada com o uso desses poderes.

Aproximo o intento totalizador, que Emmanuel Lévinas denuncia, do esforço em reduzir o homem a uma mecânica biológica (quer se traduzam em termos genéticos ou

neurobiológicos), em que, por via de um método eminentemente objetivo, sugere-se a neutralidade que garantiria a inteligibilidade do ser.

Recorrer ao referencial ético-filosófico de Emmanuel Lévinas implica lembrar da impossibilidade de representar totalmente o outro, pois, em sua desmedida. Ante a tentativa de totalização do Outro, é ensinado que o Rosto indica a ideia do Infinito, indigitando a impossibilidade de reduzir o outro as minhas posses, ao saber do Mesmo, ou seja, o sujeito da diferença transborda em qualquer tentativa de definição que se assuma. Com efeito, é possível sugerir que o empreendimento dos discursos da área psicopatológica promovem uma violência, pela tentativa aproximar o Outro da noção normatizada de homem que tal saber admite. Em decorrência desse intento totalizador, entendo ser fundamental analisar criticamente os referenciais teóricos da Psiquiatria Biológica, promovendo um exercício ético, pois, como leciona Emanuel Lévinas (1988a, p. 30), a ética “[...] cumpre a essência crítica do saber”, lembrando da irreduzibilidade de Outrem a Mim, ao meus saberes, aos meus poderes.

Considerando a dimensão ético-política dos discursos psicopatológicos, do seu estatuto de verdade, as relações de poder que se estabelecem e os efeitos nos processos de constituição das subjetividades, entendo que é importante retomar a provocação levinasiana quando indicado que “[...] a política deve, com efeito, poder ser sempre controlada e criticada a partir da ética” (LÉVINAS, 1988b, p. 66). Relembro que, anteriormente, questionava se na aproximação crítica com a psicopatologia, em específico em sua *matrix* biológica, deve-se assumir a noção de que esses discursos são estéreis ante a possibilidade de face ao Rosto de outrem escapar dos exercícios de poder, dos intentos totalizantes, permitindo o acesso ao outro pelo acolhimento, em uma disposição afetiva. Ainda admitindo a influência do referencial ético-filosófico levinasiano na formulação da análise sob comento, retomo a interrogação sobre quais respostas de hospitalidade e acolhimento estão exemplificadas nos relatos teóricos que versam sobre os sujeitos da diferença e que são assistidos nos serviços de saúde mental.

Explicita-se, então, que o questionamento do estatuto de verdade dos discursos da Psiquiatria Biológica acerca da “esquizofrenia” pretende favorecer um exercício inspirado nas atitudes Crítica (Michel Foucault) e Ética (Emmanuel Lévinas), quer seja denunciando os jogos de verdade, de poder, e seus efeitos, quer sinalizando a tentativa de violência pela aproximação de outrem que não seja como exposição no dizer.

Krystal *et al* (2001, p. 560), com recurso à designação recorrente sobre a experiência de “esquizofrenia”, sugerem que a gênese dessa condição decorre de

elementos genéticos, neuroquímicos e nos circuitos neurais. Indicam eles que a “[...] esquizofrenia é uma doença crônica profundamente incapacitante”¹⁹, marcada por um conjunto de sinais e sintomas que incluem alucinações e delírios e alterações significativas nas funções cognitivas e emocionais, sendo inclusive frequente a vivência de isolamento social e comprometimento nas atividades produtivas.

Ortuño *et al* (2005, p. 16), *in alia manu*, afirmam que a “esquizofrenia” consiste em “[...] um transtorno de origem cerebral que afeta a capacidade das pessoas em diversos aspectos psicológicos, como pensamento, percepção, emoções e volição”²⁰. Fazendo referência à ideia de deterioração das funções cognitivas e afetivas e transformações na personalidade do paciente, destacam se tratar de uma enfermidade grave com início no final da adolescência ou começo da idade adulta. Sugerem que, dado o início precoce, vai se “[...] limitando nestas idades críticas o desenvolvimento normal das potencialidades intelectuais, emocionais, sociais ou ocupacionais e, por sua evolução ou curso, se caracteriza por surtos, cada vez mais frequentes, que geralmente se repetem ao longo da vida”²¹ (p. 16). Destacam, ainda, que podem se manifestar alguns sintomas, que persistem, com maior ou menor intensidade, e a alta taxa de ocorrência de suicídio, em torno de 10%, o que sublinha “[...] a natureza catastrófica desse distúrbio”²².

É importante denunciar o fato de que, quando se faz referência à limitação no desenvolvimento das potencialidades intelectuais, emocionais, sociais ou ocupacionais, em associação com o entendimento de que a “esquizofrenia” é um transtorno de origem cerebral, produzem-se uma individualização e uma interiorização “biologizante” do fenômeno, alienando-se os aspectos psicossociais relativos à gênese, ao curso e aos atravessamentos institucionais que vive o sujeito a partir do diagnóstico e das relações de tutela nos processos de intervenção. Como venho defendendo, a individualização e a interiorização compõem vetores relacionados com o que denomino produção do sofrimento.

Falkai *et al* (2006a, p. 10) retomam a tradicional representação da “esquizofrenia” como “[...] um transtorno psicótico maior (ou um grupo de transtornos) que usualmente

¹⁹ “Schizophrenia is a profoundly disabling chronic illness” (KRYSTAL *et al*, 2001, p. 560).

²⁰ “un trastorno de origen cerebral que afecta la capacidad de las personas en muy diversos aspectos psicológicos, como el pensamiento, la percepción, las emociones o la voluntad” (ORTUÑO *et al*, 2005, p. 16).

²¹ “va limitando en estas edades críticas el normal desarrollo de las potencialidades intelectuales, emocionales, sociales o laborales y, por su evolución o curso, se caracteriza por brotes, cada vez más frecuentes en el tiempo, que generalmente se repiten varios a lo largo de la vida” (ORTUÑO *et al*, 2005, p. 16).

²² “el carácter catastrófico de este trastorno” (ORTUÑO *et al*, 2005, p. 16).

aparece na fase mais tardia da adolescência ou no início da idade adulta”, destacando, ainda, que

Na maioria dos casos, há prejuízo das funções ocupacionais ou sociais, caracterizado por afastamento social, perda de interesse ou capacidade de agir na escola ou no trabalho, mudança nos hábitos de higiene pessoal ou comportamento incomum ainda na fase prodrômica .

Falkai *et al* (2006a), fazendo referência à dinâmica e curso do “transtorno”, explicam que a fase aguda se refere a sintomas psicóticos floridos, seguida por um período de estabilização em que os sintomas psicóticos diminuem de intensidade, durando cerca de seis meses. Passado o tempo de estabilização, tem início a quadra estável, na qual sintomas negativos e positivos residuais são relativamente consistentes em gravidade e magnitude. Os autores (2006a, p. 12) indicam, ainda, um conjunto de fatores preditivos a melhor evolução e mais qualificado prognóstico:

[...] início mais tardio em relação às faixas etárias usuais, gênero feminino, estado marital correspondente a indivíduo casado, personalidade pré-mórbida sociável, bom ajuste e bom funcionamento pré-mórbido, quociente intelectual (QI) mais elevado, presença de um desencadeante na esfera emocional quando do início, início agudo, sintomas predominantemente afetivos ou sintomas positivos e ausência de desorganização ou sintomas negativos quando do início, menor número de episódios prévios, padrão por fases de episódios e remissões, ausência de história familiar de esquizofrenia e baixo nível de emoções expressas na família.

Ellman *et al* (2010), analisando o funcionamento cognitivo antes do início da psicose, assinalam que é indicada, habitualmente, uma incidência de alterações do rendimento cognitivo no período pré-mórbido da “esquizofrenia”, incluindo uma diminuição do coeficiente intelectual, atraso no desenvolvimento da linguagem. Expressam, porém, que, malgrado esses indícios, ainda não seria possível precisar se as dificuldades cognitivas pré-mórbidas conformam uma consequência da vulnerabilidade genética na “esquizofrenia”, dos fatores de risco ambiental, e, ou, uma combinação dos fatores de risco genéticos e ambientais.

Como destacado noutra passagem desde escrito, constitui-se como um dos objetivos desta pesquisa examinar as representações da “esquizofrenia” elaboradas pelos discursos da Psiquiatria Biológica, reconhecendo o lugar hegemônico que essa epistême ocupa nos espaços técnicos e políticos da contemporaneidade. O investimento na análise crítica das representações e de seus efeitos na constituição das subjetividades decorre da

compreensão prévia de que a formulação do diagnóstico e as significações implícitas imputam um sentido eminentemente negativo. Opera-se, pois, a constituição das subjetividades que favorecem o reconhecimento de si e de outrem, sempre imbricados nestes termos. Parece escapar, assim, com as reflexões do terreno psicopatológico, qualquer implicação nos efeitos ético-políticos de seus discursos. “Prejuízo das funções ocupacionais ou sociais” e “Perda de interesse ou capacidade de agir” são anunciados como termos neutros e que não orientam a significação das experiências de si e do outro.

Falkai *et al* (2006b) lecionam assim:

Pacientes esquizofrênicos sofrem de um estresse considerável, têm sua qualidade de vida diminuída, seja por um período de tempo variável ou contínuo, e enfrentam incapacidades prolongadas que podem impor efeitos negativos em seus empregos, nos orçamentos pessoal ou familiar, no relacionamento afetivo e na satisfação com a vida. Após passar pela fase aguda, o transtorno pode persistir, e períodos de remissão se alternam com os períodos de exacerbação. Algumas vezes, pode ser observado um número de sintomas negativos não diferentes dos sintomas da fase prodrômica (p. 67).

Esses recortes explicitam o que problematizo sobre a localização no sujeito da gênese de todos os processos relativos ao mal-estar, sofrimento emocional, possibilidade de comportamentos de risco e prejuízos à vida. Pela via da “patologização” do sujeito, escamoteiam-se os aspectos ético-políticos relativos ao sofrimento e reduzem-se as possibilidades existenciais dos diagnosticados como esquizofrênicos nas formas de nomearem-se e atribuírem significado nas experiências que vivem, pois a lente do discurso “biologizante” agencia as noções acerca do humano e seus supostos desvios. Desta maneira, escapam ao discurso da Psiquiatria Biológica os aspectos relativos ao mundo da vida, como a estigmatização, as políticas de identidade que marcam os modos de sujeição via atravessamento pelos discursos técnicos dos âmbitos psiquiátrico e psicológico, bem assim a cultura manicomial que permanece produzindo suas modalidades de clausura. Questiono-me: quais elementos são constitutivas do que denomino *miopia da racionalidade diagnóstica*, que turva suas compreensões acerca da complexidade dos processos relativos ao *pathos*?

Na continuidade do texto, a alusão aos critérios diagnósticos dos tradicionais manuais é explícita, em especial as últimas três versões do DSM, pois reproduzem a tradicional sintomatologia descritiva da “esquizofrenia”, diferenciando os sintomas positivos, negativos e desorganizados:

Os *sintomas positivos*, de maneira abrangente, incluem delírios e ideação delirante, alucinações, distúrbios das associações, sintomas catatônicos, agitação, vivências de influência externa e desconfiança. Os *sintomas negativos* referem-se ao estreitamento e à redução das expressões emocionais, com diminuição da produtividade do pensamento e da fala, retraimento social e diminuição dos comportamentos direcionados a metas. Portanto, os componentes negativos poderiam ser definidos como monotonia afetiva, alergia, anedonia e avolição. Como uma terceira categoria, os *sintomas desorganizados* incluem desorganização do pensamento e do comportamento associada ao comprometimento da atenção. (FALKAI *et al*, 2006a, p. 10).

Falkai *et al* (2006b, p. 72) noticiam que apenas “[...] 20% dos pacientes que apresentaram um primeiro episódio esquizofrênico não vivenciarão outros novos sintomas psicóticos na evolução”. O texto sugere várias estimativas que funcionam como estratégia argumentativa para comprovar a gravidade do transtorno ora focalizado. Indica-se, então, que “[...] apenas 13,7% dos pacientes com primeiro episódio se encaixaram no critério de recuperação total por 2 ou mais anos”, que “[...] o risco de recaída em 1 ano varia de 0% a 46% sendo as taxas de recaída entre os pacientes que pararam de tomar a medicação 5 vezes maior do que aqueles que continuaram o tratamento” (FALKAI *et al*, 2006, p. 72). Soma-se a estes prognósticos o que denomino de “período crítico”, pelo entendimento de que “[...] recaídas são comuns mesmo durante os primeiros 5 anos após o primeiro episódio de psicose”, uma vez que “[...] 82% dos pacientes com primeiro episódio apresentaram recaída no período de 5 anos”. (*IBIDEM*, p. 73). Antecipando a discussão desenvolvida na análise das cenas de cura, é fundamental confrontar as estimativas com as expressas na experiência do Programa Open Dialogue, desenvolvido na Finlândia.

Para indicar a agonística das forças que compõem o *locus* de batalha da Psicopatologia, bem como entendendo que uma das funções do exercício crítico é indicar possibilidades de deslocamento em razão das certezas, faço referência ao movimento denominado de Ouvidores de Vozes. Indicar as experiências vividas no interior desse modo como componente do exercício crítico relaciona-se com a convicção sobre a necessidade de colocar em questão as familiaridades erigidas pelos regimes de verdade, favorecendo, assim, a emergência de outras possibilidades de inteligibilidade e significação. Evidencio o fato de que o movimento surge primeiramente na Holanda e se estende para o Reino Unido, iniciando-se efetivamente em 1980 com as experiências de Marius Romme e Patsy Hage. Marius Romme, psiquiatra holandês, é provocado por Patsy Hage, paciente de Romme, que, ao ler o livro do psicólogo ianque Julian Jayness, *The*

origin of consciousness in the breakdown of the bicameral mind, passou a procurar maneiras de conviver com as suas vozes.

Romme e Escher (1989) destacam que, para Patsy Hage, o livro ofereceu a alternativa de significação em relação ao que vivia, pois seria descrito na obra do psicólogo norte americano que a experiência de escutar vozes até o século XIV estava associada a uma prática normal em situações de tomada de decisões. Romme e Escher (1989, p. 209), refletindo sobre a experiência de Patsy Hage, indicam que, com esta nova possibilidade de significação, “[...] isso teve um efeito positivo em seu isolamento, tendência suicida e sentimento de dependência das vozes”²³. Desse momento em diante, segundo Corradi-Webster, Leão e Rufato (2018, p. 102),

Patsy estava em busca de formas de conviver com as suas vozes de forma a retirar esse fenômeno do campo da anormalidade e dividir a experiência com outras pessoas. Patsy fez um questionamento a Marius que mudou o modo como compreendia o fenômeno das vozes. Ela perguntou: “*se você acredita em Deus, que é algo que nunca viu, ouviu ou sentiu, por que minhas vozes, que de fato ouço, seriam então menos reais do que sua crença em Deus?*”

Romme *et al* (1992), no trabalho intitulado *Coping with Hearing Voices: An Emancipatory Approach*, contextualizam a noção de que todos os livros de referência em Psiquiatria consideram as experiências ou percepções auditivas, sem estímulos externos correspondentes, como um sinal de psicose, e que, uma vez estabelecido o diagnóstico por um profissional, o significado é aceito pelo paciente e demais pessoas. Explicam que, em razão das experiências, a abordagem comum é a prescrição de farmacoterapias ou terapias sociais, e que, malgrado a administração dessas terapêuticas, muitos pacientes continuam a ouvir vozes. Observam que, na medida em que muitas pessoas consideram o fenômeno de ouvir vozes sob o signo do patológico, não estão dispostas a conversar sobre suas experiências abertamente, pois não querem ser percebidas como pacientes psiquiátricos. Ressaltam que,

Em geral, o objetivo do tratamento psiquiátrico é trazer o paciente de volta à nossa realidade com medicamentos antipsicóticos, terapias sociais e, às vezes, terapia psicodinâmica. A aceitação da realidade dos pacientes é evitada, pois isso pode confundi-los ainda mais e aumentar seu caos interno. Assim, a discussão das experiências subjetivas das vozes auditivas não é incentivada, embora essas experiências auditivas às vezes representem grande parte da vida cotidiana do paciente. (p. 99).

²³“have a positive effect on her isolation, her suicidal tendency, and her feeling dependent on the voices” (ROMME & ESCHER, 1989, p. 209).

No trabalho intitulado *Emerging Perspectives From the Hearing Voices Movement: Implications for Research and Practice*, Corstens et al (2014, p. 286) destacam a ideia de que, para os ouvidores de vozes, a criação do paradigma dos movimentos de ouvidores de vozes significou a alternativa ou um complemento fundamental às abordagens psiquiátricas tradicionais, para quem podem ser resumidas como "tentando silenciar as vozes" - as vozes ouvidas e a própria voz do ouvinte.

No Brasil, Corradi-Webster, Leão e Rufato (2018, p. 100) descrevem a experiência em Grupo de Ouvidores de Vozes, configurado como um grupo aberto composto pela participação de ouvidores e profissionais que estão semanalmente juntos durante uma hora, quando “[...] são compartilhados os relacionamentos com as vozes, desde o relato de suas características, até as estratégias que vão sendo desenvolvidas para melhorar o relacionamento com elas”. Destaca-se o entendimento de que o grupo se constitui com estratégia privilegiada para o estabelecimento de redes de apoio e colaboram na trajetória de superação dos ouvidores.

Corradi-Webster, Leão e Rufato (2018) fazem referência aos estádios que tradicionalmente as pessoas vivem ao identificarem o fenômeno de ouvir vozes e buscarem suporte nos grupos de ouvidores de vozes. Destacam que, inicialmente, a experiência é marcada pelo sentimento de surpresa e aflição pela percepção das vozes, sendo também marcante a sensação de estar sobrecarregado com as vozes, seus conteúdos, bem assim as inúmeras tentativas de tirar as vozes da cabeça. Com o suporte do grupo e estratégias compartilhadas pelos membros, as pessoas começam a usar algumas dessas estratégias em relação ao manejo de suas vozes, inclusive aprendendo a impor limites para as interações. A etapa final sugere uma estabilização em que o ouvidor passa a integrar as vozes em sua vida, reconhecendo-as como parte de si e deixando de focar na eliminação destas, facilitando o processo por meio do qual as pessoas possam atribuir significados distintos para suas experiências.

O movimento de ouvidores de vozes defende como um valor fundamental a concepção de que o fenômeno de ouvir é potencialmente uma experiência acessível a todas as pessoas, já que são entendidas como “[...] respostas a circunstâncias emocionais, sociais e relacionais, e não como aberrações ou anormalidades” (CORRADI-WEBSTER, LEÃO & RUFATO, 2018, P. 4). A concepção se exhibe como uma das principais bandeiras contra a estigmatização, associada ao diagnóstico psiquiátrico. A proposta de acolhimento ao sujeito da experiência de ouvir vozes é defendida no interior dos próprios

grupos de apoio mútuo entre ouvidores de vozes, onde se postula o respeito pelos vários significados atribuídos ao fenômeno, sendo cada sujeito incentivado a encontrar o próprio significado para as vozes, mesmo que o grupo também promova o exercício de exploração de outros significados. Então, os grupos de ouvidores de vozes constituem um espaço relacional polifônico e polissêmico em que as diferenças são acolhidas, ao promover-se a escuta de tais vozes, feito um espaço ético de hospitalidade.

Corradi-Webster, Leão e Rufato (2018) explicam que a experiência de pertencimento aos grupos, sejam eles presenciais ou virtuais, é percebida como uma estratégia privilegiada no sentido de favorecer o relacionamento entre os pares e a construção de mútuos suportes, minimizando o sofrimento dos membros. Uma queixa escutada frequentemente é a dificuldade em ter com quem compartilhar a experiência de ouvir vozes, o que se pode associar aos estigmas vividos e antecipados. A possibilidade de compartilhar suas experiências de ouvir vozes com membros familiares e amigos de modo geral mostra-se frustrada, pois esses não conseguem compreendê-los. Ainda mais temida é a comunicação com os médicos, que, de modo geral, tendem a aumentar a dosagem da medicação. Neste sentido, a pertença a um grupo em que se tem a segurança no compartilhar das experiências é notada como uma possibilidade que favorece também a comunicação de outras experiências e dificuldades da vida, configurando-se como um espaço de fala, de narrativa de histórias de vida e de escuta do outro. O pertencimento ao grupo, decerto, favorece o modo como se relacionam com outras pessoas, tornando-os mais empáticos e auxiliando-os a comunicarem suas emoções.

Corradi-Webster, Leão e Rufato (2018, fazendo referência à cultura do movimento de ouvidores de vozes e uso dos medicamentos, em específico os antipsicóticos, assinalam que, apesar de no movimento o fenômeno de ouvir vozes seja normalizado e se busquem distintos significados para eles e o estabelecimento de formulações para manejá-los, o uso dos medicamentos não é condenado. Evidencia-se o fato de que não configura a cultura do movimento de ouvidores de vozes quaisquer orientação para que as pessoas deixem o tratamento psiquiátrico. Na verdade, busca-se o compartilhamento de informações e vivências sobre os diversos aspectos do tratamento psicofarmacológico e o uso dos antipsicóticos, ressaltando-se que o uso é uma decisão de cada membro e que deve ser profundamente respeitada.

A leitura das experiências vividas nos grupos de ouvidores de vozes nos faz admitir que as pessoas vivendo essas experiências se constituem sujeitos da diferença, pois, mesmo se admitindo que a experiência de ouvir vozes seja potencialmente acessível

a todos os seres humanos, a maioria a desconhece. Importante, também, é identificar na narrativa dos sujeitos que vivem essas experiências o fato de que elas são usualmente marcadas pelo sentimento de sofrimento por conviver com as vozes, muitas vezes com teores depreciativos e hétero e autoagressivos, com implicações para a vida cotidiana dos sujeitos e impondo dificuldades para a realização atividades diversas. É reconhecido, também, que, dada a maneira como tais experiências são significadas, considerando-se a dimensão de negatividade com que a seara psicopatológica as representa, as pessoas que as vivem não encontram espaço para conversar e refletir sobre tais vivências. Ante a possibilidade de estigmatização, a maioria dos sujeitos vive essas experiências silenciosamente, indicando um profundo constrangimento, na possibilidade de outros virem a saber das experiências.

A criação de espaços relacionais e o favorecimento de uma cultura que acolhe o sujeito da diferença e sua experiência parecem constituir a alternativa para o que problematizo no discurso psicopatológico e das clínicas em Saúde Mental que, ao investirem na objetivação do sujeito da diferença, realizam uma operação por meio da qual a experiência de sofrimento é concebida como algo inerente aos sujeitos, concorrendo para a constituição do que denomino *alteridade negada*. A disposição ética para a escuta das vozes e a constituição de espaços sociais de acolhimento permitem ao sujeito da diferença a vivência de um lugar de pertencimento ao mundo, em que suas experiências e vozes não mais precisam ser silenciadas. A escuta de outros que vivem experiências análogas às suas, e também a possibilidade de serem acolhidos nos grupos, asseguram-lhes que neste contexto relacional suas experiências podem ser narradas sem risco de estigmatização. Assim, é possível inferir que a constituição desses espaços de escuta e partilhas é importante meio ético-político no acolhimento ao sujeito da diferença, haja vista que o estigma relativo ao fenômeno impõe enormes barreiras para que a temática seja abordada livremente em contextos sociais e familiares, ou mesmo na contextura dos serviços de saúde.

Analisando os efeitos da representação favorecida pela matriz “biologizante” em contraste com a representação do movimento de ouvidores de vozes, na primeira, a experiência se reduz a um conjunto de sintomas e delimita a significação a disfunções neuroquímicas, e, ainda, tutela os sujeitos pela prescrição do psicofármaco. A representação favorecida pelo movimento de ouvidores de vozes indica um sujeito perpassado pela incompreensão, a incerteza, a expressão de angústias e afetos caóticos, mas encontra no próximo, no face a face com seus pares, a possibilidade de narrá-los, por

mais incompreensíveis que seus pensamentos, afetos e falas possam a princípio parecer. Há nos dois modos de inteligibilidade uma diferença abissal, pois, no primeiro, se promove uma totalização reducionista das possibilidades de significação, na qual o único sentido possível é o indicado pelo regime de verdade. De outro modo, no segundo, apesar de não poder oferecer nenhuma garantia, não poder demover tais experiências como pela receita de poções mágicas, é favorecida uma política de acolhimento, hospitalidade, em que sejam possíveis a expressão e a escuta, e, nestas relações éticas é favorecida aos sujeitos a possibilidade de serem reconhecidos em sua diferença fundamental.

Dando continuidade à tentativa de indicar e problematizar as representações elaboradas pela Psiquiatria Biológica acerca da “esquizofrenia”, retomo as indicações de Falkai *et al* (2006a) sobre outras comorbidades - o risco de suicídio e o abuso de substâncias psicoativas associadas à condição do “esquizofrênico”. Falkai *et al* (2006a, p. 12) entendem que

Outros transtornos mentais comórbidos e condições médicas gerais são freqüentemente encontrados em pacientes com esquizofrenia. A elevada taxa de mortalidade observada em pacientes esquizofrênicos se deve principalmente ao elevado risco de suicídio, aos distúrbios cardiovasculares, às doenças respiratórias e infecciosas, aos acidentes e às injúrias traumáticas (Brown *et al.*, 2000). Uma das condições comórbidas mais freqüentes é o abuso de drogas, que ocorre em 15% a 71% dos pacientes com esquizofrenia (Soyka *et al.*, 1993; Kovasznay *et al.*, 1997; Bersani *et al.*, 2002). Fatores que influenciam o risco de abuso de substâncias estão associados ao meio ambiente social (pregresso e atual) e à personalidade pré-mórbida (Arndt *et al.*, 1992). Condições comórbidas podem piorar o curso e complicar o tratamento.

Destaco o fato de que as referências ao risco de suicídio e o emprego abusivo de substâncias psicoativas são atribuídos às características da personalidade pré-mórbida. Procedo a este destaque para indicar que, sob essa perspectiva, o risco de suicídio e o uso de substâncias psicoativas sugerem aquilo que conforma os traços essenciais do indivíduo, novamente em uma estratégia discursiva de indicar que a condição mórbida sempre esteve presente à extensão da história de vida do sujeito, mesmo que não manifestamente. Essa reflexão corrobora o que aponto desde o começo do texto, a premissa de que o sofrimento é entendido como algo inerente à condição do esquizofrênico. Ademais, entendo ser impreterível analisar a associação produzida entre violência e “esquizofrenia”, uso de substâncias psicoativas e “esquizofrenia”, o que configura um empreendimento para constituir uma convicção sobre o grau de periculosidade desses sujeitos e a necessidade de estabelecer maneiras de controlar essas modalidades de violência consigo e com o outro.

Falkai *et al* (2006a, p. 13) sugerem que

Deve-se prestar especial atenção à presença de ideação, intenção ou planejamento suicida, bem como à presença de alucinações de comando. Precauções devem ser tomadas quando houver qualquer dúvida a respeito da intenção do paciente de cometer suicídio, já que a ideação suicida é o melhor fator preditivo de tentativa subsequente em pacientes esquizofrênicos (Meltzer *et al.*, 2003). Avaliações similares são necessárias quando se considera a possibilidade de determinado paciente provocar dano a alguém ou se envolver em outras formas de violência.

Interessante se exprime o indicativo sobre a prevalência de suicídio entre pessoas diagnosticadas com “esquizofrenia”. Destaca-se o fato de que não existem maiores reflexões sobre o que mobiliza a experiência da ideação autocida na vida dessas pessoas. A apresentação superficial do fenômeno do suicídio me parece indicar que este é mobilizado por aspectos inerentes à condição do esquizofrênico, talvez ainda como comprovação do caráter mórbido desses sujeitos. Deve-se, ainda, problematizar a ênfase nas expressões de auto ou heteroviolência, pois essas colocações podem colaborar com representações estigmatizantes de que o sujeito da “esquizofrenia” é perigoso, para si e para os demais, o que justificaria o desejo de evitação social de uma parcela significativa da população para com pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas.

No trabalho elaborado por Alexandre Dumas e colaboradores, intitulado *Esquizofrenia y violencia grave: un análisis del perfil clínico que incorpora la impulsividad y los trastornos de consumo de sustancias*, o tema da periculosidade e a necessidade de uma intervenção em nome da ordem social são centrais. Dumas *et al* (2012, p. 65)²⁴ atestam que “[...] as pessoas com transtornos mentais significativos, especialmente psicose, têm um risco maior de mostrar comportamento violento, em comparação com a população em geral”, mesmo admitindo ainda não ser possível elucidar esses motivos. Na análise dos autores do referido estudo, busco estabelecer uma correlação entre “esquizofrenia”, impulsividade e os transtornos por uso de substâncias psicoativas, com episódios de violência grave. Interessante é analisar o modo como a ideia de desrazão sob o signo da impulsividade e a bandeira moral da proibição do uso de substâncias psicoativas, inclusive considerando a tese da relação do uso da *cannabis* com episódios psicóticos, se associa à noção de risco pela possibilidade de violências graves.

²⁴ “Las personas que presentan trastornos mentales importantes, en especial la psicosis, tienen un mayor riesgo de mostrar conductas violentas, en comparación con la población general” (DUMAIS *et al*, 2012, p. 65).

Destaco a ideia de que a aproximação do sujeito nomeado como esquizofrênico em relação à figura da periculosidade (para si e, ou, para os outros) torna imperativo o retorno a Foucault (2002, p. 85), quando destaca que “[...] a noção de periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que os indivíduos representam”. Neste sentido, as cenas de cura devem ser acionadas tomando como referência as virtualidades do comportamento do “esquizofrênico”, o que me lembra o desejo de evitação social que impera na relação da sociedade com o sujeito da loucura, justificando-se, com efeito, os processos de clausura.

Sobre a temática da periculosidade, Siltan *et al* (2011), em *Stigma in America: Has Anything Changed? - Impact of Perceptions of Mental Illness and Dangerousness on the Desire for Social Distance*, reconhecem que a crença de que indivíduos com doença mental são perigosos é um dos equívocos mais comuns entre a população em geral, estando por sua vez associada com o desejo de evitação social, ou seja, a tentativa de manter-se distante de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais. Indica-se que atitudes negativas para com indivíduos com doença mental configuram processos de estigmatização, em que esses sujeitos são percebidos negativamente nas suas diversas relações sociais.

Na tentativa de corroborar os estudos conclusivos de que a distância social está relacionada com a percepção social de que indivíduos com adoecimentos mentais são perigosos, Siltan *et al* (2011) se propõem examinar a relação entre o desejo de distância social de indivíduos com doença mental por meio de um experimento social, na tentativa de favorecer a compreensão dos fatores que contribuem para esse desejo. O experimento consistia em um processo em que amostras aleatórias de participantes foram designadas para uma das quatro condições experimentais, nas quais foi lida uma vinheta descrevendo um personagem que apresentava “alcooolismo”, “depressão”, “esquizofrenia” ou problemas menores. Dentre outras análises que o estudo sugere, destaco a comprovação de que a população em geral considera que indivíduos com “esquizofrenia” são mais perigosos do que os outros sujeitos em adoecimento mental, mesmo quando são expressas estatísticas indicadoras de que os índices de crimes perpetrados por essas pessoas não são diferentes dos percebidos no restante da população (SILTAN *et al*, 2011).

Em *Os Anormais*, Michel Foucault ressalta que a codificação da loucura como perigo está associada com a higienização pública, que constituiu a função social da Psiquiatria até meados do século XIX, quando esta ainda não funcionava como uma

especialização do saber ou da teoria médica. Percebe-se uma continuidade nas solicitações, se avaliando “[...] a possibilidade de determinado paciente provocar dano a alguém ou se envolver em outras formas de violência” (FALKAI *et al*, 2006a, p. 13), com a histórica função disciplinar da Psiquiatria. Sobre tal continuidade, lembrando Foucault (2001, p. 148), “[...] antes de ser uma especialidade da medicina, a psiquiatria se institucionalizou como domínio particular da proteção social, contra todos os perigos que o fato da doença, ou de tudo o que se possa assimilar direta ou indiretamente à doença, pode acarretar à sociedade”. Foucault (2001) ensina que a Psiquiatria teve de proceder a duas codificações simultâneas:

De fato, foi preciso, por um lado, codificar a loucura como doença; foi preciso tornar patológicos os distúrbios, os erros, as ilusões da loucura; foi preciso proceder a análises (sintomatologia, nosografia, prognósticos, observações, fichas clínicas, etc.) que aproximam o mais possível essa higiene pública, ou essa precaução social que ela era encarregada de garantir, do saber médico e que, por conseguinte, permitem fazer esse sistema de proteção funcionar em nome do saber médico. Mas, por outro lado, vocês estão vendo que foi indispensável uma segunda codificação, simultânea a primeira. Foi preciso ao mesmo tempo codificar a loucura como perigo, isto é, foi preciso fazer a loucura aparecer como portadora de certo número de perigos, como essencialmente portadora de perigos e, com isso, a psiquiatria, na medida em que era o saber da doença mental, podia efetivamente funcionar como a higiene pública. Em linhas gerais, a psiquiatria, por um lado, fez funcionar toda uma parte da higiene pública como medicina e, por outro, fez o saber, a prevenção e a eventual cura da doença mental funcionarem como precaução social, absolutamente necessária para se evitar um certo número de perigos fundamentais decorrentes da existência mesma da loucura. (p. 148-149).

Na sequência de sua explanação, questiona-se

[...] se a noção de esquizofrenia no século XX não desempenha o mesmo papel. A esquizofrenia, na medida em que alguns a entendem como doença que forma um só corpo com nossa sociedade inteira, esse discurso sobre a esquizofrenia é uma maneira de codificar um perigo social como doença. (*IBIDEM*, p. 150).

Dando continuidade aos discursos da Psiquiatria Biológica, que indicam uma representação sobre a “esquizofrenia”, aponto o fato de que Jerónimo Saiz Ruiz, Diego C. de la Vega Sánchez e Patricia Sánchez Páez, no trabalho intitulado *Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia*, argumentam que o conhecimento sobre a “esquizofrenia” avançou notoriamente no último século, por meio de investigações indicativas da biologia subjacente ao transtorno. Saiz Ruiz *et al* (2010) revisam as principais teorias elaboradas até hoje, buscando discriminar as que gozam de maior importância na concepção atual da doença. Perpassam as análises sobre a genética da

“esquizofrenia”, com os estudos que analisam a maior probabilidade em família com casos relatados, bem como pelo estudo de gêmeos, apontando a diferença entre gêmeos monozigóticos e dizigóticos. Ainda fazendo referência aos estudos biológicos com famílias, no intuito de diferenciar a influência do componente genético dos fatores ambientais na transmissão de uma determinada enfermidade, fazem referência a estudos longitudinais com pessoas adotadas, em que se indica uma manifestação significativa de filhos de mães esquizofrênicas adotados ao nascer. Seus entendimentos já haviam sido socializados mais sinteticamente por Ortuño *et al* (2005, p. 17), ao indicarem estes que “[...] a investigação confirma, tanto nos estudos de familiares, com gêmeos e por adoção, que a etiologia da “esquizofrenia” descansa sobre um forte componente genético, sobre os quais influem também os fatores ambientais”.

Ainda em relação aos estudos genéticos, Saiz Ruiz *et al* (2010) apontam os estudos de ligamento, em que se busca averiguar se um determinado gene, ou um conjunto específico de genes, se associa ou não a uma determinada enfermidade. Os estudos consistem no uso de marcadores genéticos localizados na região cromossômica de interesse para analisar como se transmite por várias gerações de uma mesma família com casos de “esquizofrenia”. Assume-se a ideia de que, se a enfermidade e o marcador genético são transmitidos juntos, podendo-se afirmar que nesta região existe um gene que intervém no aparecimento da enfermidade. Sobre o aproveitamento dos citados estudos, admite-se maior sucesso em enfermidades causadas por gene único, mas os escritos mencionados exprimem resultados mais limitados em enfermidades como a “esquizofrenia”, porquanto se acredita haver uma interferência de vários genes. Ditos ensaios são percebidos como cada vez mais relevantes, fato a permitir expressar, em conclusão, que,

[...] embora não exista um gene específico que esteja indiscutivelmente associado a esquizofrenia, há certos genes que desempenham um papel importante na manifestação da mesma [...] Especificamente, as regiões que estão mais fortemente associadas a esquizofrenia são 1p, 2q, 3p, 5q, 6p, 8p, 10q, 16p. (SAIZ RUIZ *et al*, 2010, p. 237)²⁵.

Discorrendo sobre outra modalidade de estudos genéticos, Saiz Ruiz *et al* (2010) exprimem que os estudos de associação consistem em um procedimento de comparar a

²⁵ “si bien no existe un gen concreto que se asocie de forma indiscutible a la Esquizofrenia, sí que hay determinados genes que juegan un papel importante en la aparición de la misma [...] En concreto, las regiones que con más fuerza se asocian a la Esquizofrenia son 1p, 2q, 3p, 5q, 6p, 8p, 10q, 16p” (RUIZ, SÁNCHEZ & PÁEZ, 2010, p. 237).

frequência de alelos de polimorfismos concretos em indivíduos diagnosticados com uma mesma enfermidade (mas sem o histórico de parentes igualmente afetados), com a frequência em indivíduos sãos de uma mesma população. Exemplifica-se a pertinência desses estudos com os resultados obtidos nas últimas décadas dos genes implicados no sistema dopaminérgico.

Introduzindo as reflexões sobre os fatores de risco ambientais, Saiz Ruiz *et al* (2010) sugerem que se é sabido que a hereditariedade da “esquizofrenia” é fundamental, sua etiologia continua mal explicada e, apesar da incontestável importância do componente genético, o efeito dos genes pode depender da interação com agentes ambientais, tanto biológicos como psicossociais. Neste senso, é formulada a tese da vulnerabilidade genética em associação com fatores de risco. Dentre estes, destacam-se as infecções, tanto durante a gravidez, como nos primeiros anos de vida, capazes de influenciar no desenvolvimento do sistema nervoso central; as complicações perinatais; a idade avançada dos pais; o uso de *cannabis*; a vida em áreas urbanas; e também a relação entre etnia, imigração e estresse psicossocial.

Analisando os estudos que refletem sobre os mecanismos neuroquímicos na “esquizofrenia”, Saiz Ruiz *et al* (2010) ressaltam que a hipótese dopaminérgica é a mais aceita; esta não tem sido efetiva em explicar o fenômeno da “esquizofrenia”, sugerindo-se a correlação com outros sistemas de neurotransmissão. Na hipótese dopaminérgica, explica-se que os sintomas da “[...] esquizofrenia devem-se a um excesso de dopamina ou a uma elevada sensibilidade a este neurotransmissor”. Admite-se que tal hipótese fora formulada por meio de dados indiretos, pela ideia de que os antipsicóticos efetivos aos sintomas eram antagonistas dos receptores dopaminérgicos e pelo efeito psicotizante de substâncias dopaminérgicas. Os estudos que consideram tal hipótese investem nas vias mesolímbicas, nigroestriatal e tuberoinfundibular, com destaque para a primeira, teoricamente responsável pelos sintomas positivos em decorrência da hiperatividade dopaminérgica nesta via; pelos sintomas negativos por meio de um déficit da função dopaminérgica responsável pela regulação das respostas emocionais, motivação, prazer e recompensa; e, ainda, sugerindo que “[...] a hiperatividade dos neurônios dopaminérgicos dessa via pode desempenhar um papel nos comportamentos agressivos e hostis da

esquizofrenia, principalmente se associada ao controle serotoninérgico errático”. (*IBIDEM*, 2010, p. 239)²⁶.

Ainda sobre as bases neurobiológicas da “esquizofrenia”, segundo Saiz Ruiz *et al* (2010), pela hipótese do neurodesenvolvimento, postula-se que pelo menos uma parte dos casos de “esquizofrenia” está relacionado com alterações durante o neurodesenvolvimento, por fatores genéticos, ambientais ou pela combinação de ambos. A hipótese sugere que

[...] uma predisposição genética associada a agentes ambientais precoces (infecções virais e processos imunológicos entre outros) produziria alterações no neurodesenvolvimento que levariam a um controle cortical deficiente da atividade dopaminérgica subcortical e do estresse, o que causaria a sensibilização desse sistema, que já estaria funcionando mal desde o início, para em algum momento produzir o que conhecemos como um episódio psicótico. (*IBIDEM*, 2010, p. 243).

A afirmação de que o sistema “já estaria funcionando mal desde o início” explicita o determinismo e o mecanicismo biológico, promovendo ainda uma atualização da operação, descrita por Michel Foucault no exame mental em que se buscavam na história de vida do sujeito elementos comprobatórios (por exemplo, a masturbação, episódios de raiva e agressividade, uso de substâncias condenadas moralmente) de que a loucura já se instalara, apenas esperando para se manifestar. Entendo que atualização desta operação biopolítica se reveste de estratégias discursivas ainda mais elaboradas e sutis, pois nega ao sujeito qualquer determinação de sua condição, o que se, de uma parte, concorre para desinvestimento na significação moral dos transtornos mentais, *in alia manu*, condena o sujeito desde seus primeiros anos de vida, sua gestação ou mesmo seu código genético. A operação cumpre também a função de escamotear os aspectos institucionais, culturais, sociais e políticos relativos aos modos de vida e experiências percebidas e nomeadas como doença.

Sobre as teses que avaliam os aspectos genéticos da “esquizofrenia”, Krystal *et al* (2001) sugerem que os riscos ambientais para o desenvolvimento de “esquizofrenia” são limitados a indivíduos com vulnerabilidade genética. Sobre a neuropatia, indicam reduções no volume da massa cinzenta, alterações no córtex frontal e temporal, tálamo e hipocampo. Explicam que anormalidades citoarquiteturais na “esquizofrenia” sugerem distúrbios associados com o número e estrutura dos neurônios corticais, talâmicos e

²⁶ “la hiperactividad de las neuronas dopaminérgicas de esta vía puede desempeñar un papel en las conductas agresivas y hostiles de la Esquizofrenia, sobre todo si se asocia a un control serotoninérgico errático” (RUIZ, SÁNCHEZ & PÁEZ, 2010, p. 239).

hipopatais, indicando ainda o volume reduzido de projeções neuronais e do número de espinhos dendríticos, o que estaria relacionado com disfunções na ativação cortical e défices cognitivos. Favorecendo a hipótese da neurodegeneração, expõe o interesse crescente em estudos sobre alterações neurobiológicas progressivas, o que justificaria o investimento no diagnóstico e tratamento precoces.

Em um estudo que reflete sobre as hipóteses do neurodesenvolvimento e neurodegeneração, Mané (2013, p. 35) reforça a noção corrente da “esquizofrenia” como enfermidade caracterizada “[...] por um curso crônico e muitas vezes incapacitante”. Também acentua os avanços em termos dos conhecimentos acerca dessa condição, admitindo que existem aspectos imprecisos, como, *exempli gratia*, os determinantes do curso e prognóstico. Consoante a síntese da pesquisadora, a

[...] hipótese do neurodesenvolvimento postula que a esquizofrenia provém de um distúrbio precoce do desenvolvimento cerebral, de causa genética e ambiental. Esse desenvolvimento anormal seria praticamente silencioso durante a infância e começaria a se tornar aparente durante a adolescência - início da vida adulta com maturação cerebral²⁷.

Já a hipótese neurodegenerativa “[...] indica a existência de um processo patológico ativo associado ao curso da doença e, mais especificamente, os períodos de exacerbação, devido à neurotoxicidade da psicose aguda, o que explicaria a deterioração progressiva observada em alguns desses pacientes”. (*IBIDEM*, p. 36)²⁸.

Saiz Ruiz *et al* (2010) defendem a necessidade de aprofundar o conhecimento da neurobiologia da “esquizofrenia” no aperfeiçoamento da capacidade para diagnosticar e identificar futuros objetivos de tratamento, melhorando, assim, o prognóstico dos pacientes. Fazem ainda destaque ao fato de que grande parte das investigações atuais concentra esforços nas fases iniciais da enfermidade, com o objetivo de encontrar biomarcadores que permitam identificar os sujeitos com alto risco de “esquizofrenia”, favorecendo, assim, a administração de intervenções precoces, com vistas a prevenir ou mitigar futuras complicações. Sobre a temática das intervenções precoces, antecipo que

²⁷“hipótesis del neurodesarrollo postula que la esquizofrenia provendría de un trastorno precoz del desarrollo cerebral, de causa genética y ambiental. Este anormal desarrollo sería prácticamente silente durante la infancia y comenzaría a hacerse patente durante la adolescencia-principio de la vida adulta con la maduración cerebral” (MANÉ, 2013, p. 35).

²⁸“señala la existencia de un proceso patológico activo asociado al curso de la enfermedad, y más concretamente a los periodos de exacerbación, por neurotoxicidad de la psicosis aguda, que explicaría el progresivo deterioro observado en algunos de estos pacientes” (MANÉ, 2013, p. 35).

esta será analisada na sequência como uma das cenas de cura favorecidas pelos discursos da Psiquiatria Biológica.

Explícito que as referências às quais recorri até aqui têm por intenção problematizar a figura do “esquizofrênico” na maneira como aparecem nos discursos psicopatológicos analisados, buscando, ainda, examinar de que modo as representações dessas experiências, sob o signo da *alteridade negada*, indicam implicações ético-políticas na produção do sofrimento. Fundamentando esse entendimento, recorro ao que Caponi (2016) indica ser o traço de negação do empreendimento biopolítico. Por negação, a autora decodifica “[...] os processos de exclusão de tudo aquilo que possa aparecer como uma ameaça, ou como uma fonte de degradação da vida” (p. 97), relacionado com o exercício de “[...] hierarquização biológica pela qual se instalam vínculos de exclusão, de negação e até de aversão, entre grupos humanos”.

O jeito como o discurso psicopatológico se anuncia sugere uma verdade unívoca acerca da significação e da gênese das experiências nomeadas como “esquizofrenia”, ou mesmo as demais descritas nos manuais diagnósticos contemporâneos - entendendo que uma das funções da perspectiva crítica é favorecer a problematização e o deslocamento dos discursos de verdade, discursos estes que, pela acomodação e familiaridade que gozam nos discursos cotidianos, passam a ser vividos de maneira naturalizados. Desse jeito, considero fundamental comentar com amparo no estudo de Bezerra Jr. (2014, p. 11).

[...] a história do campo mostra que a tensão entre perspectivas que poderíamos chamar *grosso modo* de científicos (ou biológicas) e humanistas (ou psicossociais), longe de representar um momento de imaturidade da disciplina é, na verdade, um traço constitutivo desse campo singular que é a psiquiatria. Ainda hoje essa tensão se manifesta no confronto entre perspectivas que sublinham a complexidade da experiência humana de sofrimento (que pode ser descrita e compreendida de múltiplas formas, porém jamais é explicada exhaustivamente) e abordagens comprometidas com a biologia e as ciências do comportamento (que visam a categorizar, explicar e prever empiricamente o comportamento humano) (BRENDDEL, 2009: 9). A psiquiatria, mais que qualquer outro setor da medicina, é atravessada pela tensão, ao mesmo tempo fértil e angustiante, entre duas vocações, a do conhecimento e a do cuidado.

É necessário retomar a reflexão de inspiração foucaultiana (FORTES, 2015), que relaciona as mutações científicas com as continuidades e rupturas que caracterizam o espaço do saber, indicando que as mutações não se traduzem necessariamente por descobertas que revolucionam determinado terreno, mas podem estar relacionadas com a emergência de novos formatos de “vontade de verdade”, evidenciado a relação saber,

poder e desejo. Assim, o espaço dos discursos científicos, marcado pela produção de saber e seus jogos de poder, é caracterizado por “batalhas pela verdade”, bem assim, o emprego de várias estratégias discursivas em uma tentativa de formar alianças e forçar algo a se tornar verdadeiro.

Ortega (2009), elaborando um esboço da história da neuroascese, realiza um esforço genealógico. Entende a neuroascese como o conjunto dos discursos e práticas referentes a modos de agir sobre o cérebro para maximizar sua performance, e diagnostica ser esse o resultado contemporâneo da popularização do saber neurocientífico, ultrapassando as fronteiras da ciência com a cultura popular. Neste percurso, o autor buscou indicar as continuidades e descontinuidades do processo científico-culturais que desde o século XIX elegem o cérebro e nele localizam os mais diversos significados morais, sociais, econômicos, políticos e teológicos. Analisando alguns capítulos desta história desde o século XIX até os dias atuais, problematiza as práticas discursivas que procuram no cérebro as justificativas científicas, ou pseudocientíficas, para classificar, hierarquizar e normalizar os indivíduos.

Ortega (2009) indica certas continuidades entre os discursos e práticas do século XIX e a emergência do sujeito cerebral contemporâneo, admitindo significativas descontinuidades nos contextos socioculturais. Como continuidade, indica a formação de *self* objetivo, “[...] uma categoria de pessoa desenvolvida mediante conhecimento *expert*. Trata-se de processo duplo: por um lado, a ciência produz fatos que definem objetivamente quem somos; por outro, os indivíduos formam seus próprios modelos de *self* a partir dos fatos científicos”. (ORTEGA, 2009, p. 634).

Entendo que fazer referência ao processo histórico de emergência desses regimes de verdade e suas representações sobre o humano e seus “desvios” - que configuram um modo de objetivação dos sujeitos da diferença - é um exercício fundamental para a crítica sobre as representações da “esquizofrenia”. Neste sentido, retomo e aprofundo algumas discussões já realizadas quando expostas as condições de possibilidade para a emergência do discurso hegemônico da Psiquiatria Biológica, atentando para os efeitos destes discursos para a formulação de projeto de “natureza humana” e de que modo a “esquizofrenia” é representada com suporte nessa natureza.

Bezerra Jr. (2014), referenciando-se à transição paradigmática, que se materializa na publicação do DSM III, indica que o manual diagnóstico favorece o

[...] abandono da concepção do sintoma como signo e sua definição enquanto sinal. O pressuposto empiricista do modelo deixava de lado operações de inferência ou interpretação dos sintomas do paciente para restringir a tarefa diagnóstica a uma detalhada e rigorosa observação da superfície visível de comportamentos e atitudes. O diagnóstico deixava de ser pensado como uma chave de entendimento de conflitos ou desarranjos intrapsíquicos ou relacionais por trás dos sintomas, para se transformarem em balizas na detecção de distúrbios visíveis. Propalada como uma estratégia sem compromissos epistemológicos particulares para permitir a comunicação entre profissionais de orientação teórica diversa, essa mudança, na verdade, trazia em seu subsolo a crescente importância adquirida pelas descrições biológicas, alavancadas pelo sucesso alcançado pelas intervenções psicofarmacológicas nas duas décadas anteriores (BEZERRA JR., 2014, p. 21).

Pérez Álvarez (2011) problematiza a tendência dominante da Psiquiatria Biológica que, nas últimas décadas, conduz as formulações do terreno psicopatológico, denunciando que o estudo do *pathos* humano padece de um acentuado viés neurocêntrico, que escamoteia a complexidade dos fenômenos psicopatológicos pela propagação de uma imagem que sugere desequilíbrios químicos e circuitos defeituosos. Denuncia que tal linguagem das neurociências faz a autoproclamação como o verdadeiro discurso científico, e por isso inequívoco. Exprime que a elaboração deste universal antropológico não deve ser tomada ingenuamente como indicação da natureza humana, mas sim que deve o universal ser analisado como estratégia discursiva. Em virtude da discursividade, anuncia que é necessário assumir “[...] uma certa abordagem crítica, para que não se seduza com a repentina atribuição ao cérebro de tudo o que fazemos, sem tampouco ficar a margem da importância de seu conhecimento” (p. 100)²⁹. Provoca a se pensar sobre o poder desta linguagem, questionando:

Em virtude de quê pontos coloridos na silhueta de um cérebro explicam as questões da vida, atitudes políticas, crenças religiosas, comportamentos econômicos, decisões éticas, relacionamentos interpessoais, respostas a uma vitrine, depressão, etc. De repente, tradição, costumes, cultura, modos de vida aprendidos e transmitidos são reduzidos a pontos coloridos no desenho de um cérebro? Não continuamos lidando diretamente com as pessoas, e não com seus cérebros?³⁰.

²⁹ “Es necesario disponer de un cierto planteamiento crítico, de manera que uno no se deje seducir por la repentina atribución al cerebro de todo lo que hacemos, sin tampoco estar al margen de la importancia de su conocimiento” (ÁLVAREZ, 2011, p. 100).

³⁰ “En virtud de qué unos puntos coloreados sobre la silueta de un cerebro explican los asuntos de la vida, actitudes políticas, creencias religiosas, comportamientos económicos, decisiones éticas, relaciones interpersonales, respuestas ante un escaparate, la depresión, etc. ¿De pronto, la tradición, las costumbres, la cultura, las formas de vida aprendidas y transmitidas, se reducen a puntos coloreados en el dibujo de un cerebro? ¿No seguimos tratando directamente con las personas, en vez de con sus cerebros?” (ÁLVAREZ, 2011, p. 100).

Francisco Ortega e Fernando Vidal, já no início do fluente século, se propuseram a traçar a história do que diagnosticaram como o “sujeito cerebral”, examinar seus efeitos e mapear suas principais incorporações sociais e culturais. A constelação de discursos, imagens e práticas que atravessam os discursos sociais e caracterizam as sociedades contemporâneas industrializadas, Ortega e Vidal (2007) chamam de “neurocultura”. Como produto desta neurocultura, denunciam o reducionismo da concepção de Homem ao cérebro, uma discursividade indicativa de que

[...] o cérebro é a única parte do corpo de que precisamos para ser nós mesmos [...] a despeito da convergência cada vez maior da genética e das neurociências, os problemas do *self* e da individualidade continuam primariamente relacionados à estrutura e ao funcionamento do cérebro. (P. 258).

Ortega e Vidal (2007) ponderam que, apesar do estatuto de verdade que configura tais dispositivos discursivos, a Medicina e as neurociências não escapam das representações e valores demarcadores de suas condições de possibilidade como discurso de verdade. Neste sentido, seus estudos enfatizam a história do sujeito cerebral e seus efeitos, como a emergência do cérebro como o órgão do *self* e as transformações nas noções filosóficas sobre a identidade pessoal; a elaboração do sujeito cerebral na cultura popular e pela massificação dos discursos técnicos e descobertas das neurociências; a análise da ascensão, desde os anos de 1990, de todo um conjunto de “neuro” disciplinas, dentre elas e de forma privilegiada, a neuroética. Os autores apontam que essas e outras análises críticas são elaboradas na intenção de favorecer maneiras de resistências aos modos de sujeição promovidos pela noção de sujeito cerebral.

Fortes (2015) problematiza o imperativo do sujeito cerebral nas sociedades ocidentais contemporâneas, opera uma agenda redescritiva do mundo e da vida, sugerindo a redefinição da ontologia humana pelo cérebro e pelos genes. A concepção biológica do homem, centrada nos processos cerebrais, promovidas pelos dispositivos discursivos das neurociências e hábeis no favorecimento das narrativas biológicas reclamam a inteligibilidade para a explicação de vários temas nos âmbitos acadêmico e político, propondo clivagens em nossas percepções, em novas vidas psicológicas e relações sociais. É na admissão da primazia desses discursos na contemporaneidade que Fortes (2015) analisa as neurociências como prática discursiva, com técnicas e efeitos singulares, determinados efeitos de verdade e figuras de autoridade que imputam determinados modos de sujeição com suporte neste saber-poder.

Em uma perspectiva sincrônica, na análise de Caponi (2016, p. 106),

No momento em que o domínio da ética e da política é reduzida ao campo do biológico, do corpo espécie, nossos sofrimentos individuais e cotidianos, nossos vínculos sociais, medos e desejos passarão a estar mediados por intervenções terapêuticas ou preventivas, sejam elas médicas ou psiquiátricas, interessadas em classificar todos os assuntos próprios da condição humana em termos de normalidade ou de patologia, limitando cada vez mais nossa margem de decisão ética e de ação política.

Ressalto, por oportuno, a denúncia da redução ao campo do biológico da dimensão ética e política, e de que a “medicalização” dos sofrimentos como um empreendimento disciplinar e biopolítico está relacionada com a premissa indicada no início deste trabalho, quando problematizei a naturalização do sofrimento na experiência de “esquizofrenia”. Por naturalização, quero indicar a atribuição da lógica causal “esquizofrenia” e sofrimento, pois “[...] é esquizofrênico, logo sofre”, e o favorecimento de uma inteligibilidade que agencia o entendimento de que o sofrimento na “esquizofrenia” decorre das alterações neuroquímicas e dos circuitos neuronais, por sua vez potencialmente relacionados com fatores genéticos. Aliena-se o sofrimento de sua dimensão ético-política, no favorecimento de uma lógica reducionista e do empreendimento de poder a ela relacionada.

Fortes (2015) estabelece um mapeamento das configurações do biopoder de hoje com procedência no neurodiscurso, pondo em xeque a figura de sujeito que tais discursos favorecem, problematizando tais discursos como uma teia de significados produzida e produtora de cultura. Promove uma análise crítica do processo de objetivação dos seres humanos que enseja nesta figura de sujeito, do *humano demasiado orgânico*, e perpassa o redimensionamento da própria noção de humanidade desde esta lógica discursiva. Em seu percurso, busca indicar o modo como humanos estão sendo assujeitados, favorecendo uma individualização fundamentada no cérebro e nos processos biológicos, bem como no exercício classificatório que promove a divisão dos humanos entre *bons* e *maus*.

É necessário admitir o sucesso empreendido pelo discurso “biologizante” na socialização de seus conceitos, teses e propostas de intervenção, refletindo ainda sobre como essas premissas agenciam a compreensão de si. É justamente pelo reconhecimento do sucesso empreendido pelos dispositivos discursivos da Psiquiatria Biológica que a delimitação do problema se dá em torno dessa matriz teórica, e entendo ser tão necessária a análise crítica de tais discursos. É absolutamente perceptível que a racionalidade diagnóstica contemporânea, e o conjunto de técnicas que derivam e sustentam a

racionalidade, constituem-se como prática discursiva, sendo explícito o modo como a linguagem sistematicamente dá contornos e significados ao objeto de que fala.

Ao promover a discussão sobre a produção do sofrimento nas experiências de “esquizofrenia”, referencio a problematização elaborada sobre a dimensão biopolítica das classificações psiquiátricas contemporâneas, em destaque para análise de que “[...] a vida à qual se refere a biopolítica não é um complemento da política mas seu oposto, aquilo que anula e nega a política”. (CAPONI, 2016, p. 106). De efeito, o intento da Psiquiatria Biológica de estabelecer contornos a experiência vivida do sofrimento como um mero conjunto de sinais e sintomas, escamoteando aquilo que pode ser inferido sobre o mundo da vida desse sujeito, cumprindo a função disciplinar de encerrar nos corpos dos sujeitos as causas de seus afetos e a função biopolítica de silenciar os sujeitos e remover a dimensão política do sofrimento, mitigando assim os riscos para a ordem social. O silenciamento destes sujeitos relaciona-se com o fato de que “[...] a vida da biopolítica não se refere a sujeitos capazes de traçar narrativas sobre sua própria história. Ela se refere a sujeitos anônimos e intercambiáveis, cujas histórias carecem de significação”, (CAPONI, 2016, p. 107). Impossível é não fazer referência aos processos de silenciamento históricos e que magistralmente foram analisados por Roy Potter no *História Social da Loucura*.

As representações sobre o esquizofrênico e a elaboração de enunciados que sugerem a gênese desta condição desde a alteração da mecânica biológica, dos processos neuroquímicos, evidenciam a agenda biopolítica por meio da qual os sofrimentos deixam de fazer parte da história para serem pensados em termos de déficit.

Refletindo sobre a gênese da condição “esquizofrênica”, Falkai *et al* (2006a, p. 12) indicam que esta

[...] é uma doença de etiologia complexa. Pesquisas têm procurado determinar o papel de variáveis biológicas específicas, tais como os fatores genéticos e bioquímicos e as alterações sutis na morfologia cerebral. De acordo com a hipótese do neurodesenvolvimento, a esquizofrenia aparece como resultado de um distúrbio do desenvolvimento cerebral durante os períodos pré e perinatal. Porém, a natureza precisa dessa alteração cerebral, bem como de sua patogênese, ainda não foi totalmente definida

Fortes (2015, p 138), criticamente, exprime que “[...] a explicação genética é, acima de tudo, uma explicação política que, assumindo uma roupagem biológica radicada na ‘natureza das coisas’, seria válida para todos os fenômenos”. Ademais, apesar de nas publicações da Psiquiatria Biológica analisadas admitir-se que a patogênese “ainda” não

foi totalmente definida, os estudos da matriz biológica são unânimes em atribuir à “esquizofrenia” uma gênese biológica. É importante frisar que na sugestão desse consenso efetiva-se uma estratégia discursiva que tem por intento a atribuição de um estatuto de verdade à tese “biologizante” pela socialização massificada e consensual dessas teses. Observa-se, ainda, que à veiculação das lógicas explicativas “biologizantes” são somados sempre o caráter de cientificidade e o suposto rigor metodológico na elaboração das pesquisas, como nas revisões sistemáticas, nas metanálises e nas investigações clínicas randomizadas.

Sobre o exposto, observa-se que Wood *et al* (2011, p. 118)³¹ advogam o argumento de que “[...] um dos pontos importantes do enfoque adotado pela neurociência para a investigação da psicopatologia é o desenvolvimento de um sistema de classificação baseado nos processos causais subjacentes para substituir as taxonomias atuais que são puramente descritivas”. Os autores promovem uma discussão sobre a necessidade de dotar um modelo de estádios clínicos para compreender os transtornos mentais graves. Por modelo de estádios clínicos, entende-se a definição do grau da doença, de modo que os fenômenos iniciais e leves se diferenciam das manifestações posteriores e que causam maior deterioração. Na proposição deste modelo de estádios clínicos para a “esquizofrenia”, recorrem ao modelo iniciado por Alison R. Yung e Patrick D. McGorry nos anos de 1990 para a monitorização do risco para psicose, em que foi identificada a fase de³² risco super-alto (estádio Ib) até o estágio IV, que demarcou a “esquizofrenia crônica”. É explicado que os limites de cada qual são arbitrários, porém acredita-se que correspondem a “[...] melhor estimativa das possíveis discontinuidades existentes nos diversos transtornos psicóticos”. (WOOD *et al*, 2011, p. 118). A indicação do estágio Ib para risco de psicose baseia-se em uma combinação de características e condições que inclui sintomas psicóticos positivos atenuados, sintomas psicóticos autolimitados breves e uma história familiar de distúrbios psicóticos em combinação com o comprometimento funcional notável.

Wood *et al* (2011), buscando demonstrar que os parâmetros patológicos são mais anormais nos estádios mais graves, expõem que os dados de neuroimagem analisam de

³¹ “Uno de los puntos importantes del enfoque adoptado por la neurociencia para la investigación de la psicopatología es el desarrollo de un sistema de clasificación basado en los procesos causales subyacentes para reemplazar a las taxonomías actuales que son puramente descriptivas” (WOOD *et al*, 2011, p. 118).

³² “mejor estimación de las posibles discontinuidades existentes en los diversos trastornos psicóticos” (WOOD *et al*, 2011, p. 118).

modo geral a natureza volumétrica e a substância cinzenta, e indicam a diminuição da substância cinzenta mais generalizada no estágio IV, predominantemente no córtex frontal. Ressaltam, ainda, que os ventrículos laterais são a região cerebral que com maior frequência mostra anomalias, região menos afetada no estágio II e não mostrando nenhuma afetação no estágio Ib. Sinalizam, também, que resultados similares estão sendo obtidos com relação ao hipocampo, o giro temporal superior e o córtex da ínsula, bem como nos estudos nos quais é examinada a estrutura da substância branca. Sobre esse último, apontam que,

[...] nos trabalhos em que examinamos a espessura do corpo caloso, uma região-chave da substância branca que conecta os hemisférios cerebrais, também observamos a tendência de anomalias serem maiores nos estágios mais avançados dos transtornos psicóticos. (WOOD *et al*, 2011, p. 119)³³.

Wood *et al* (2011) expõem, ancorados em estudos longitudinais, que existem alterações progressivas nos mesmos parâmetros patológicos de um estágio para o outro (em específico do Ib para o II), exemplificando com a observação de reduções significativas da substância cinzenta nas regiões orbitofrontal e temporal mediais do lado esquerdo, bem como no cíngulo anterior em ambos os lados. Indicam, também, alterações na substância branca, sendo observado que, “[...] na transição para o estágio II, houve reduções significativas no volume do fascículo fronto occipital esquerdo”. (*IBIDEM*, p. 120)

É necessário retomar as análises elaboradas por Ortega e Vidal (2007), indicativas de que as neuroimagens funcionais aparecem como ícones e como atores nos processos de constituição das subjetividades. Problematizam que as neuroimagens, apesar de aparecer como imediatamente legíveis e como uma virtualização fiel do real, “[...] essas imagens resultam de decisões técnicas a respeito de como os dados digitais serão representados” (p. 259).

Situando em foco a objetividade das representações formuladas pelas técnicas de imagem, Ortega (2008, p. 122-123) é categórico quando assinala que

A ideia de um olhar livre de interpretação é uma ficção, que oculta a adaptação a convenções visuais estabelecidas socialmente desde longa data (BORCK,

³³ “*En los trabajos en los que hemos examinado el grosor del cuerpo caloso, una región clave de la sustancia blanca que conecta los hemisferios cerebrales, hemos observado también la tendencia a que las anomalías sean mayores en los estadios más avanzados de los trastornos psicóticos*” (WOOD *et al*, 2011, p. 119).

2001). Neste contexto, o historiador da técnica suíço, David Gugerli (1999), cunhou o termo “evidências sociotécnicas” (*soziotechnische Evidenzen*) para descrever como, em numerosas situações e âmbitos socioculturais e científicos, são atribuídas, às mais diversas categorias de imagens, uma credulidade produzida tecnicamente e uma evidência sancionada culturalmente. A evidência sociotécnica surge na interação das técnicas de visualização com as imagens concretas produzidas, e com as regras sociais de atenção.

Sobre as neuroimagens funcionais, reconhecidamente o método mais popular dentre as novas técnicas de imagem, entendo que o uso das imagens adquiridas por meio da ressonância magnética funcional é uma importante estratégia na elaboração do saber ordenado responsável pelo impulsionamento dos poderes dos discursos da Psiquiatria Biológica e das neurociências. Pérez Álvarez (2011) discute o potencial de sedução das neuroimagens, também destacando a Imagem via Ressonância Magnética funcional (IRMf), atribuindo a elas um magnetismo, uma força de atração e capacidade de produzir uma percepção de realismo e objetividade. O autor ensina que a IRMf mede o fluxo sanguíneo no cérebro, detectado por meio do magnetismo da oxigenação do sangue. Nesta lógica, o fluxo sanguíneo é tomado como indicador de atividade neuronal, que por sua vez está associado à atividade psicológica.

Ortega (2008), também, admitindo o sucesso das novas tecnologias de visualização no âmbito da Medicina, destaca que é dado ao interior do corpo humano uma importância como em nenhum outro momento da história da humanidade. O pesquisador entende que há sempre um vínculo entre a imagem e o contexto sociocultural, no qual é produzida e atinge uma inteligibilidade, relação essa que os dispositivos discursivos que favorecem essas técnicas de imageamento escamoteiam. Em um exercício genealógico de variegadas tecnologias médicas de visualização do corpo humano, Ortega (2008) denuncia a operação por meio da qual o interior do corpo está sendo colonizado, e ensina que a cultura somática corrobora um projeto de cultura da visibilidade total. Retoma a reflexão foucaultiana que pressupõe a relação verdade, poder e sujeito, para indicar que os discursos e práticas de naturalização, favorecidos pelas tecnologias de imagem, constituem estratégia poderosa de submissão. Ademais, retorna a análises sobre o poder das práticas representativas da Biomedicina, no sentido de favorecer uma compreensão acerca do corpo como uma entidade material, denunciando, assim, a constituição discursiva deste corpo material, explicando que a materialidade do corpo é um produto do poder.

No percurso genealógico, Ortega (2008) indica a continuidade das tecnologias de imagem contemporânea e o contexto da emergência da Medicina moderna, expondo que

[...] elas estendem ao século XXI a “retórica da auto-evidência” (BORCK, 2001), presente desde a aparição da objetividade mecânica no século XIX. Essas imagens, como vimos, constituem evidências sociotécnicas, isto é, sua função é produzir uma aparência de naturalidade e imediação que não deixa margem de dúvida, mas que, na realidade, oculta ou desloca – muitas vezes na recepção entusiástica das novas tecnologias – os contextos e pressupostos socioculturais e econômicos, nos quais essa evidência e naturalidade descansam (p. 136).

Ainda indicando a continuidade do discurso referente à naturalização por meio das imagens do corpo e do cérebro, para Ortega (2008, p. 145),

Esses pressupostos estavam presentes nos projetos frenológicos e localizacionistas do século XIX, nos quais galos e protuberâncias no crânio eram associados a diferentes faculdades mentais, e funções patológicas eram vinculadas às diferentes regiões cerebrais. Muitos neurocientistas que trabalham com neuroimageamento não denigrem a frenologia; para eles, o movimento frenológico formulou as questões corretas com a tecnologia errada.

Ortega (2008) exprime que a virtualização dos corpos por meio da tecnobiomedicina contemporânea produz paradoxalmente um modelo de corpo e sujeitos descarnados que rejeitam a materialidade do mundo da vida e as experiências subjetivas. Esse corpo, visualizado e utilizado como estratégia na consolidação dos regimes de verdade, permite a interpretação das imagens como registros fieis das alterações dos processos neuropsicológicos que culminam na “esquizofrenia”, e favorece os enunciados que defendem a intervenção farmacológica como necessária.

O uso dos exames de imagens permite, pela virtualização dos processos cerebrais, uma exteriorização e transparência destes processos, bem assim a consolidação do estatuto de verdade dos neurodiscursos. Com efeito, o estatuto de verdade compõe um vetor fundamental no terreno de batalhas das argumentações científicas acerca do que se convencionou chamar de *transtornos mentais*. A perspectiva é corroborada por Ortega (2008), ao expressar que o sujeito cerebral conforma uma continuidade da tradição anatomopatológica desde sempre almejada pelo campo psiquiátrico, e que se contrapõe à concepção fenomenológica de corpo como ser-no-mundo, sensível e intencionado, e logicamente político. Observa-se, de efeito, como estratégia discursiva o uso das imagens como tentativa de suplantar outras lógicas heurísticas, favorecendo os poderes de uma verdade absoluta pelo escamoteamento da multiplicidade de dispositivos de interpretação da realidade.

Produzindo reflexões que entendo dialogar com a problematização acerca da produção do sofrimento nas experiências de “esquizofrenia”, Ortega (2008) entende que a constituição desta antropologia que concebe o sujeito cerebral, considerando o saber-poder das disciplinas biomédicas e seus efeitos na sociedade contemporânea, formula um entendimento que escamoteia o fenômeno da “[...] dor como um fato existencial, que possui uma dimensão social, cultural e histórica (MORRIS, 1993), mas como um dado fisiológico, ou antes, patológico, passível de ser medicalizado”. (ORTEGA, 2008, p. 64). Complementa ele, indicando que “[...] a imagem do corpo fornecido pelas novas tecnologias é a de um corpo fragmentado, objetivado, e desmaterializado: recortado do ambiente. É o corpo-objeto da tradição anatomofisiológica, sem opacidade nem subjetividade” (p. 148). Nesta perspectiva é a noção do sujeito cerebral, duplamente descarnado, a do cérebro sem corpo e do corpo sem ambiente, que baliza as explicações da Psiquiatria Biológica sobre a “esquizofrenia” em termos da química cerebral.

Ao se confrontar essa epistême da Psiquiatria Biológica, centrada no sujeito cerebral, com outras referências do ambiente psicopatológico, evidencia-se que, em nome de uma suposta objetividade, se produz um crasso reducionismo. Recobro a ideia de que no, capítulo anterior, faço referências às reflexões freudianas no *Mal-estar da Civilização* para sugerir a complexidade do fenômeno do sofrimento nas experiências “esquizofrênicas”, complexidade esta também extensível a outras experiências nomeadas como transtornos mentais. Na oportunidade, indico a tese freudiana sobre as três modalidades, com amparo nas quais o sofrer nos ameaça: pelas ameaças do próprio corpo, pelas ameaças do mundo externo, da natureza, e pelas ameaças vividas no âmbito das relações. A atribuição da “esquizofrenia” como uma mera alteração neuroquímica é análogo ao que Freud (2010) indica sobre as ameaças do corpo, mas aliena em absoluto outras duas possibilidades de gênese do mal-estar, as intempéries da natureza e a relação com o outro, aqui incluída a dimensão cultural e política do humano.

No sentido crítico exposto, novamente, é possível estabelecer uma relação entre os regimes de verdade e os efeitos nos processos de subjetivação. Considere-se o uso estratégico das novas tecnologias médicas de visualização, por meio das quais o sujeito “esquizofrênico” é representado tendo comprovada a gênese biológica de sua condição, sugerindo-se que, por meio dessas tecnologias de visualização, é possível indicar as supostas alterações, desvios, défices do funcionamento neuronal do sujeito diagnosticado como “esquizofrênico” em contraste com os sujeitos tidos como normais. A imagem, forma aparente e inquestionável, torna visível o interior do corpo e legitima a

inteligibilidade dos discursos da Psiquiatria Biológica. Essa estratégia de visualização do interior deve ser considerada também com relação aos efeitos destes discursos na constituição das subjetividades, que reforça o modelo internalista e intimista da constituição de um si-mesmo pela adoção de signos somáticos, favorecendo o entendimento do humano como sujeito cerebral (ORTEGA, 2008).

Ainda favorecendo o exercício crítico de problematizar o ideal de objetividade, precisão e não mediação, sugerido pelas tecnologias de imagem do corpo e perseguido pela Medicina tecnológica – neste estudo, especificamente, a Psiquiatria Biológica – Ortega (2008, p. 65) assim leciona:

Desde o século XIX, com a invenção de novas técnicas de visualização médica do corpo, o “tato” perde o estatuto epistemológico, clínico e diagnóstico que possuía, sendo substituído pela visão, que se apresenta como mais objetiva. A ênfase na visão constitui uma ameaça para o uso diagnóstico dos outros sentidos, especialmente o tato e a audição, que exigem que o médico forme uma imagem mental da lesão, sendo mais propensos ao subjetivismo frente às técnicas visuais, que apresentam uma imagem de forma imediata, direta e objetiva, relegando o tato e a audição a um plano intelectual inferior.

Entendo ser pertinente indicar, com supedâneo no referencial levinasiano, que o uso da Visão e da Razão é desde sempre a estratégia de totalização do pensamento moderno, marcado pela alergia a diferença e a primazia do Mesmo, vaidoso de seus poderes no uso da racionalidade e seus métodos iluministas. Favorecendo a aproximação com o referencial de Emanuel Lévinas, é possível lobrigar que as tecnologias dos exames por imagem se traduzem no fiel exercício da visão, que promete a posse do Outro, pela possibilidade de provar em imagens aquilo que o Mesmo defende em suas premissas. Impõem-se ao Outro mais um desafio em escapar aos intentos de totalização, em promover uma recusa às tentativas de violência para com sua diferença.

Em *Ética e Infinito*, Lévinas (1988b, p. 69) se questiona “[...] se podemos falar de um olhar voltado para o rosto, porque o olhar é conhecimento, percepção. Penso antes que o acesso ao rosto é, num primeiro momento, ético”. A ética da alteridade radical nos ensina que o exercício da visão, como um colecionar de traços e informação, configura uma aproximação a outrem como para um objeto. É imperativo recobrar a noção de que o acesso ao outro se dá pela escuta, pela disposição afetiva em face de outrem e não pelo uso da visão e de seus poderes.

Os ensinamentos levinasianos, na crítica assentada na associação dos termos Totalidade e Infinito, favorece o colocar em questão as tentativas de redução das

experiências, daquilo que é significativo. Para Lévinas (1988b, p. 61), na história da Filosofia, que entendo ser extensível aos demais discursos de verdade, “[...] houve poucos protestos contra esta totalização”. Neste sentido, ao indicar por meio desse exercício crítico que o campo psicopatológico, por sua tradição, constitui-se como um esforço de totalização, penso que é um imperativo ético assumir essa função de protesto, provocada pelo Filósofo da alteridade radical.

Favorecendo esse protesto contra as tentativas de totalização, aqui em específico os usos da visão a serviço das certezas do conhecimento, relembro a provocação formulada sobre a necessidade de que face ao outro da experiência “esquizofrênica” o Eu, vaidoso de seus poderes, seja deslocado das familiaridades assépticas que as teorias e seus instrumentos tentam garantir. É fundamental a asserção ética ao ensinar que “[...] compreender nossa situação no real não é defini-la, mas encontrar-se numa disposição afetiva”. (LÉVINAS, 2010, p. 23). Como indicado anteriormente, com base na filosofia da alteridade radical, questiono o exercício da visão, que indica uma condição alérgica à alteridade, para favorecer o movimento de abertura ao Outro.

4.3 As cenas de cura como expressão e uso dos poderes

Na análise das cenas de cura, procuro inspiração nas proposições foucaultianas de se “[...] estudar os procedimentos e as técnicas utilizados nos diferentes contextos institucionais, para atuar sobre o comportamento dos indivíduos tomados isoladamente ou em grupo, para formar, dirigir, modificar sua maneira de se conduzir, para impor finalidades à sua inação”. (2006b, p. 238). A estes diversos procedimentos e técnicas, em referência às relações de poder, implica-se a maneira como os homens são “governados”, sem nunca perder a dimensão relativa aos processos de subjetivação e objetivação inerentes a tais formatos de governos dos homens.

Na análise e explicitação da relação entre objetivação, subjetivação e cenas de cura, penso ser fundamental recobrar a advertência elaborada por Foucault (2006b, p. 239), quando explica que a análise desses processos “[...] não significa dizer que o abuso de tal ou tal poder produziu loucos, doentes ou criminosos ali onde nada havia, mas que as formas diversas e particulares de “governo” dos indivíduos foram determinantes nos diferentes modos de objetivação do sujeito”. Desse modo, fazendo uma articulação dos objetivos desta pesquisa de analisar a produção do sofrimento na “esquizofrenia”, em articulação com a *alteridade negada*, entendo ser necessário investigar as cenas, analisando os efeitos destas modalidades de governo.

Iniciando o exercício crítico, sinalizo que nas diretrizes para o tratamento biológico da “esquizofrenia” elaboradas pela Força Tarefa da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica, Falkai *et al* (2006a, 2006b) elaboram uma revisão sistemática de todas as evidências disponíveis para o tratamento da “esquizofrenia”, socializadas por meio de metanálises, revisões e estudos clínicos randomizados sobre a eficácia do tratamento farmacológico e de outras intervenções terapêuticas biológicas, sendo as informações ainda avaliadas quanto à solidez das evidências a favor da eficácia de determinada intervenção. É destacado o fato de que a primeira parte das diretrizes abrange o tratamento na fase aguda, enquanto a segunda reúne o tratamento de longo prazo, observando-se também os efeitos colaterais relacionados ao tratamento biológico de adultos “esquizofrênicos”.

Falkai *et al* (2006a), fazendo referência ao tratamento na fase aguda, indicam que ante o primeiro episódio psicótico deve ser realizada como avaliação diagnóstica cuidadosa, discriminando a necessidade de exames laboratoriais e o uso de técnicas de imagem. O esforço consiste no sentido de descartar a possibilidade de uma doença cerebral orgânica. É destacado, também, que, no decurso do tratamento, são necessárias permanentes reavaliações “[...] da saúde física e mental para estabelecer as condições comórbidas relevantes (médicas e psiquiátricas), as circunstâncias psicossociais e os aspectos da qualidade de vida” (p. 8). Nas orientações gerais, é recomendado o envolvimento da família e de outras pessoas importantes no suporte ao paciente, frisando-se que a participação deve ser autorizada pelo paciente.

Ainda se referindo ao tratamento da fase aguda, Falkai *et al* (2006a, p. 8) assumem o pensamento de que as principais metas são:

[...] desenvolver um acordo com o paciente e sua família, prevenir danos, controlar o comportamento anormal, reduzir a gravidade da psicose e dos sintomas associados (agitação, agressão, sintomas negativos, sintomas afetivos), determinar e dar atenção aos fatores que levaram à ocorrência do episódio agudo e proporcionar um retorno rápido ao melhor nível de funcionamento pré-mórbido.

É destacada também por Falkai *et al* (2006a, p. 8) a necessidade de adotar estratégias de prevenção quando há “presença de ideação, intenção ou planejamento suicida e à presença de alucinações imperativas”. Antecipando as reflexões referentes às cenas de cura defendidas pela Psiquiatria Biológica, ressalto que, durante a “[...] fase aguda do tratamento, são enfatizadas principalmente as intervenções farmacológicas” (p.

8), sendo explícito o privilégio dado à intervenção farmacológica, em especial aos antipsicóticos, mesmo que em distintos momentos se faça menção a dimensões mais amplas do sujeito. como outras necessidades clínicas, emocionais e sociais do indivíduo. A timidez em refletir sobre tais aspectos indica apenas que estes são utilizados como enxerto discursivo, ou permite inferir que, de um modo mais pretensioso, acredita-se no potencial dos fármacos para dar conta também destes aspectos mais complexos do mundo da vida.

Como frisado anteriormente, *hic et ubique est*, em todo o texto, Falkai *et al* (2006a, 2006b) promovem um elogio à eficácia dos antipsicóticos, mesmo se admitindo os possíveis efeitos colaterais. Se é recomendado que, “num primeiro episódio psicótico, o tratamento farmacológico deve ser introduzido com cautela pelo maior risco de desenvolvimento de sintomas extrapiramidais”, (p. 8), a advertência é contornada com o favorecimento dos antipsicóticos de segunda geração. Neste sentido, o texto é categórico ao indicar que o “[...] tratamento farmacológico deve ser iniciado prontamente, pois as exacerbações psicóticas agudas estão associadas ao grande sofrimento emocional e à possibilidade substancial de comportamentos de risco” (p. 9).

Na composição das estratégias de intervenção eminentemente biológicas investe-se na combinação de antipsicóticos e benzodiazepínicos, “[...] em situações de emergência, como nos casos de pacientes gravemente agitados” (p. 9), tendo como última opção de tratamento a utilização de eletroconvulsoterapia (ECT). Explica-se que para “[...] os pacientes que se apresentam com *manifestações catatônicas*, a opção pela ECT pode ser feita mais precocemente, na ausência de resposta aos benzodiazepínicos (p. 9). Interessante sobra o destaque para os pacientes em situação de emergência como aqueles gravemente agitados. Mesmo em uma articulação discursiva que sugere objetividade e critérios absolutamente mensuráveis – problematizo - é dá ordem da impossibilidade escapar da dimensão subjetiva quando se promove uma avaliação de outrem, afinal, há sempre um profissional que precisará diferenciar o paciente agitado e o gravemente agitado. Importante, ainda, é analisar, sendo também necessárias inferências, a relação desta agitação com alguma contingência psicossocial. A não consideração por esse contexto mobilizador e estressor denunciaria uma prática de assistência em saúde negligente e reducionista, com efeitos que doam aos fármacos o símbolo da onipotência.

Ainda sobre os sintomas analisados da fase aguda, Falkai *et al* (2006a, p. 9) exprimem que ante a manifestação de sintomas negativos, devem ser analisadas as condições de promover essa condição, sugerindo a observação dos “[...] próprios

antipsicóticos utilizados para tratar os sintomas positivos primários ou os antidepressivos e ansiolíticos utilizados no tratamento dos estados depressivos e ansiosos comórbidos”, destacando a possibilidade de redução da dose dos fármacos ou a substituição dos antipsicóticos de primeira geração pelos atípicos, e a consideração pelo emprego de agentes antiparkinsonianos.

O reconhecimento de que o uso dos antipsicóticos é capaz de produzir efeitos colaterais significativos, com o favorecimento da manifestação de sintomas negativos e outros problemas de saúde a médio e longo prazos, não é capaz de abalar a primazia da cena de cura farmacológica, em especial dos antipsicóticos. O que se opõem contra os efeitos colaterais do uso é uma narrativa contundente sobre a eficácia desta modalidade de intervenção e os efeitos revolucionários da implementação do uso como a política em saúde mental. Neste sentido, Falkai *et al* (2006, p. 67) são contundentes ao destacarem que a “[...] eficácia e a efetividade do tratamento antipsicótico da esquizofrenia, não apenas na fase aguda, mas também nas fases de manutenção e estabilização, foram comprovadas por meio de pesquisas padronizadas e estudos clínicos bem estabelecidos sobre o tema”. Ao analisar as cenas de cura, é necessário questionar também o que se entende por eficácia e efetividade com apoio nestes dispositivos discursivos.

A centralidade da cena de cura farmacológica é repetidamente indicada, seja ao sugerir que “[...] há evidências de que tanto as medicações antipsicóticas de primeira como as de segunda geração podem reduzir o *risco de suicídio*”(FALKAI *et al*, 2006a, p. 9), ou ao ressaltar-se que “[...] o objetivo específico das diretrizes é avaliar o papel dos agentes farmacológicos no tratamento e no cuidado da esquizofrenia, enquanto a função das intervenções psicológicas específicas e os sistemas de serviço de distribuição específicos são abordados brevemente” (p. 67). Na segunda argumentação, fica implícita uma dupla operação: na primeira, mais óbvia, reforça-se a compreensão de homem biológico, com suporte na qual o sujeito será objetivado, privilegiando-se o tratamento medicamentoso sem evidenciar os interesses velados da indústria farmacológica; na segunda, que indica o campo de batalha das matrizes teóricas e técnicas que investem na objetivação e intervenção do que se convencionou chamar de psicopatológico, são enfraquecidas as outras lógicas de inteligibilidade e reserva às respectivas estratégias terapêuticas um papel secundário, marginal. As operações compõem um conjunto de estratégias discursivas habilmente articuladas na constituição da verdade sobre o outro denominado “esquizofrênico”. As formações discursivas compõem a área simbólica com o qual a sociedade e seus diferentes autores significam as experiências destes sujeitos da

diferença. A efetividade desses dispositivos discursivos na elaboração das verdades acerca da “esquizofrenia” impõe limites contumazes às linhas de fuga aos modos de sujeição implícitos na noção de homem biológico e suas técnicas terapêuticas.

Falkai *et al* (2006b) indicam que a adoção de estratégias específicas de tratamento são exigidas no decurso das distintas “fases da doença”, em que os autores diferenciam as fases aguda, de estabilização e estável. Falkai *et al* (2006a) anunciam que, de modo geral, ao início dos sintomas que indicam o começo propriamente da “esquizofrenia”, antecede um período prodômico “[...] caracterizado por sinais iniciais de deficiência nas funções pessoais e sociais”. Yung e Nelson (2011, p. 152) ressaltam que a “[...] intervenção precoce na esquizofrenia e em outros transtornos psicóticos tem sido uma questão central em psiquiatria nas últimas décadas”, e que, apesar de tal interesse ter sido inicialmente com relação ao primeiro episódio psicótico, “[...] rapidamente expandiu-se para incluir a fase prévia ao início do transtorno”. Defende-se a identificação de casos durante a fase prodrômica por acreditar-se que favoreceria a identificação de variáveis preditoras e marcadores de vulnerabilidade.

Yung e Nelson (2011) indicam o problema dos “falsos-positivos”, entendidos como a formulação do diagnóstico para indivíduos que não desenvolveram e não desenvolverão jamais um transtorno psicótico, sinalizando que, apesar dessa significativa questão, existem iniciativas que pregam a necessidade de políticas de intervenção. Dentre as iniciativas, mencionam três programas, todos perfazendo 12 meses de tratamento. No primeiro, com a prescrição de doses baixas de antipsicóticos (risperidona) em associação com psicoterapia de orientação cognitivo-comportamental; no segundo, com prescrição de outro psicótico (olanzapina); e no terceiro, com intervenção psicológica de orientação cognitivo-comportamental. Outra iniciativa sugeriu oito semanas com prescrição de aripiprazol, e outras duas propuseram 12 semanas de intervenção, uma com a prescrição de amilsulprida e outro com a administração de ácidos graxos ômega-3 (óleo de peixe). Indicaram-se também iniciativas com prescrição em período não especificado de antidepressivos.

Yung e Nelson (2011, p. 156) mencionam a controvérsia sobre a iniciativa de incluir o que se diagnostica como ultra alto risco de psicose (UAR) na quinta edição no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, advertindo que o uso da classificação diagnóstica seria transitório, “[...] a ser utilizado por um período de tempo limitado, sendo suplantado por outros diagnósticos do DSM mais adiante ao preencher seus critérios”.

Yung e Nelson (2011, p. 157) não estão alheios às controvérsias da inclusão do diagnóstico, pois reconhecem que,

Embora a identificação de falsos positivos não seja inerentemente problemática e possa ser aceitável em outras áreas da medicina (p. ex., doença cardíaca), os oponentes à inclusão da síndrome de psicose atenuada alegam que seu índice de custo-benefício não é favorável devido a várias consequências indesejáveis: o alto risco de estigma (no próprio paciente e nas outras pessoas) e discriminação, incluindo por parte de companhias de seguro de saúde; a possibilidade de exacerbar a tendência já evidente de tratamento com medicações antipsicóticas para pacientes com sintomas psicóticos atenuados na ausência de boas evidências para tal; e os baixos benefícios que resultam da identificação de casos, dada a falta de uma base clara de evidências para intervenções eficazes.

Ao término de suas reflexões, Yung e Nelson (2011, p. 157) exprimem que, “[...] dadas as evidências de que muitas terapias benignas como TCC, óleo de peixe e até terapia de apoio se mostram eficazes tanto quanto os antipsicóticos para reduzirem o risco de transição para transtorno psicótico, os antipsicóticos não são recomendados para essa população”, mas que há necessidade de maior refinamento dos fatores de risco para diminuir a ocorrência de falso-positivos, na identificação de pessoas como de ultra alto risco para psicose. Parece escapar a esses autores o fato de que, independentemente das terapêuticas adotadas após a nomeação para risco de psicose, já existe uma inscrição deste sujeito no universo simbólico do diagnóstico psicopatológico; passa a incidir sobre tal sujeito todo um vocabulário, prognósticos, formas de governo, quer sejam prescritos fármacos ou psicoterapia.

Ante as iniciativas que sustentam a defesa pela promoção de intervenções em experiências percebidas como de ultra alto risco para psicose, é imperativo questionar, mesmo que retoricamente: o que sustenta as cenas de cura? Que ideias ancoram a argumentação pela implementação dessas sugestões de intervenção? A quem interessa a efetivação tais políticas de intervenção precoce? A necessidade de tais questionamentos se faz quando é reconhecido que os critérios diagnósticos são imprecisos, que a nomeação dos sujeitos e os efeitos de tais nomeações são significativos, considerando o risco de estigmatização, e que não existem indícios de que a intervenção precoce possa debelar definitivamente os diagnósticos formulados corretamente. O desejo pela objetivação e posse sobre o curso da vida dos sujeitos, a fantasia de controle sobre a dimensão trágica da vida, somados aos interesses da indústria farmacêutica e à disputa por outras fatias do mercado das terapêuticas, aparentemente, tornam míope uma parcela significativa do

terreno psicopatológico, incapaz de perceber os avanços dos esforços de objetivação e intervenção que culminam nas práticas de “patologização” e “medicalização” da vida.

Ainda diferenciando as fases da experiência “esquizofrênica”, Falkai *et al* (2006b, p. 66) indicam que a fase de estabilização constitui uma transição que ocorre em um período limitado da fase aguda à estável, sendo a última caracterizada por “[...] um período prolongado de tratamento e reabilitação em que os sintomas estão sob controle adequado, e o foco é a melhora das funções, é a recuperação”. É explicitado que os principais objetivos do tratamento durante a fase de estabilização e na estável, respectivamente, são “[...] facilitar a redução contínua dos sintomas, consolidar a remissão, e promover o processo de recuperação”, para que na fase seguinte se procure “[...] garantir que a remissão ou o controle dos sintomas seja mantido e que o paciente mantenha ou melhore o seu nível de funcionamento e sua qualidade de vida, prevenir as recaídas e assegurar o monitoramento para que não ocorram efeitos adversos provenientes do tratamento”. (*IBIDEM*, p. 66).

No texto, Falkai *et al* (2006b), reiteradas vezes, ao indicarem intervenções que venham compor um projeto terapêutico, destacam que a seleção dos tratamentos adequados é guiada pelas circunstâncias e necessidades individuais de cada paciente e por seu contexto social, sempre tendo como intuito “[...] a prevenção de recaídas, a supressão dos sintomas e a melhora do bem-estar do indivíduo e de sua qualidade de vida”. (*IBIDEM*, p. 66). Adverte-se para o fato de que o tratamento de longo prazo é indicado para todos os pacientes e que a continuação do regime de medicação específico que se mostrou eficaz deve se dar pelo período mínimo de seis meses durante a fase de estabilização, sendo alertado para a noção de que a interrupção no tratamento medicamentoso pode levar à recorrência dos sintomas e recaídas. Ademais, é sugerida, “fortemente”, a prescrição do uso ininterrupto de antipsicóticos “[...] num período de 1 a 2 anos em pacientes com primeiro episódio, de 2 a 5 anos para pacientes com uma recaída e de mais de 5 anos (talvez pela vida toda) em pacientes com múltiplos episódios”. (*IBIDEM*). Na sequência do texto, Falkai *et al* (2006b, p. 60) expressam que

As questões clínicas consistem na prevenção da recaída e na melhora dos sintomas, incluindo a redução dos efeitos desmoralizantes provenientes dos sintomas psicóticos persistentes, o tratamento da depressão e a prevenção do suicídio, a redução do abuso de substâncias e do tabagismo, a melhora dos relacionamentos familiares e a reabilitação vocacional.

Observa-se neste trecho que, via privilégio no tratamento biológico, se busca um cuidado com o sujeito, considerando aspectos biopsicossociais. Isto, sugere por um lado, a confiança no modelo antropológico de homem biológico no qual se assume que intervenções biológicas dão conta de fenômenos biopsicossociais complexos. De outra parte, revela o intento de ampliação dos domínios desses dispositivos discursivos e técnicas de poder.

Em uma óbvia alusão ao que problematiza Thomas Szasz, sobre a análise de um prejuízo justificável para um tratamento “eficaz”, Falkai *et al* (2006b, p. 67) atentam para o fato de que as medicações antipsicóticas “[...] estão associadas a riscos diferenciados de vários efeitos colaterais, incluindo os neurológicos, metabólicos, sexuais, endócrinos, sedativos e cardiovasculares”, sendo importante a consideração dos efeitos colaterais na escolha da medicação para o tratamento a longo prazo, sendo isto mais significativo do que no tratamento da fase aguda, ficando implícito que, nesta, o fundamental é a remissão dos sintomas e que os efeitos colaterais se mostram mais lesivos a longo prazo. É destacado o fato de que os antipsicóticos de segunda geração (ASG) são mais vantajosos, “[...] em termos de *efetividade global*, pois são igualmente eficientes no controle dos sintomas positivos e também apresentam algumas vantagens na redução dos sintomas negativos, depressivos e cognitivos” (p. 71-72) - quando comparados aos antipsicóticos de primeira geração (APG). De modo específico, exaltam-se vantagens com relação aos sintomas extrapiramidais (especialmente na discinesia tardia), “[...] na melhora dos défices cognitivos, dos sintomas negativos e depressivos, do bem-estar e da qualidade de vida do indivíduo”. (FALKAI *et al*, 2006b, p. 67).

Falkai *et al* (2006b, p. 72) reiteram a representação da “esquizofrenia” como “uma doença crônica e recorrente”, e, como indicado anteriormente, entende-se que a prevenção de recaídas é um dos objetivos principais do tratamento antipsicótico em longo prazo. É ressaltado que

As definições de recaída variam entre os estudos: a recaída já foi definida pela necessidade de hospitalização em função de exacerbação da psicopatologia (Tran *et al.*, 1998); como aumento dos sintomas positivos (três ou mais itens da Brief Psychiatry Rating Scale, BPRS) que não respondem à intensificação da dose do medicamento (Speller *et al.*, 1997); ou ainda por critérios múltiplos, como hospitalização, nível de cuidado aumentado e 20% de aumento na Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), automutilação, suicídio ou ideação homicida, comportamento violento e pontuação superior a 6 na Clinical Global Impression (CGI) (Csernansky *et al.*, 2002). A grande maioria dos pacientes que não se submetem a qualquer forma de tratamento antipsicótico vivencia uma recaída no período de 3 a 5 anos. Como consequência desse fato, o tratamento neuroléptico contínuo é recomendado durante vários anos. (*IBIDEM*, p. 72).

A ênfase na prevenção farmacológica é retomada continuamente e generalizada para todos os pacientes, salvo “[...] aos indivíduos com episódios psicóticos muito breves, sem conseqüências psicossociais negativas, assim como certos pacientes para os quais todos os antipsicóticos disponíveis representam um risco considerável de saúde.” (FALKAI *et al*, 2006b, p. 72). Admite-se que o tratamento de longo prazo pode ser limitado, não raramente, “[...] pela opção do paciente em favor da descontinuidade da medicação e pelo número de efeitos colaterais relatados” (p. 72).

Em um texto genérico que poderia ser descritivo de praticamente todas os paradigmas de cuidado em Saúde Mental, indica-se que o

[...] cuidado da maioria dos pacientes com essa doença envolve esforços múltiplos e a abordagem de uma equipe multidisciplinar para minimizar a frequência, a duração e a gravidade dos episódios, reduzir a morbidade global e a mortalidade decorrente da doença, melhorar o funcionamento psicossocial e oferecer independência e qualidade de vida (FALKAI *et al*, 2006b, p. 69).

Falkai *et al* (2006b, p. 69) indicam como objetivos primários na fase de estabilização

[...] a consolidação do relacionamento terapêutico, a redução dos sintomas positivos, a melhora dos sintomas cognitivos e negativos, a redução do estresse para o paciente, a melhora dos défices sociais e a consolidação da remissão, a promoção do discernimento e da flexibilidade, o auxílio para o desenvolvimento das estratégias de enfrentamento individuais, o apoio para minimizar a probabilidade de recaída, a melhora da adaptação do paciente à vida em comunidade e a promoção do processo de recuperação.

Por sua vez, entendem a fase estável como um período prolongado de tratamento e reabilitação, “que dura de meses a anos”, em que os sintomas estão sob um controle adequado e busca-se melhorar o funcionamento e a recuperação. Para a fase estável, Falkai *et al* (2006b, p. 69) diferenciam os objetivos da intervenção farmacológica dos objetivos do tratamento, em que são incluídas as intervenções psicossociais como tratamento adjuvante ao farmacológico para a melhora dos resultados. É destacado que o objetivo principal do tratamento durante a fase estável é garantir a remissão ou a manutenção do controle dos sintomas, que o “paciente” esteja mantendo ou melhorando o nível de funcionamento e sua qualidade de vida, a observação e o eficaz tratamento em caso de aumento nos sintomas ou recaídas e a continuidade na monitorização dos efeitos

colaterais da intervenção medicamentosa, escrita pelo eufemismo de “[...] monitorização dos possíveis efeitos adversos do tratamento”. (P. 69).

Falkai *et al* (2006b, p. 69) descrevem as condições ideais para o favorecimento da autonomia dos sujeitos diagnosticados com “esquizofrenia” ao indicarem que “[...] as intenções do tratamento de longo prazo precisam ser discutidas com o paciente e, se ele concordar, também com os membros da família, outros parentes, cuidadores e, em alguns casos, representantes legais”. Somente após a formulação de um consenso, “no contexto da tomada de decisão compartilhada”, é que um plano de tratamento deve ser traçado e implementado. Exemplifica-se esta tentativa de formulação de um consenso quando se discute que a “[...] escolha da droga antipsicótica deve ser feita conjuntamente pelo indivíduo e pelo clínico responsável por seu tratamento com base numa discussão informada sobre os benefícios relativos das drogas e seus perfis de efeitos colaterais” (FALKAI *et al*, 2006b, p. 70). Destaco que a expressão “condições ideais” foi propositalmente por mim utilizada para problematizar esse ideal de consenso, na medida em que essa abordagem consensual é absolutamente distante das realidades vividas nas políticas públicas e privadas de Saúde Mental, onde o lugar de saber-poder dos profissionais é reiteradamente afirmado e os sujeitos que usam os dispositivos são sujeitados.

Observo que, na sequência das diretrizes para o tratamento da “esquizofrenia”, indica-se que, associadas à intervenção farmacológica, gerenciada “[...] de acordo com as necessidades e preferências do paciente” (FALKAI *et al*, 2006b, p. 70), aconselham-se as intervenções psicoterapêuticas e os programas educacionais, estes últimos por se mostrarem eficazes no ensino

[...] a uma grande quantidade de pacientes esquizofrênicos o autocontrole da medicação (os benefícios de se tomar a medicação antipsicótica, como lidar com os efeitos colaterais), o autocontrole dos sintomas (como identificar precocemente os sinais da recaída, desenvolver um plano de prevenção contra a recaída, recusar substâncias ilícitas e bebidas alcoólicas) e as habilidades sociais básicas (p. 69).

Ressalto que a ordem em que as justificativas são elencadas não é aleatória, sendo evidente no recorte feito há pouco que as intervenções anteriormente nomeadas como adjuvantes são valoradas como secundárias, tendo por função promover a disciplina com relação às técnicas medicamentosas - ou seja, as demais modalidades terapêuticas são consideradas importantes na medida em que orbitam e favorecem a lógica da intervenção

farmacológica. Como signo-mor da razão farmacológica, destacam-se as drogas antipsicóticas defendidas como “[...] uma opção de tratamento indispensável para a maioria dos indivíduos na fase de recuperação e estável da esquizofrenia [...] e ajudar a manter um indivíduo suficientemente estável para viver o mais normalmente possível”. (IBIDEM, p. 70).

Em outro momento, destaquei o fato de que uma das características do discurso psicopatológico e seu poder consiste justamente em afirmar-se como uma verdade inquestionável, pois científica. Neste sentido, o questionamento sobre o caráter essencial do uso dos antipsicóticos parece ser um ato de transgressão que sugere a negligência consigo, quando a decisão é do próprio paciente, ou dos profissionais em Saúde Mental, quando admitem que existem outras estratégias terapêuticas e políticas de cuidado que não assumem essa centralidade psicofarmacológica. Penso que, indicando a agonística das forças e promovendo a admissão de linhas de fuga a esses regimes de verdade que atestam o caráter imprescindível do uso de antipsicóticos, inclusive para que “os tratamentos psicológicos sejam eficazes” (FALKAI *et al*, 2006b, p. 70), é fundamental fazer menção ao trabalho desenvolvido no Programa denominado de *Open Dialogue*, iniciativa constituída como principal referência em contraposição às políticas de Saúde Mental desenvolvidas pela sociedade ocidental, centrada na concepção antropológica de homem biológico e pelo privilégio na adoção da intervenção farmacológica.

A experiência desenvolvida no *Open Dialogue* foi mencionado pelo jornalista Robert Whitaker, como o retrato de experiências que apontam outras possibilidades de cuidado com o sujeito que vive os primeiros surtos psicóticos. Whitaker (2010, p. 296) expressa que durante os anos de 1970 e 1980, na região “[...] oeste da Lapônia, na Finlândia, tinha uma das mais altas taxas de esquizofrenia da Europa [...] taxas de incidência o dobro ou mesmo o triplo da norma para outras partes da Finlândia e do resto da Europa”³⁴. A realidade de décadas anteriores mudou radicalmente, considerando que “[...] os resultados a longo prazo de pacientes psicóticos no oeste da Lapônia são os melhores do mundo ocidental, e essa região agora vê muito poucos casos novos de esquizofrenia”³⁵.

³⁴ “western Lapland in Finland had one of the highest rates of schizophrenia in Europe [...] an incidence rate double and even triple the norm for other parts of Finland and the rest of Europe” (WHITAKER, 2010, p. 296).

³⁵ “the long-term outcomes of psychotic patients in western Lapland are the best in the Western world, and this region now sees very few new cases of schizophrenia” (WHITAKER, 2010, p. 296).

Whitaker (2010) expressa que a mudança de cenário decorre da chegada do psiquiatra Yrjö Alanen ao hospital psiquiátrico de Turku e a implementação do entendimento de que “[...] as alucinações e expressões paranoicas de pacientes esquizofrênicos, quando cuidadosamente analisadas, contavam histórias significativas. Psiquiatras, enfermeiros e funcionários do hospital precisavam ouvir os pacientes” (p. 297). Associado à disposição para a escuta dos pacientes, assume-se que em razão da heterogeneidade das experiências dos pacientes, as estratégias de intervenção deveriam ser elaboradas pela equipe considerando a especificidade de cada caso. Neste sentido, analisava-se que no primeiro episódio psicótico alguns pacientes necessitavam de hospitalização e outros não; alguns poderiam se beneficiar de baixas doses de psicofármacos (neurolépticos ou benzodiazepínicos). Ademais, foi desenvolvida a

[...] terapia familiar em grupo - de um tipo particularmente colaborativo - como o tratamento principal. Psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e outros treinados em terapia familiar compunham em duplas e trios as "equipes de psicose", que se reuniam regularmente com o paciente e sua família. As decisões sobre o tratamento do paciente eram tomadas em conjunto nessas reuniões. (WHITAKER, 2010, p. 297)³⁶.

Outro aspecto revolucionário, quando comparado às diretrizes ocidentais para o tratamento das psicoses, refere-se ao entendimento de que os terapeutas não deveriam se preocupar em diminuir os sintomas psicóticos do paciente. Ao invés disso, favoreciam a escuta de suas experiências, rede de relações, sucessos e realizações. Como recurso terapêutico, “[...] eventualmente o paciente pode ser encorajado a construir uma nova “narrativa-de-si” para seguir adiante, imaginando um futuro em que ele ou ela fosse integrado à sociedade, em vez de isolado dela” (p. 297)³⁷.

Whitaker (2010) ressalta que, apesar do significativo sucesso do programa desenvolvido no hospital psiquiátrico de Turku e sua expansão para outras regiões da Finlândia, por meio do Projeto Nacional de “Esquizofrenia” daquele país, a questão sobre o uso imprescindível dos antipsicóticos permaneceu em aberto. Logo, no início dos anos

³⁶ “group family therapy – of a particularly collaborative type – as the core treatment. Psychiatrists, psychologists, nurses, and others trained in family therapy all served on two- and three-member “psychosis teams,” which would meet regularly with the patient and his or her family. Decisions about the patient’s treatment were made jointly at those meetings”. (WHITAKER, 2010, p. 297).

³⁷ “eventually the patient would be encouraged to construct a new “self-narrative” for going forward, the patient imagining a future where he or she was integrated into society, rather than isolated from it” (WHITAKER, 2010, p. 297).

de 1990, foi desenvolvido um projeto de pesquisa com pacientes que viviam o primeiro episódio psicótico, elegendo-se três localidades distintas. O jornalista explica:

[...] os pacientes não receberam antipsicóticos durante as primeiras três semanas (benzodiazepínicos poderiam ser usados), com a terapia medicamentosa iniciada apenas se o paciente não tivesse melhorado durante esse período. No final de dois anos, 43% dos pacientes dos três locais “experimentais” nunca haviam sido expostos a neurolépticos, e os resultados gerais nos locais experimentais eram “um pouco melhores” do que nos centros onde quase todos os pacientes tinham sido expostos aos medicamentos. Além disso, entre os pacientes nos três locais experimentais, aqueles que nunca foram expostos a neurolépticos tiveram os melhores resultados (p. 298)³⁸.

Whitaker (2010) comunica que, de maneira incompreensível, mesmo com os resultados obtidos, nos anos seguintes, a política de assistência à saúde mental dos pacientes psicóticos ganhou contornos “biologizantes” e foram moldadas as diretrizes implementadas nas sociedades ocidentais, favorecendo o uso contínuo dos antipsicóticos nos cinco primeiros anos após o primeiro episódio psicótico. Contrariando a lógica implementada no restante do país, o hospital Keropudas, em Tornio, contando com a coordenação do professor de psicoterapia da Universidade de Jyväskylä, Jaakko Seikkula deu seguimento ao programa desenvolvido desde meados dos anos de 1980, inspirado na proposta inicial de Turku. Destaca-se que a equipe do hospital Keropudas compusera uma das três localidades da pesquisa mencionada, e após o término da pesquisa deu seguimento à política de uso mínimo dos antipsicóticos. O projeto é denominado *Diálogo Aberto*, onde cada participante (equipe técnica, paciente e componentes familiares) tinha a liberdade de compartilhar seus pensamentos, configurando uma experiência muito diferente da psicoterapia convencional.

Jaakko Seikkula e Mary E. Olson, no trabalho intitulado *The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics*, explicam que a abordagem do *Diálogo Aberto* se constitui ancorado em uma perspectiva construcionista social pós-moderna, que enfatiza a dimensão “poética” e “micropolítica” da terapia. “Poética” refere-se às práticas de linguagem e comunicação nos encontros face a face, no encontro inter-humano, que fundamenta eticamente a proposta da abordagem e indica a

³⁸ “the patients were not put on antipsychotics during the first three weeks (benzos could be used), with drug therapy initiated only if the patient hadn’t improved during this period. At the end of two years, 43 percent of the patients from the three “experimental” sites had never been exposed to neuroleptics, and overall outcomes at the experimental sites were “somewhat better” than they were at the centers where nearly all of the patients had been exposed to the drugs. Furthermore, among the patients at the three experimental sites, those who had never been exposed to neuroleptics had the best outcomes”. (WHITAKER, 2010, p. 298).

interdependência de três princípios: “tolerância à incerteza”, “dialogismo” e “polifonia da rede social”. Por “micropolítica”, admite-se que qualquer resultado positivo da abordagem está absolutamente relacionado com o fato de tal programa ter sido institucionalizado como uma política de cuidado, com investimentos sistemáticos no processo de formação dos antigos e novos terapeutas, permitindo que a equipe permaneça relativamente a mesma por décadas, e que na admissão de membros é ofertada uma formação em terapia familiar de no mínimo três anos.

Whitaker (2010) destaca os resultados obtidos com uma pesquisa desenvolvida de 1992 e 1997, em que, ao final dos cinco anos, 79% das pessoas que viveram um primeiro episódio psicótico e foram assistidas pelo programa estavam assintomáticas, e 80% estavam desenvolvendo suas atividades produtivas, trabalhando, estudando ou procurando emprego. É indicado que somente 20% estavam recebendo benefício por invalidez. Aponta-se, também, que, neste período, dois terços das pessoas que viveram o primeiro episódio psicótico na região nunca foram expostas ao uso dos antipsicóticos, e apenas 20% faziam uso regular dessa medicação, o que contrasta radicalmente com os dados observados nas sociedades ocidentais que seguem a prescrição de uso amplo e contínuo de tal fármaco.

Whitaker (2010, p. 301) dá continuidade a sua explanação sobre a política pouco usual do *Diálogo Aberto*, explicando que

Com a maioria dos funcionários do distrito treinados em terapia familiar, o sistema é capaz de responder rapidamente a uma crise psicótica. Quem é contatado pela primeira vez - pelos pais, pelo paciente que procura ajuda ou talvez pelo administrador da escola - é responsável por organizar uma reunião dentro de 24 horas, com a família e o paciente decidindo onde a reunião será realizada. A casa do paciente é o local preferido. Deve haver pelo menos dois membros da equipe presentes na reunião, e de preferência três, e isso se torna uma "equipe" que, idealmente, permanecerá junto durante o tratamento do paciente [...] O trabalho deles é promover um "diálogo aberto" no qual os pensamentos de todos possam se tornar conhecidos, com os membros da família (e amigos) vistos como coterapeutas. (P. 298)³⁹.

³⁹ “With most of the staff in the district trained in family therapy, the system is able to respond quickly to a psychotic crisis. Whoever is first contacted—by a parent, a patient seeking help, or perhaps a school administrator—is responsible for organizing a meeting within twenty-four hours, with the family and patient deciding where the meeting should be held. The patient’s home is the preferred place. There must be at least two staff members present at the meeting, and preferably three, and this becomes a “team” that ideally will stay together during the patient’s treatment [...] Their job is to promote an “open dialogue” in which everybody’s thoughts can become known, with the family members (and friends) viewed as coworkers”. (WHITAKER, 2010, p. 301).

Seikkula e Olson (2003) destacam que a abordagem do *Diálogo Aberto* é organizada para favorecer ajuda imediatamente frente a uma crise, estando a equipe compromissada em organizar um encontro presencial em no máximo 24 horas após o contato informando sobre a crise. A organização do encontro compete ao membro da equipe que foi primeiramente contatado e ocorre preferencialmente na casa da família, quando, “[...] se reúne[-se] a pessoa em crise com a equipe e todas as outras pessoas importantes (ou seja, parentes, amigos e outros profissionais) conectados à situação. A reunião também acontece fisicamente em um fórum aberto, com todos sentados na mesma sala, em círculo” .(SEIKKULA & OLSON, 2003, p. 406)⁴⁰.

Whitaker (2010) explica que nos primeiros encontros em que se busca favorecer a dinâmica do diálogo aberto, não se faz menção sobre a necessidade de uso de antipsicóticos. Observa-se como o suporte por meio da terapia familiar favorece a experiência do sujeito no sentido de que ele comece a dormir melhor, faça os cuidados de higiene pessoal regularmente e comece a reestabelecer relações sociais. Admite-se a possibilidade de recomendação do uso de ansiolíticos para a ajudar a pessoa a dormir melhor ou lidar melhor com a ansiedade, ou em casos eventuais a sugestão de doses baixas de antipsicóticos e ainda assim por poucos dias (3 a 15 dias dependendo da resposta do sujeito, considerando o suporte das outras terapêuticas). Observa-se uma mudança fundamental de paradigma em que o uso dos antipsicóticos não é entendido como uma terapêutica imprescindível, mas como possibilidade de suporte e somente quando necessário. Ainda assim, destaca-se que, ao sugerir o uso de algum psicofármaco, ou qualquer outra intervenção, essa estratégia terapêutica pode ser amplamente discutida no grupo familiar, inclusive podendo ser solicitado que se explique o que favorece a sugestão, o que se espera em termos de efeito na experiência do sujeito e como se entende que isso pode ser benéfico para ele.

A abordagem do *Diálogo Aberto* subverte a tradicional relação terapeuta-paciente, ancorada na dinâmica Saber-Poder, pois explica-se que

Todas as decisões sobre terapia, medicação e hospitalização são discutidas e definidas enquanto todos estão presentes. Não há reunião de equipe separada para o planejamento do tratamento. É mais aconselhável focar nessas questões de tratamento mais tarde na reunião, depois que os membros da família tiverem a chance de expressar suas preocupações. O resultado da reunião deve ser

⁴⁰ “it brings together the person in acute distress with the team and all other important persons (i.e., relatives, friends, and other professionals) connected to the situation. The meeting takes place physically in an open forum as well, with everyone sitting in the same room, in a circle”. (SEIKKULA & OLSON, 2003, p. 407).

resumido no final, especialmente as decisões que foram tomadas; caso contrário, deve-se afirmar que nada foi decidido. (SEIKKULA & OLSON, 2003, p. 407)⁴¹.

Outra característica que analiso como fundamental da cena de cura favorecida pela proposta do *Diálogo Aberto* é o que Whitaker (2010) descreve como a intenção de favorecer junto ao paciente e à família um senso de esperança, fomentado quando se compartilha, por meio da experiência em todos os anos de assistência em Saúde Mental, que a construção dessa rede ético-política é capaz de favorecer a ultrapassagem da crise, e que é possível observar uma melhora concreta nas condições de saúde das pessoas. Para isso, observam que a recuperação pode levar extenso período – dois, três, ou mesmo cinco anos – mas que a equipe estará disponível para o sujeito e sua família em todo esse lapso, e sempre que necessário, indicando-se a constituição de um vínculo de confiança e cuidado, e garantindo sua continuidade pelo tempo que for requerido. Ademais, Whitaker (2010, p. 302)⁴² salienta que

Embora os sintomas psicóticos de um paciente possam diminuir rapidamente, eles estão focados na "aderência à vida" do paciente e na reparação de seu relacionamento com a sociedade, e essa é uma tarefa muito maior. A equipe continua a se reunir com o paciente e a família e, à medida que esse processo se desenrola, também é pedido que professores e possíveis empregadores participem.

Whitaker (2010) considera, ainda, que a política de assistência à Saúde Mental desenvolvida na região oeste da Lapônia, e conhecida como *Open Dialogue*, transformou a paisagem da população psicótica, pois, desde o início dos anos de 1990, nenhum paciente que viveu o primeiro episódio psicótico foi submetido a um processo crônico de hospitalização. Considerando a população da região oeste da Lapônia que demandou a política de saúde mental, as taxas de recuperação são absolutamente distintas do que se observa nas sociedades ocidentais, onde o uso contínuo dos antipsicóticos é a regra. Indica-se que, desde o início dos anos de 1990, 84% das pessoas assistidas retornaram

⁴¹ “All decisions about ongoing therapy, medication, and hospitalization are discussed and made while everyone is present. There are no separate staff meeting for treatment planning. It is more advisable to focus on these treatment issues later in the meeting, after the family members have had a chance to express their concerns. The outcome of the meeting should be summarized at the end, especially the decisions that were made; if not, it should be stated that nothing was decided (SEIKKULA & OLSON, 2003, p. 407).

⁴² “Although a patient’s psychotic symptoms may abate fairly quickly, they are focused on the patient’s “grip on life” and repairing his or her relationship to society, and that is a much bigger task. The team continues to meet with the patient and family, and as this process unfolds, teachers and prospective employers are asked to attend too”. (WHITAKER, 2010, p. 302).

suas atividades funcionais (escola ou trabalho) e somente 20% precisaram fazer uso contínuo de algum antipsicótico.

Em contraste com a cena de cura favorecida pela perspectiva do *Dialogo Aberto*, Falkai *et al* (2006b, p. 74), no texto que aponta as diretrizes para pacientes com episódios múltiplos a “[...] probabilidade de se alcançar a remissão total pode ser reduzida após um certo número de recaídas”. Fazendo referência a estudos que indicam a eficácia das medicações antipsicóticas típicas (primeira geração), apontam que “Cerca de 70% dos pacientes que não receberam tratamento antipsicótico vivenciaram uma recaída no ano subsequente, enquanto a taxa de recaídas nos pacientes tratados com agentes neurolépticos convencionais foi de quase 30%”, ou que “Após 2 anos, aproximadamente 80% dos pacientes não tratados e 50% dos pacientes tratados sofreram recaída”. Sobre a eficácia dos antipsicóticos atípicos (segunda geração) na prevenção de recaídas, estes “[...] são notadamente superiores como grupo quando comparados ao placebo”. Quando comparada a eficácia dos antipsicóticos de primeira e segunda gerações, ressaltam que “Não ficou claro se as vantagens das medicações psicóticas atípicas na prevenção da recaída eram decorrentes de sua melhor eficácia, sua melhor tolerabilidade ou à melhor aderência ao tratamento”. (FALKAI *et al*, 2006b, p. 74).

Sugerindo a importância da intervenção precoce quando da manifestação da fase prodômica da recaída, Falkai *et al* (2006b, p. 75) indicam que esta “[...] consiste em sintomas disfóricos moderados a graves, como tensão e nervosismo, falta de apetite, dificuldade para se concentrar e lembrar das coisas, problemas para dormir, depressão e algumas vezes sintomas psicóticos e comportamentos idiossincrásicos”. Considerando que esses procedimentos retardam mudanças que precedem a recaída “[...] são citados por alguns pacientes e por seus familiares”, sugere-se uma das intervenções úteis na redução dos índices de recaídas - a formulação de “[...] programas específicos para educar pacientes e seus familiares sobre os sintomas prodômicos e a intervenção precoce” (FALKAI *et al*, 2006b, p. 74). Explicitando a lógica centrípeta da intervenção medicamentosa, adverte-se sobre a necessidade de reintrodução do tratamento farmacológico quando este foi descontinuado, ou pelo aumento da dose da medicação antipsicótica de uso recorrente.

Faço uma adesão ao que Santos, Yasui e Dionísio (2012), criticamente, denominam de “sujeito-comprimido”, por entender que este é um dos efeitos no sujeito da experiência de “esquizofrenia”, da operação marcada pela insistência no entendimento da condição imprescindível do antipsicótico. Cunham a expressão “sujeito-comprimido”

para designar os efeitos da clínica psiquiátrica dessubjetivante. Com base no duplo sentido do termo *comprimido* (do substantivo “pílula” e do verbo “achatar”), denunciam que o sujeito-comprimido “[...] é o que tem sua subjetividade desvalorizada, escutada pelo viés do medicamento, formatada para se receitar determinado psicofármaco; e, tem a sua dimensão subjetiva chapada (inclusive no sentido de entorpecida), reduzida a uma descrição do DSM”. (SANTOS, YASUI e DIONÍSIO, 2012, p. 106).

Destaco que, acrescido a estes efeitos nos sujeitos diagnosticados e submetidos a esta lógica centrada no fármaco, é necessário o reconhecimento de que há também consequências nos processos de subjetivação dos profissionais da área da Saúde Mental. Esses agentes passam a se perceber e ser percebidos como meros administradores de medicamentos, passando a figurar como coadjuvantes, estando a serviço não dos sujeitos beneficiados pelas políticas e práticas de cuidado, suas narrativas e histórias de vida. Na condição de coadjuvantes, eles se constituem servos da operação farmacológica que vem configurando o âmbito psicopatológico e as políticas de Saúde Mental nas últimas décadas. Nesta lógica, na possibilidade da falta da medicação, a função da equipe de saúde das políticas de Saúde Mental estaria reduzida significativamente, em razão da primazia do psicofármaco em relação a outras possibilidades de intervenção e estratégias de cuidado.

Corroborando a problematização da cena de cura por uso dos antipsicóticos, faço referência ao trabalho da Sandra Caponi, quando analisa criticamente o que se denomina *revolução psicofarmacológica*, indicando ser este o empreendimento de uma “biopolítica da indiferença” (CAPONI, 2018). Analisando as transformações do saber psiquiátrico pelo que se denomina *revolução psicofarmacológica*, mas que, para Caponi (2018), deve ser designada como a constituição de um novo *regime de verdade*, a pesquisadora faz referência ao processo histórico de fabricação e uso da clorpromazina (CZP) – sendo produzida como anti-histamínico, primeiramente utilizada como anestésico e só na sequência usado nos hospitais psiquiátricos para tratamento de pessoas nomeadas como psicóticas.

Na sua análise, em que denuncia a biopolítica da indiferença, Caponi (2018) indica a importância de Jean Delay e Pierre Deniker na publicação dos artigos científicos que servirão para divulgar os benefícios do uso do psicofármaco com os “pacientes psicóticos”. Analisando criticamente mencionadas publicações, Caponi (2018, p. 29) expõe que, “[...] embora os efeitos colaterais da droga se mostravam devastadores, o efeito desejado de tranquilizar aos pacientes mantendo-os acordados, parecia ter sido

obtido”. É mostrado que Jean Delay e Pierre Deniker celebram o fato de que, pelo uso do psicofármaco, se produz uma “indiferença”, nada parece afetá-los. A neutralidade emocional e afetiva, uma absoluta indiferença, por meio da qual as pessoas que faziam uso de tal medicação, no lugar de medos e ansiedades, demonstravam apatia e indiferença. Esta condição induzida pelo fármaco chega a ser adjetivada como “doce indiferença”.

Caponi (2018) dá continuidade a sua análise crítica, sugerindo a cena da “sala tranquila”, sendo essa a descrição que os psiquiatras faziam sobre o ambiente dos hospitais psiquiátricos nos anos de 1950 e 1960, após o uso dos antipsicóticos. Em contraste com a calma e quietude conquistadas por meio do poder tranquilizador dos psicofármacos, recordam-se os gritos humanos, os vidros quebrados, o interminável bloqueio e desbloqueio de grades, enaltecendo-se a possibilidade de liberar os “sujeitos psicóticos” das camisas de força. Em uma crítica ácida, a pesquisadora sugere a continuidade da cena de clausura da camisa de força com a cena de cura dos antipsicóticos que serviram para disciplinar os sujeitos dentro e fora dos hospitais manicomial, denunciando que

[...] a pretensa “revolução psicofarmacológica”, longe de representar uma ruptura com os procedimentos de choque que precederam aos neurolépticos, parece estabelecer uma continuidade absoluta com os tratamentos antes utilizados nos hospitais psiquiátricos. Pelo menos, em aquilo que se refere ao que se considera, em ambos os casos, “eficácia terapêutica”. Já seja que falemos de choque insulínico, lobotomia, eletrochoque, ópio ou éter, o bem que façamos referência aos neurolépticos ou aos antipsicóticos atípicos, os efeitos desejados permanecem idênticos: a calma, a indiferença, a imposição do silêncio. (CAPONI, 2018, p. 35).

A análise desta imposição do silêncio, convoca a sugerir continuidade com o panorama analisado pelo historiador inglês Roy Porter, no livro *Uma história social da loucura*, quando na escuta do que os loucos queriam dizer em seus registros autobiográficos denuncia as constantes injustiças que sofreram. Recordo-me de que a tese fundamental do historiador grão-britano é a de que a cultura psiquiátrica, ao negar inteligibilidade ao sujeito da loucura, promove extraordinária surdez em relação às comunicações destes. Trata-se da cena analisada por Porter (1990), com amparo na qual se denunciou que a psiquiatria institucional tinha por intenção isolar fisicamente os doentes mentais da sociedade e impor obstáculos à comunicação.

A cena da “sala de cura”, denunciadas por Caponi (2018), são extensivas aos lares e instituições sociais que acolhem no extramuros o sujeito da loucura “desinstitucionalizado”, ilustrando a continuidade da cultura manicomial, capitaneada

pelas sugestões de eficácia das novas gerações de antipsicóticos e suas prescrições de uso contínuo. A utilização de aspas ao fazer referência ao sujeito supostamente desinstitucionalizado pretende denunciar o fato de que na atualidade eles são institucionalizados por um empreendimento muito mais sutil e eficiente da Psiquiatria. A sugestão do uso contínuo do antipsicótico em vistas do suposto benefício ao sujeito esquizofrênico na remoção dos sintomas e na promoção de uma qualidade de vida denuncia a perpetuação da cultura manicomial, que, sugere sugere Fernando Tenório, é efetivamente o maior desafio da Reforma Psiquiátrica e o desafio de desinstitucionalização da loucura e seus sujeitos.

Ao prometer a remoção dos sintomas positivos (majoritariamente alucinações e delírios) por meio dos antipsicóticos, a cura promove, ainda, uma dupla operação no favorecimento dos regimes de verdade da Psiquiatria Biológica. Primeiramente, ao sugerir que a remoção dos sintomas é o objetivo fundamental das estratégias de cuidado e que, para isso, o uso dos psicofármacos é fundamental, sugerindo ainda que a adesão ao tratamento medicamentoso deve ser corroborada por toda a equipe profissional, é consolidado o reconhecimento social que delegado a esta área do saber. É favorecido, também, o poder de tutela que se lhe outorga, fazendo uso estrategicamente dos desejos de clausura e silenciamento, que caracterizam a sociedade na maneira como lidamos com os sujeitos da diferença. Promove-se, também, o constrangimento dos sujeitos e seus traços de diferença, pois se seus sintomas (como exemplo, experiências alucinatórias e pensamentos delirantes) devem ser removidos, a formulação desse objetivo simbolicamente obstaculiza a expressão destes sujeitos, haja vista as experiências descritas no movimento denominado de ouvintes de vozes.

A articulação que faço entre o constrangimento dos sujeitos e seus traços de diferença por meio da indicação de sintomas deve ser obstinadamente perseguida, no sentido de favorecer sua remoção, pois indica o caráter simbólico de tal meta terapêutica. A preferência pela remoção ou silenciamento dos sintomas por meio da estabilização química afeta a constituição dos sujeitos, pois, como ensina Foucault (1997, p. 41) “[...] o sentido é somente constituído pelos sistemas de constrangimentos característicos da maquinaria significante. Parece-me que é através da análise desse fato que o significado só existe através dos efeitos da coerção, específicos dessas estruturas”⁴³. Dita perspectiva

⁴³ “*that meaning is being solely constituted by systems of constraints characteristic of the signifying machinery. It seems to me that it is through the analysis of this fact whereby meaning only exists through the effects of coercion which are specific to these structures*”. (FOUCAULT, 1997, p. 41).

permite, ainda, indigitar o efetivo processo de institucionalização que esses dispositivos discursivos promovem, caso se considere a correlação saber (racionalidade científica) – poder (estruturas coercitivas do significante) – sujeição (institucionalização).

Como leciona Porter (1990), a formulação do entendimento, sugerindo que as falas dos sujeitos da loucura não fazem nenhum sentido, é a mais hábil e sutil estratégia de silenciamento da loucura. As análises críticas até aqui formuladas permitem apontar que em grande medida a cena de cura promovida pelos antipsicóticos pode ser adjetivada como uma política de desumanização, pois, ao favorecer o silenciamento e o ordenamento das salas e instituições tranquilas, retira-se, pelo entorpecimento químico e via simbólica, a condição dos sujeitos como falantes. Imputa-se um silêncio prostrante, marcado pela indiferença afetiva que o fármaco assegura, mas cobrando-se o preço de furtar-se o sujeito, comprimido-lo, numa alusão direta à noção de sujeito-comprimido.

Caponi (2018) entende que um dos efeitos da cena de cura do uso dos psicofármacos é que esta permitirá o “[...] processo de cronificação da doença mental, isto é, um processo que exige a continuidade de um tratamento ao longo de toda a vida do paciente” (p. 34). Indica-se na ideia de continuidade do tratamento por toda a vida uma transformação da própria ideia de cura, pois a adjetivação de curado será utilizada para os sujeitos disciplinados *pelo e ao* uso dos antipsicóticos, que menos agitados podem retornar aos seus domicílios e ao convívio com seus membros familiares. Acrescenta Caponi (2018, p. 34-35), contudo: “[...] estes pacientes, agora calmos e indiferentes, deverão permanecer vinculados com seu psiquiatra de referência para garantir uma vigilância contínua, mesmo que seja a distância, pois é o psiquiatra quem está encarregado da renovação e ajuste das doses da medicação”.

A modo de fecho de sua análise da biopolítica da indiferença, Caponi (2018, p. 35) denuncia que

[...] a persistência do uso dos neurolépticos, apesar do conhecimento exaustivo dos danos que produz, deve-se a que este medicamento cumpre exatamente com os objetivos para os quais foi inicialmente criado: levar calma e controlar a agitação dentro das salas dos hospitais psiquiátricos; perpetuar o tratamento para as pessoas que estão fora do manicômio e são considerados como cronicamente perturbados; conseguir que os pacientes se mostrem indiferentes a aquilo que ocorre dentro ou fora do hospital psiquiátrico.

Como efeito da cena de cura por uso dos antipsicóticos, Caponi (2018, p. 36) analisa a constituição de um assujeitamento pela “[...] aceitação de normativas e mandatos, uma consciência ‘docilizada’ e funcional à gestão da loucura”. Problematizo a

centralidade da intervenção farmacológica, em especial, o uso, prolongado ou mesmo contínuo, no imaginário dos distintos agentes que compõem a realidade das políticas de Saúde Mental no Brasil. Essa centralidade mostra-se inabalável, mesmo quando admite-se que “[...] medicações antipsicóticas estão associadas a diferentes riscos de uma variedade de eventos adversos, incluindo efeitos neurológicos, metabólicos, sexuais, endócrinos, sedativos e cardiovasculares” (FALKAI *et al*, 2006, p. 84). É digno de nota, inclusive, o fato de que a discussão sobre os efeitos colaterais esteja centrada no uso dos antipsicóticos e sua continuidade e não como questionamento sobre os riscos que tal uso implica para a sobrevivência dos sujeitos, insistindo-se sobre a necessidade de monitorização dos efeitos colaterais, pois “[...] um controle adequado dos efeitos colaterais pode contribuir para a aderência superior ao tratamento e melhores resultados”. (IDBIDEM, p. 84).

Roselló, Navalón e Monila (2013), no trabalho intitulado *Discinesia tardia y rápida respuesta clínica a tetrabenazina. A propósito de un caso*, analisam a manifestação da discinesia tardia, relacionada com a administração prolongada de neurolépticos, e propõem o uso de tetrabenazina, pela rápida resposta clínica. Explicam que a discinesia tardia abrange um grupo de movimentos coreoatetóticos involuntários e anormais de início tardio de características estereotipadas e repetitivas, provocados pela exposição prolongada a neurolépticos, tendo incidência de 5% no primeiro ano de uso e de 20 a 26% nos primeiros cinco anos.

Na descrição do caso clínico, indicam que o manejo clínico consistiu em, primeiramente, diminuir a dosagem do antipsicótico habitualmente usado pelo sujeito, sendo em seguida realizada a substituição por outro antipsicótico com menor incidência de sintomas extrapiramidais. Destaca-se que, apesar das medidas adotadas, se manteve a discinesia tardia, decidindo-se assim pela administração de clonazepam, sendo também ineficaz. Explica-se que, em consequência dos cinco anos de evolução da discinesia tardia e os manejos farmacológicos empregados, optou-se pela administração de doses baixas de tetrabenazina, percebendo-se uma rápida e significativa melhora clínica, mas com a manifestação de efeitos colaterais (sedação, falta de coordenações psicomotoras e sialorreia). O estudo que sugere uma terapêutica exitosa para discinesia tardia, mas de forma emblemática, aponta que, em decorrência dos efeitos colaterais ao uso de tetrabenazina, o emprego do psicofármaco foi descontinuado por decisão do paciente, mesmo que com prescrição da medicação tendo suprimido os sintomas.

Destaco o fato de que, na sugestão de êxito do tratamento farmacológico, desconsidera-se aquilo que é vivido pelo paciente como queixa, em decorrência dos efeitos colaterais. Neste sentido, num transtorno ocasionado pelo uso continuado de antipsicóticos, substitui-se o antipsicótico por um supostamente menos lesivo e administra-se um novo fármaco, que, por sua vez, produzirá outros efeitos colaterais. Em nenhum momento do estudo há a formulação de uma crítica ao uso contínuo dos antipsicóticos, pois se essa denúncia fosse produzida, seria uma contraposição ao símbolo primordial da Psiquiatria contemporânea, na parceria com a indústria farmacológica.

Falkai *et al* (2006b) apontam que os sintomas negativos são frequentemente os aspectos mais importantes do curso da “esquizofrenia” no extenso prazo, inclusive sendo mais relevantes para os resultados do que os sintomas positivos. Neste sentido, destacam a importância de diferenciar a sintomatologia negativa para a formulação das estratégias terapêuticas, categorizando os sintomas negativos em

[...] sintomas negativos primários; sintomas negativos secundários (em consequência dos sintomas positivos, como o afastamento social por causa de idéias paranóides); decorrentes de SEP (como acinesia induzida por neuroléptico); sintomas depressivos (como depressão pós-psicótica ou farmacogênica); ou fatores ambientais (como falta de estimulação social decorrente de hospitalização). (FALKAI *et al*, 2006b, p. 78).

Reconhecendo a importância dos sintomas negativos no curso da “esquizofrenia”, Falkai *et al* (2006b, p. 79) reconhecem que “[...] não foram realizados estudos em pacientes com sintomas predominantemente negativos comparando os APGs ao placebo”, o que antecipa a sugestão de que os antipsicóticos atípicos devem ser preferidos para o tratamento dos sintomas negativos em longo prazo.

Com relação aos “défices neurocognitivos”, Falkai *et al* (2006b, p. 81) ressaltam que estes “[...] têm sido reconhecidos com uma importante característica, ou mesmo um déficit central, da esquizofrenia”, sendo a função cognitiva entendida como “[...] um correlato do prognóstico funcional global e específico na esquizofrenia, e o prejuízo cognitivo é responsável por uma variância significativa nas medidas do estado funcional”. Sobre as orientações com relação ao tratamento, novamente, se observa a centralidade do tratamento medicamentoso, em específico, a prescrição dos antipsicóticos, sendo novamente sugerida a utilização dos atípicos em detrimento dos típicos. Justifica-se a sugestão por indicar-se que, em revisões e estudos, os antipsicóticos de primeira geração “[...] demonstraram apenas poucos efeitos benéficos na cognição (CASSENS *et al.*, 1990;

SHARMA, 1999); e muitas variações inapropriadas de dose, combinadas com SEP ou com medicação anticolinérgica concomitante, podem ter exercido um efeito negativo na cognição”. (FALKAI *et al*, 2006b, p. 81). Se relativamente a outros sintomas, os antipsicóticos atípicos eram apontados como obtendo resultados melhores quando comparados aos antipsicóticos de primeira geração, o mesmo não ocorre com relação aos sintomas cognitivos. Apesar de não haver um explícito benefício no uso, sugere-se o emprego dos antipsicóticos de segunda geração “[...] em pacientes esquizofrênicos com défices cognitivos”, por proporcionarem “[...] ao menos um modesto efeito benéfico nas funções neurocognitivas quando comparadas aos APGs”. (*IBIDEM*, p. 81).

Falkai *et al* (2006b, p. 81) discutem, ainda, a manifestação de sintomas negativos, que podem ocorrer em todas as fases da “[...] esquizofrenia, mas ocorrem especialmente como depressão pós-psicótica, “[...] podendo contribuir para os sintomas residuais da doença”. Adverte-se, também, para o fato de que os “[...] sintomas depressivos precisam ser diferenciados dos efeitos colaterais das medicações antipsicóticas (incluindo a disforia induzida pela medicação, a acinesia e a acatisia), e dos sintomas negativos primários da esquizofrenia” (FALKAI *et al*, 2006b, p. 81). Associado à já característica sugestão do uso dos antipsicóticos (especialmente os atípicos), sugere-se o tratamento com antidepressivos, “[...] quando os sintomas atingem o critério sindrômico para um transtorno depressivo maior ou são graves e causam problemas significativos (como quando acompanhados por ideação suicida) ou interferem no funcionamento do indivíduo”. (*IBIDEM*, p. 81).

Apesar de indicar que, “[...] além da melhora da psicopatologia e da função social, a otimização do bem-estar individual do paciente e da qualidade de vida deve ser o objetivo central do manejo da esquizofrenia”, Falkai *et al* (2006b, p. 82) admitem que há poucos estudos randomizados controlados que relatem o impacto dos antipsicóticos na qualidade de vida dos sujeitos. “[...] embora alguns estudos sejam inconclusivos e seus resultados sejam inconsistentes” (FALKAI *et al*, 2006b, p. 83) para os padrões assumidos, mantêm-se a preferência e a sugestão para o uso dos antipsicóticos atípicos em relação aos aspectos da qualidade de vida.

No segmento destinado às outras estratégias de tratamento biológico, elencam-se a Eletroconvulsoterapia (ECT) e a Estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMTr). Sobre a recomendação da Eletroconvulsoterapia, destaca-se que, “[...] exceto nos casos de catatonia, a eletroconvulsoterapia deve ser apenas utilizada em casos excepcionais, no tratamento da esquizofrenia refratária, já que nenhuma vantagem foi

demonstrada consistentemente quando se compara a ECT aos tratamentos farmacológicos”. (*IBIDEM*, p. 83). Já sobre a Estimulação magnética transcraniana repetitiva, destaca-se que essa é uma nova técnica estudada para muitas doenças neuropsiquiátricas, mas ainda não é uma terapia aprovada para utilização no tratamento da “esquizofrenia”. Ressalta-se que, em estudos, a terapia tem sido utilizada como terapia adjuvante ao tratamento antipsicótico que já vem sendo administrado e que tem como sintomas-alvo as alucinações auditivas persistentes e os sintomas negativos.

Sobre as intervenções psicoterápicas e psicossociais no contexto do tratamento de longo prazo, sugere-se que a “[...] psicoterapia tem de considerar os fatores biológicos envolvidos na esquizofrenia e deve estar focada na capacitação do paciente para lidar com a doença e com suas conseqüências (aceitação da recaída, autocuidado e enfrentamento dos problemas)”. (*FALKAI et al*, 2006b, p. 92). Entendo que a assunção de tais características como um critério inequívoco para o benefício do usuário das práticas psicoterápicas configura-se, na verdade, como um filtro para o paradigma “biologizante”, ou seja, a não adesão a esta moral ajuíza um critério de não viabilidade ou benefício ao sujeito escutado. Deflagra-se, assim, neste critério, uma disputa de força dos dispositivos discursivos que tentam tomar posse do privilégio de anunciar a verdade acerca da “esquizofrenia” e ter o direito sobre as técnicas que serão ministradas. Como exemplificação desta disputa, recordo no território brasileiro a disputa política sobre a posse da autoridade sobre o campo da saúde, que ficou conhecida como o Ato Médico, que, travestido pela necessidade de regulamentar o campo e as práticas de atuação dos profissionais da Medicina, buscava-se reafirmar o lugar de poder e a mais-valia das disciplinas médicas.

Ainda sobre as intervenções psicoterápicas, Falkai *et al* (2006b) fazem referência exclusivamente à terapia cognitivo-comportamental, sugerindo que esta é capaz de reduzir os índices de recaída e os sintomas psicóticos, melhorar o estado mental, “[...] a introspecção e a aderência ao tratamento medicamentoso, exercendo um efeito positivo no funcionamento social” (p. 92). Evidencia-se, com efeito, a fidelidade à lógica “biologizante” como critério de validade. Na tentativa de ilustrar a disputa de forças que caracterizam o terreno psicopatológico, me permitirei uma digressão, em que faço referência às discussões formuladas no *Manual Prático de Terapia Cognitivo-Comportamental*, publicado pela editora Casa do Psicólogo, quando indica um “Modelo Cognitivo-Comportamental do Transtorno Bipolar”. A permissão para digredir decorre

da tradição em considerar a experiência do que se convencionou chamar de transtorno bipolar como experiência limítrofe entre a neurose e a psicose.

Na introdução do referido capítulo, Andretta & Oliveira (2011, p. 261) indicam a “[...] necessidade de combinar intervenções psicológicas eficazes ao longo do prazo em que os medicamentos são usados para o tratamento do transtorno”, privilegiando a estratégia da Psicoeducação, sugerindo ter sido essa a primeira intervenção a mostrar eficácia a longo prazo. Entendo que há na colocação em aspas, que compõe o primeiro parágrafo do capítulo, a expressão de uma fidelidade ao que venho denominando como privilégio medicamentoso; indicação de uma correspondência ao viés “biologizante” e atendendo aos interesses da indústria farmacológica.

Na sequência do texto em que escrevem sobre o manejo do grupo psicoeducativo, subdividindo as orientações em 21 seções e cinco tópicos (a saber: Conhecimento do Transtorno; Aderência Medicamentosa; Evitando abusos de substâncias; Detecção precoce de novos episódios; Hábitos regulares e manejo do estresse). Na segunda seção, que tem por título “O que é o transtorno bipolar?”, objetiva-se “[...] introduzir os pacientes no conceito de transtorno bipolar e desfazer os numerosos mitos acerca deste, reforçando a natureza biológica do transtorno e tentando superar o estigma social” (p. 264). Em associação ao reforço da natureza biológica do transtorno, sugere-se que a seção possa iniciar com a frase “[...] o TB resulta de uma mudança nos mecanismos de regulação do humor”, sendo possível também durante a sessão “[...] desenhar em um quadro-negro um esboço do cérebro, destacando o sistema límbico” (ANDRETTA & OLIVEIRA, 2011, p. 264), exemplificando a função do psicoterapeuta, o que permite se analisar criticamente que essa função é disciplinar. Ao promover a operação que favorece a constituição de uma identidade “biologizada”, resta ao sujeito diagnosticado a simples adesão a tal enunciado, mesmo que as próprias autoras admitam que “[...] certos pacientes reagem às explicações com resistência” (ANDRETTA & OLIVEIRA, 2011, p. 263). Confia-se em que a continuidade do grupo e a expressa proposta deste consigam cumprir o intento “biologizante”, sugerindo-se que “[...] a melhor estratégia é deixar os membros do grupo discutirem livremente entre si os conteúdos da sessão, evitando que o terapeuta fique num papel de defensor do modelo biomédico” (p. 263).

Em uma outra sugestão de intervenção psicoeducativa no grupo, “[...] pode-se apresentar uma lista de ‘Dez mentiras’ sobre o TB e, então, discuti-las uma por uma”. Dentre as mentiras listas, destaco que no item 6 assume-se que “Psicanálise e homeopatia são úteis”, ilustrando categoricamente o campo de forças que constitui o campo

psicopatológico e que existem estratégias para cultivar o lugar de tutela dos sujeitos diagnosticados com os diferentes transtornos mentais.

Ainda favorecendo a lógica “biologizante” intitula-se a seção 3 de “Fatores etiológicos e desencadeantes”, onde novamente se formula como objetivo “[...] fazer os pacientes aprenderem sobre a natureza biológica do seu transtorno” (p. 266). Seguem as orientações na perspectiva assumida, indicando-se também que a assimilação por parte dos “pacientes” de um vocabulário biomédico é algo decisivo “[...] para que entendam e aceitem seus diagnósticos”. Considerando os episódios depressivos do transtorno bipolar, destaca-se que, com o objetivo de incutir o entendimento “[...] de que a depressão é uma doença médica, demovendo-os das considerações sociais pejorativas ou significados populares associados ao termo que levam à crença de que a depressão é causada pelo que cerca as pessoas” (ANDRETTA & OLIVEIRA, 2011, p. 268).

Introduzindo a Unidade 2, que pauta o tema *Aderência medicamentosa*, ressalta-se que essa “[...] deve ser um dos principais objetivos de qualquer intervenção psicológica para o TB”, sendo reservadas sete sessões para a detalhada discussão sobre a intervenção farmacológica, sua importância e os riscos associados à interrupção do tratamento medicamentoso. De modo geral e fechando a longa digressão, resalto que a política de sujeição é expressa de modo cabal em todos os módulos, em que os objetivos desse exercício clínico estão diretamente relacionados com a promoção de uma política de identidade que se inicia com o diagnóstico e se articula com as outras estratégias de “cura”, e que, articuladamente, está reiteradamente afirmando a autoridade dos profissionais e seus discursos.

Ainda sobre a escuta clínica, quer realizada por um psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional ou outro profissional da saúde mental, destaco o que é indicado por parte de Hojaij (2003), quando ressalta a necessidade de compreender como está a consciência do “esquizofrênico”, como possibilidade de acessar o que chama de “ponto sem retorno”. Descreve esse momento como o período em que se dá uma transformação crucial na personalidade do sujeito, com a manifestação de algumas alterações características do início do processo psicótico. Destaca, entretanto, que nesta escuta clínica o foco não deve ser a própria doença, mas na maneira como o indivíduo se apresenta em termos de consciência, no modo como percebe a si mesmo, os outros e o mundo. Acredita-se, ainda, que o favorecimento de autodescrições promove uma autoconsciência crítica que se torna mais ampla e profunda à medida que o tempo passa, e que o favorecimento das narrativas biográficas traz oportunidades de analisar a

consciência do sujeito. Crê-se que explorar a conscientização na “esquizofrenia” permite a identificação do “ponto de ruptura” na história de vida.

O editorial de Hojaij (2003) no **The World Journal of Biological Psychiatry**, em que sugere o investimento na conscientização, explicita que há entendimentos distintos sobre o processo psicoterapêutico nos discursos da Psiquiatria Biológica e que ainda é necessário investir esforços na análise das experiências subjetivas, o que permite inferir que tal matriz não é absolutamente homogênea em todos os temas. Se a área psicopatológica é marcada pela batalha dos referenciais teóricos, com a formulação de linguagens, representações e cenas de cura distintas, também é possível (ou mesmo necessário) indicar que há dissonâncias nos discursos da Psiquiatria Biológica, ou seja, no interior de uma própria disciplina, indicam-se linhas de fuga.

Falkai *et al* (2006b), nas *Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o Tratamento Biológico da Esquizofrenia*, dá continuidade ao tópico das intervenções psicoterápicas e psicossociais no contexto do tratamento de longo prazo, expondo que a psicoeducação tenha um efeito positivo no bem-estar do indivíduo, sendo recomendadas e úteis na composição do programa de tratamento dos pacientes com “esquizofrenia”. Entende que estas têm por função “[...] informar os pacientes e seus familiares sobre a doença e seu tratamento, promovendo a compreensão da doença, encorajando-os a assumir a responsabilidade de lidar com ela e apoiando-os no controle desta”. (FALKAI *et al*, 2006b, p. 93). É também recomendada “[...] a psicoterapia de apoio e o aconselhamento para os pacientes com esquizofrenia”, sendo, contudo, desfavorecida a recomendação de terapia psicodinâmica, justificada “[...] pela falta de estudos controlados e randomizados, e sua indicação é observada apenas nos pacientes estáveis pelo perigo potencial de exacerbar a psicose”. (*IBIDEM*, p. 93).

Sugere-se, também, que “[...] as famílias devem estar envolvidas e comprometidas ao máximo num processo colaborativo de tratamento”, sendo inclusive pensadas as intervenções familiares como uma “[...] opção adjuvante ao tratamento medicamentoso”, ao revelar que as “[...] intervenções familiares estimularam a aceitação dos pacientes quanto ao uso da medicação, podendo atenuar o retraimento social e os níveis de emoção expressos na família”. É novamente notório o privilégio concedido à intervenção farmacológica, estando nesta perspectiva todas as outras técnicas a serviço da lógica medicamentosa.

A análise das condições de possibilidade para a emergência do discurso da Psiquiatria Biológica como paradigma hegemônico indica a convergência de um conjunto

de forças. A ciência das políticas propostas pela Psiquiatria Biológica permite analisar que a hegemonia favoreceu o desenvolvimento de informações sobre a neurobiologia das experiências de “esquizofrenia” e, ainda que promoveu uma maneira mais sutil de controle dos sintomas e a docilização dos sujeitos, desde a cura dos psicofármacos, que, como bem analisado, favoreceu o cenário das “salas tranquilas”. Por outro lado, é fundamental problematizar o uso desses poderes pelas implicações dessas políticas na promoção dos assujeitamentos e pela análise da continuidade dessas políticas com as estratégias de violência, silenciamento e negação dos sujeitos da diferença.

É possível ver que, por meio das representações sobre a loucura, em articulação com rituais, métodos, que promovem a consolidação de um saber, é favorecido o consenso sobre a necessidade e o benefício das cenas de cura. É pela positividade do discurso que o saber incide sobre a constituição das subjetividades, reduzindo as possibilidades de elaboração de linhas de fuga, resistências ao saber e seus poderes. Ciente do desafio em produzir protestos e abalar as familiaridades, é que, por meio de um exercício crítico e ético, intencionei exprimir a possibilidade de outras representações, cenários, novas significações da experiência, em que seja concedida ao Outro a condição de promover suas narrativas e ser escutado, indicando uma das improváveis condições de tornar o âmbito psicopatológico não alérgico à alteridade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A PRODUÇÃO DO SOFRIMENTO COMO *ALTERIDADE NEGADA*

Indicava, já no início do texto, a necessidade de problematizar a naturalização do sofrimento nas experiências de “esquizofrenia”, por considerar que os processos de naturalização são estratégias fundamentais dos regimes de verdade e seus intentos de sujeição. O entendimento é o de que, nessa naturalização, se produz uma operação por meio da qual os afetos são interiorizados, deslocados dos contextos relacionais, sociais, culturais, institucionais e políticos. A naturalização implica admitir o silogismo: “é esquizofrênico, logo sofre”.

É necessário retomar o entendimento de que este trabalho se distancia dos empreendimentos que têm a pretensão de formular uma verdade sobre o que é a “esquizofrenia”, ou ainda acerca do que favorece a natureza do sofrimento nas pessoas. Ao promover uma crítica aos saberes que investem na objetivação das experiências de “esquizofrenia”, não tenho a pretensão de constituir um novo e mais desenvolvido saber sobre a experiência “esquizofrênica”, mas, ao contrário, analisar as conexões, as alianças entre os elementos do conhecimento e os mecanismos de coerção, considerando ainda as estratégias discursivas em uso e os efeitos nos processos de constituição dos sujeitos. Ou seja, busco explicitar os feixes de relações entre a verdade, o poder e o sujeito. Ao me inspirar na atitude crítica foucaultiana, assumo a tarefa de analisar as certezas e familiaridades produzidas pelos discursos da Psiquiatria Biológica, aproximando-me do modo de pensar e agir, da atitude que Michel Foucault chama de indocilidade refletida.

Durante toda a pesquisa, demandei indicar o que aponto como a “produção do sofrimento” e a articulação com o que denomino *alteridade negada*. Por “produção do sofrimento” quero destacar a necessária problematização do uso estratégico que se faz do sofrer pelas disciplinas da grade psicopatológica, com amparo na qual se autorizam a tomar como objeto tais experiências e tutelar seus sujeitos. Defendo o ponto de vista de que essa operação de objetivação se inicia na identificação de um sujeito da diferença, que expressa afetivamente um sofrer, e resulta em naturalização e interiorização desses afetos. Aponto que, no exercício da objetivação por um saber, é promovida a redução das possibilidades de significação da diferença e do tal sofrer, invariavelmente atribuindo-se a representação dos sujeitos sob os signos da negatividade – *alteridade negada*. Sugiro, ainda, que as representações estão relacionadas com estratégias discursivas específicas, apontando ainda o exercício de poderes que incidem nos sujeitos da diferença, promovendo efeitos nos processos de subjetivação, favorecendo uma política da verdade.

Na sequência do texto, indico, sinteticamente, os aspectos centrais que resultaram do exercício crítico aqui realizado.

Ao refletir sobre a produção do sofrimento, não se trata de negar o sofrimento e a existência de sujeitos que sofrem, mas de problematizar a maneira como este sofrimento é retratado nos discursos da seara psicopatológica da contemporaneidade, que promove uma naturalização, em que se localizam no sujeito as causas dos afetos, por meio da “biologização” das experiências e dos sujeitos. O que se põe em questão é o sofrimento interiorizado, como resultado da objetivação. Em associação ao sofrimento, coloca-se também em questão a maneira como os sujeitos da diferença são representados e as cenas de cura promovidas, sugerindo uma relação entre produção do sofrimento, objetivação, representação, cena de cura e *alteridade negada*.

É no intuito de colaborar com a desnaturalização da relação entre sofrimento e “esquizofrenia” que é promovida a análise das condições de possibilidade para a emergência da Psiquiatria Biológica como discurso hegemônico. Relembro que a perseguição por constituir o sujeito do fenômeno psicopatológico, fazendo referência a um *natura hominis*, é um empreendimento que sinaliza uma continuidade com os propósitos da Psiquiatria do século XIX. Entendo que, ante esses intentos, é necessário denunciar que a formulação da ideia de homem normal, de natureza humana, é uma criação.

Penso ser necessário retomar o fato de que a senda psicopatológica não é formada por discursividades unívocas, coincidentes. Pelo contrário, à extensão de toda sua história configura-se como um *locus* de batalhas. Entendo que tal admissão também corrobora o intento de problematizar a naturalização da “esquizofrenia”. Assim, deslocando esta pesquisa dos discursos que naturalizam a relação entre “esquizofrenia” e sofrimento, anoro-me nas problematizações foucaultianas para indicar a perspectiva que analisa o sofrimento como efeito dos discursos e práticas institucionais.

Ao examinar as condições de possibilidade para a emergência do discurso da Psiquiatria Biológica, penso ser importante reconhecer que a hegemonia foi favorecida pela crise de legitimidade da Psiquiatria durante os anos de 1950 até 1970, culminando em uma mudança profunda de paradigma no DSM III, e que traduz o esforço de a Psiquiatria efetuar-se como Medicina natural. Dita mudança de paradigma, caracterizada pela ascensão do naturalismo biológico, que interpreta os processos psicológicos, quer considerados normais ou patológicos, como resultados das estruturas ou funções cerebrais, relaciona-se com as descobertas e utilização de novos fármacos, que chegam à

expansão da indústria psicofarmacológica, os esforços no mapeamento do código genético dos seres humanos e o avanço das tecnologias de imageamento, bem como pelo uso dos métodos empíricos de investigação.

Considerando as condições de possibilidade para a emergência da Psiquiatria Biológica como discurso hegemônico, que, com base no DSM III, estabelece uma maneira de racionalidade diagnóstica, entendo que é necessário denunciar que essa “revolução” investe na descrição e sistematização irrefletida de sinais e sintomas como critérios diagnósticos. Neste sentido, faz-se necessária a crítica apontando que, na adesão a essa lógica, o âmbito psicopatológico se distancia fundamentalmente do aspecto que lhe justifica, a saber, o *pathos* humano.

A análise das condições de possibilidade explicita os esforços empreendidos por uma determinada vertente do saber no cumprimento de certos objetivos, corroborando a denúncia que aponta a elaboração de um regime de verdade, como não sendo um exercício neutro por meio do qual se descobre uma verdade que sempre esteve ali, disponível para ser revelada. Assim, demandei examinar o esforço da vertente psiquiátrica em estabelecer o entendimento de que os processos de adoecimento mental estão relacionados com aqueles eminentemente biológicos, e, por consequência, que a linguagem deveria balizar todos os esforços para a formulação dos diagnósticos, análises de etiologia, prognóstico e tratamentos.

Com vistas a favorecer o entendimento do esforço da Psiquiatria Biológica, e das disciplinas correlatas, em estabelecer um regime de verdade, recordo-me das indicações foucaultianas de que o saber necessita estar de acordo com um conjunto de regras e condições características, o que garante aos autores o *status* de autoridade, agentes de perícia, permitindo, assim, que seus discursos funcionem como mecanismos de poder. *Ex expositis*, foi problematizado o emprego dos rituais específicos, que, no contexto cultural-histórico local, são reconhecidos como métodos científicos de acesso à verdade. Como exemplificação dos instrumentos e procedimentos validados pelos sistemas de conhecimento, foi feita referência às pesquisas de literatura e coleta de dados, à elaboração e ao emprego dos relatórios de consensos, às revisões sistemáticas, metanálises e investigações clínicas randomizadas.

Evidenciei, ainda, o fato de que esses rituais, âncoras dos regimes de verdade, são organizados pelos dispositivos discursivos da matriz “biologizante” sob o signo da denominação “baseadas em evidências”. Entendo ser imperativo colocar em questão o estatuto desses discursos validados como “baseados em evidência” e que ganham

contornos de significação de “eficácia”. Ou seja, tais “evidências” e “eficácias” são apresentadas como termos neutros, ou ainda que indicam uma verdade absolutamente consensual sobre os efeitos que as representações e cenas de cura produzem na cultura e nos sujeitos.

No decorrer do exercício crítico da pesquisa, procurei estabelecer uma exposição dos múltiplos ritos que negam a alteridade. Aponto que a alteridade é negada quando é reduzida pelos saberes em representações totalizantes, que interiorizam o sofrimento no corpo, operando uma maneira sutil e sofisticada de clausura. Ao analisar criticamente as representações que os discursos da Psiquiatria Biológica operam na objetivação da “esquizofrenia”, intencionei denunciar os princípios da racionalidade que operam na elaboração das normas que servem de baliza para a captura e sujeição dos sujeitos da diferença.

Analisei, ainda, as representações sobre a “esquizofrenia” formuladas pelos discursos da Psiquiatria Biológica, estudando suas principais teses e as estratégias discursivas utilizadas na formulação e consolidação dos regimes de verdade. Denunciei o fato de que nos discursos se atribui invariavelmente um sentido de negatividade a experiência esquizofrênica e seus sujeitos, operando um processo de localização da gênese, de tal modo a sofrer no interior do corpo, especificamente em alterações neuroquímicas ou nas estruturas e circuitos neuronais, favorecidas ainda pela indicação de alterações no neurodesenvolvimento ou pela neurodegeneração. Expus, desde o referencial levinasiano, os esforços de totalização dos discursos, como uma tentativa de redução do Outro ao Mesmo. Problematizei os efeitos do reducionismo biológico na constituição das subjetividades, indicando a operação por meio da qual a inteligibilidade promove exclusão, negação dos sujeitos, escamoteando a dimensão humana e política do sofrer, do padecer, pelo favorecimento da admissão de um sujeito cerebral, disciplinado e carente de significação.

Com base nas análises formuladas, considero que se nega a alteridade quando o sujeito é retratado somente sob o signo da negação, impondo imensos obstáculos à constituição de outras possibilidades de significação para as experiências e os sujeitos. Neste sentido, constitui-se uma política de sujeição, na contextura da qual imagens (de si e do outro) do sujeito da diferença são orientadas no sentido do que o pensamento foucaultiano sugere como estruturas de coerção do significante, impondo o destino da *alteridade negada* aos sujeitos da diferença.

Novamente com base nas análises críticas realizadas, indico que a alteridade é novamente negada quando as cenas de cura insistem no uso dos antipsicóticos como intervenção imprescindível, o que, veladamente, indica a intenção de promoção das “salas tranquilas”. Pusemos em xeque as cenas de cura formuladas pela Psiquiatria Biológica, destacando que, quer se invista na intervenção na fase prodômica, na fase aguda, de manutenção ou de estabilização, é marcante o privilégio como se estabelece a prescrição psicofarmacológica, em especial dos antipsicóticos, reservando a outras estratégias terapêuticas um papel absolutamente secundário, ou mesmo favorecendo um descrédito quando as estratégias de cuidado não partilham do viés biológico. Analiso, ainda, a continuidade das cenas de cura da Psiquiatria moderna, imbuídas de silenciar os sujeitos por meio do isolamento e das restrições físicas, com a cena de cura do uso dos antipsicóticos, que favorecem um modo de clausura mais sutil e eficiente, pelas promessas de cura e melhorias da qualidade de vida que o regime de verdade favorece.

Interroguei, no desenvolvimento da problemática de pesquisa, quais possibilidades distintas da produção do sofrimento como *alteridade negada*, os discursos e práticas em saúde mental promovem na lida com o sujeito da alteridade radical que a “esquizofrenia” indica. Na tentativa de responder a essas indagações e sinalizar a possibilidade de outras modalidades de constituição dos sujeitos e significação de suas experiências, faço referência ao Movimento de Ouvidores de Vozes e ao Programa Diálogo Aberto.

Promovendo uma interlocução com o Movimento de Ouvidores de Vozes e o problema de pesquisa, exprimo a ideia de que a criação de espaços relacionais e o favorecimento de uma cultura que acolhe o sujeito da diferença e sua experiência parecem constituir alternativa para o que venho problematizando no discurso psicopatológico. Consoante comento ao largo de toda a demanda agora relatada, diviso o fato de que os discursos da Psiquiatria Biológica colaboram para a constituição do que denomino *alteridade negada*.

Com efeito, conforme analisado, ao confrontar a representação da “esquizofrenia” favorecida pela matriz “biologizante” e a representação do movimento de ouvidores de vozes, restou evidenciada nos dois modos de inteligibilidade uma diferença abissal. Isto porque, no primeiro é promovida uma totalização reducionista das possibilidades de significação, na qual o único sentido possível é o indicado pelo regime de verdade. De outro modo, no segundo, apesar de não poder oferecer nenhuma garantia, não poder demover tais experiências como pela receita de porções mágicas, é favorecida uma

política de acolhimento, hospitalidade, em que sejam possíveis a expressão e a escuta, e nestas relações éticas é favorecida aos sujeitos a possibilidade de serem reconhecidos em sua diferença fundamental. Entendo que esta análise me permite afirmar sem reservas que, apesar dos autores do terreno psicopatológico mencionarem a condição de sofrimento que constitui a experiência esquizofrênica, os autores em suas incursões para determinar as causas biológicas, não estão efetivamente escutando os sujeitos em suas experiências, não escutam seus sofrimentos, se mantêm surdos ao que eles podem ensinar, acerca do que vivem e sua condição de diferença.

De maneira correlata, ao confrontar a “cena de cura” da Psiquiatria Biológica, marcada pelo uso imperativo dos antipsicóticos, com a cena de cuidado poético e micropolítico do Programa Diálogo Aberto, desenvolvido na Finlândia, também são notórias as diferenças. Ressalto que a proposta da abordagem do Diálogo Aberto promove o entendimento de que os terapeutas não devem se preocupar em diminuir os sintomas psicóticos do paciente. *A contrario sensu*, devem favorecer a escuta de suas experiências, das redes de relações, os sucessos e realizações, sempre adotando como modalidade de intervenção fundamental a terapia familiar.

É singular a essa abordagem a atitude de facilitar para que cada participante (equipe técnica, paciente e componentes familiares) tenha a liberdade de compartilhar pensamentos. Ademais, assume-se o compromisso de que, ante uma crise, seja favorecida ajuda imediatamente, sendo organizado um encontro presencial em no máximo 24 horas após o contato, informando sobre o problema. Como resultado dessas políticas, expresso que os resultados em termos da necessidade do uso dos antipsicóticos – seja na crise ou continuamente – os índices de recaída e uso de benefícios por invalidez são drasticamente menores do que nas sociedades ocidentais, que investem no emprego dos antipsicóticos como política de saúde mental.

Corroborando a problematização da cena de cura por uso dos antipsicóticos, faço referência à análise de Sandra Caponi, quando desenvolve uma crítica ao que se denomina revolução psicofarmacológica, indicando ser este um empreendimento de uma “biopolítica da indiferença” que se materializa na cena das “salas tranquilas” descritas nos hospitais manicomiais, após a implementação da política do uso dos antipsicóticos. Na minha análise, a denúncia da cena da “sala tranquila” é extensiva aos lares e instituições sociais que acolhem no extramuros o sujeito da loucura “desinstitucionalizado”. Na oportunidade da análise das “cenas de cura” pela prescrição do uso contínuo dos antipsicóticos, destaquei o fato de que tais sujeitos, supostamente

desinstitucionalizados, vivem uma experiência de clausura e institucionalização muito mais sutil e eficiente. É fundamental a denúncia de que a sugestão do uso contínuo do antipsicótico em vistas do suposto benefício ao sujeito esquizofrênico, na remoção dos sintomas e na promoção de uma qualidade de vida, explicita a continuidade e perpetuação da cultura manicomial.

Ressalto que o investimento realizado nesta pesquisa não tem por intenção negar a possibilidade dos conhecimentos elaborados pela Psiquiatria Biológica compor as estratégias de cuidado com o sujeito esquizofrênico. Entendemos que a objeção é necessária em virtude da admissão desta matriz “biologizante” como modelo único de inteligibilidade, o que, como já analisei, indica a redução das possibilidades de significação das experiências, sendo determinante nos modos de sujeição. Ademais, como discutido sobre a experiência do Movimento de Ouvidores de Vozes, não se trata de combater o uso dos antipsicóticos, e demais psicofármacos, mas é o caso de favorecer a discussão que promovo, com vistas à desnaturalização e obrigatoriedade do uso, contribuindo, ainda, para o emprego discriminado das substâncias, para que estas constituam possibilidades de estratégias de cuidado com os sujeitos. Para tanto, é necessário indagar sobre as intenções de uso e as expectativas sobre os efeitos nos usuários, para que o uso irrefletido não colabore com os intentos normatizadores, e com as cenas de cura que compartilham de um longo histórico de violência, silenciamento, exclusão e negação dos sujeitos.

A literatura indica que a condição da “esquizofrenia” demanda inúmeros cuidados e provoca as relações e as instituições sociais sobre os seus modos de aceitação e cuidado para com o sujeito da diferença. Na análise dos modos de sofrimento que vivem tais pessoas, é necessário analisar o sofrer relacionado à condição de humano, o sofrer na circunstância desta pessoa, mas analisando-se também os aspectos sociais, institucionais e políticos que favorecem a produção de sofrimento no seu mundo.

A dimensão do sofrimento vivido na experiência da “esquizofrenia” foi tomada como um tema transversal no trabalho de análise. Faz-se necessário problematizar a timidez com que os trabalhos analisados da Psiquiatria Biológica refletem sobre essa dimensão do sofrimento. De modo geral, o sofrimento é referido como condição do sujeito acometido pela “esquizofrenia”, referência que é aplicada tanto para justificar as intervenções biológicas, como para corroborar a condição mórbida como os sujeitos são representados nas produções teóricas da área. Alcanço, ainda, a ideia de essa carência indicar um desinvestimento na experiência subjetiva em prol de uma linguagem

pragmática centrada na listagem irrefletida de sinais e sintomas. Ou seja, em nome da objetividade que garante os privilégios do saber, recusam-se os sujeitos. Se, outrora, o que caracterizava o âmbito psicopatológico era o interesse pela experiência vivida do sofrimento e o que essa experiência comunicava acerca deste sujeito e seu mundo, a racionalidade diagnóstica contemporânea produz um profundo desinvestimento da dimensão subjetiva dos processos psicopatológicos.

É imperativo sentenciar que, de modo hegemônico, a racionalidade diagnóstica contemporânea configura uma vertente de discursiva aversa ao sujeito e suas expressões, produzindo um novo modo de silenciamento do sujeito e condicionando os discursos da área psicopatológica a uma cultura que favorece a alergia para com o sujeito da diferença. A sugestão desse choque procede do reconhecimento dos poderes destes dispositivos discursivos no processo formativo dos profissionais da Saúde Mental e na constituição dos sujeitos na sociedade contemporânea, haja vista a penetração que tais discursos gozam pela socialização de informações via distintos meios, científicos ou de propagação coletiva.

Sobre o cerne da tese aqui proposta, a “produção do sofrimento” como *alteridade negada*, penso ser potente e necessária a análise futura de outros empreendimentos das bases psicopatológicas que investem sobre as experiências dos sujeitos, dando contornos de significação que naturalizam, patologizam e interiorizam, deslocando tais experiências e suas significações dos contextos relacionais, sociais, culturais, institucionais e políticos. Entendo que são muitas as experiências retratadas pelos discursos da psicopatologia e que o resultado de tais objetivações configura o que denomino como *alteridade negada*. Logo, é possível seguir as pistas do exercício de análise crítica aqui formulado, e aprimorá-lo, no intuito de colocar em questão as condições de possibilidade para a emergência dos saberes, as representações sobre o que se denomina como um transtorno específico e problematizar as “cenas de cura” favorecidas por tais discursos. Há que ser, ainda, de modo transversal, favorecida a análise das indicações sobre a relação entre o sofrimento e o transtorno, as estratégias discursivas na consolidação dos regimes de verdade e uma análise dos efeitos desses dispositivos discursivos na constituição das subjetividades.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, S. Loucura, dor e sofrimento. In: MUCHAIL, S. T., FONSECA, M. A., VEIGA-NETO, A. (org.). *O mesmo e o outro: 50 anos de História da Loucura*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.
- ALBUQUERQUE, K. M. Sofrimento psíquico e mal estar na contemporaneidade. In: *Cientefico*. V. 15, N. 30, Fortaleza, jan-jun, 2015.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1952.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM II – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2. ed. 1968.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM III – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3. ed. 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM III R – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 3ª ed. rev. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª ed. rev. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM V – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDRETTA, Liana; OLIVEIRA, Margareth da Silva. *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Organização Paulo Amarante. Tradução Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.
- BEZERRA JUNIOR, B. C. O normal e o patológico: uma discussão atual. In: Souza, Alicia Navarro; Pitanguy, Jacqueline. (org.). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.
- BEZERRA JUNIOR, B. C. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: ZORZANELLI, Rafaela; BEZERRA JUNIOR, Benilton e COSTA, Jurandir Freire (org.). *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- BILDER, Robert M. Phenomics: building scaffolds for biological hypotheses in the post-genomic era. *Biological psychiatry*, v. 63, n. 5, p. 439, 2008.
- BIRMAN, J. O Mal-Estar na Modernidade e a Psicanálise: a Psicanálise à Prova do Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento): 203- 224, 2005.

BLEICHER, T. ; FREIRE, J. C. ; SAMPAIO, J. J. C. . Avaliação de política em saúde mental sob o viés da alteridade radical. *Physis* (UERJ. Impresso), v. 24, p. 527-543, 2014.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas; revisão técnica Manoel Barros da Motta; tradução do posfácio de Piare Macherey e da apresentação de Louis Althusser, Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. - 6.ed. rev. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPONI, S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Ciência & saúde coletiva*, v. 14, p. 95-103, 2009.

CAPONI, S. *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

CAPONI, S. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. In: CAPONI, Sandra *et al* (Orgs). *A medicalização da vida como estratégia biopolítica*. 1ª ed. 1ª Reimpressão. São Paulo: Editora LiberArs, 2016.

CAPONI, S. Uma Biopolítica da Indiferença: a Propósito da Denominada Revolução Psicofarmacológica. In: AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes e OLIVEIRA, Walter Ferreira de (Orgs.). *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política*. São Paulo: Zagodoni, 2018.

CARVALHO, L. B.; BOSI, M. L. M. & FREIRE, J. C.. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.42, n.4, pp. 700-706.

CORSTENS, Dirk *et al*. Emerging perspectives from the hearing voices movement: implications for research and practice. *Schizophrenia bulletin*, v. 40, n. Suppl_4, p. S285-S294, 2014.

COOPER, D. *Psiquiatria e Anti-Psiquiatria*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1967.

CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça; LEÃO, Eduardo Augusto; RUFATO, Livia Sicaroni. Colaborando na trajetória de superação em saúde mental: grupo de ouvidores de vozes. *Nova Perspectiva Sistêmica*, v. 27, n. 61, p. 22-34, 2018.

DUMAIS, Alexandre *et al*. Esquizofrenia y violencia grave: un análisis del perfil clínico que incorpora la impulsividad y los trastornos de consumo de sustancias. *Psiquiatría Biológica*, v. 19, n. 3, p. 65-68, 2012.

ELLMAN, Lauren M. *et al*. Funcionamiento cognitivo antes del inicio de la psicosis: papel de la exposición fetal al virus de la gripe verificada con exámenes serológicos. *Psiquiatría Biológica*, v. 17, n. 3, p. 87-95, 2010.

FALKAI, Peter *et al*. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), v. 33, p. 7-64, 2006a.

FALKAI, Peter *et al.* Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 2: tratamento de longo prazo. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), v. 33, p. 65-100, 2006b.

FARIA, N. J. Gestalt-Terapia, Subjetividade e Cultura. *In: HOLANDA & FARIA (org.). Gestalt-Terapia e Contemporaneidade: Contribuições para uma Construção Epistemológica da Teoria e da Prática Gestáltica.* Campinas: Editora Livro Pleno, 2005.

FORTES, Rogério da Costa. *Humano, demasiado orgânico: problematizações acerca do imperativo do sujeito cerebral.* 2015. (Dissertação).

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. *In: DREYFUS, H. J. e RABINOW, P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: (para além do estruturalismo e da hermenêutica).* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

FOUCAULT, M. *The politics of truth.* New York: Semiotext, 1997.

FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas.* Tradução Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2002.

FOUCAULT, M. *Estratégia, Poder-Saber.* Organização e seleção de textos Manoel Barros da Motta. Tradução Vera Lucia Avellar Ribeiro. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a.

FOUCAULT, M. *Ética, sexualidade, política.* Organização e seleção de textos de Manoel Barros da Motta; Tradução Elisa Monteiro, Inês Autran Dourado Barbosa. 2. ed. Forense Universitária, 2006b.

FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974).* São Paulo: Martins Fontes, 2006c.

FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia.* Tradução Hélder Viçoso. Lisboa: Edições Texto & Grafia Lda, 2008.

FOUCAULT, M. *História da Loucura: na Idade clássica.* Tradução José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2009.

FOUCAULT, M. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975).* São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria, psicanálise.* Organização e seleção de textos Manoel Barros da Motta. Tradução Vera Lucia Avellar Ribeiro. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FOUCAULT, M. *A Ordem do Discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970.* São Paulo: Edições Loyola, 2013.

FREIRE, J. C. *As psicologias na modernidade tardia: o lugar vacante do outro.* Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

- FREIRE, J. C. AS PSICOLOGIAS NA MODERNIDADE TARDIA: O LUGAR VACANTE DO OUTRO. *Psicologia USP* (Impresso), São Paulo - SP, v. 12, n.02, p. 73-93, 2001.
- FREIRE, J. C. *O lugar do Outro na Modernidade Tardia*. São Paulo: Annablume, 2002.
- FREIRE, J. C. Sofrer por outrem e não sofrer de si: uma escuta do sofrimento psíquico por via da ética da alteridade radical. In: VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE FILOSOFIA, PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA, 2003, Brasília - DF. Ética, Linguagem e Sofrimento. Brasília - DF: ABRAFIPP, 2003. v. 1. p. 131-137.
- FREUD, S. O mal-estar na civilização (1930). In: *Obras Completas de Sigmund Freud – Volume 18*. Tradução e notas de Paulo César de Souza. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2010.
- GOOFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Brasil: Zahar Editores, 1988.
- GUERRA, A. M.C. *A psicose*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.
- HOJAIJ, C. R. A psychopathological marker or biological psychiatry. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2003.
- HOLMES, D. S. *Psicologia dos transtornos mentais*. Tradução Sandra Costa. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- KRYSTAL, J. H. *et al.* Current perspectives on the pathophysiology of schizophrenia, depression, and anxiety disorders. *Medical Clinics of North America*, v. 85, n. 3, p. 559-577, 2001.
- LAING, R. D. *A Psiquiatria em Questão*. Tradução de Luz Cary. Lisboa: Editorial Presença, 1972.
- LÉVINAS, E. *Totalidade e Infinito*. Tradução de José Pinto Ribeiro. Lisboa: edições 70, 1988a.
- LÉVINAS, E. *Ética e infinito*. Trad. João Gama. Lisboa: Ed, v. 70, 1988b.
- LÉVINAS, E. *Entre nós: ensaios sobre a alteridade*. Tradução de Pergentino Pivatto (coord.). Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- MACHADO, R. Foucault, a ciência e o saber. 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.
- MANÉ, A. ¿ Neurodesarrollo o neurodegeneración? Estado actual. *Psiquiatria biológica*, v. 20, n. 3, p. 35-39, 2013.
- MCCAY, E. & RYAN, K. Meeting the Patient's Emocional Needs. In: Robert B. Zipursky, S. Charles Schulz (org.). *The early stages of schizophrenia*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2002.

MCINNIS, M. G. Paradigms lost: rethinking psychiatry in the postgenome era. *Depression and anxiety*, v. 26, n. 4, p. 303-306, 2009.

MINKOWSKI, E. Breves reflexões a respeito do sofrimento (aspecto pático da existência). In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Vol. III, núm. 4, dezembro, 2000, pp. 156-164).

MÖLLER, Hans-Jürgen. Empirical methodology as the main criterion of biological psychiatry. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2001.

NESSE, R. M. Evolution at 150: time for truly biological psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, v. 195, n. 6, p. 471-472, 2009.

NOLL, R. *The Encyclopedia of Schizophrenia and Other Psychotic Disorders*, 3. ed. New York, NY: Facts On File Inc, 2007.

ORTEGA, F. *O corpo incerto*. Editora Garamond, 2008.

ORTEGA, F. Elementos para uma história da neuroascese. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 16, n. 3, p. 621-640, 2009.

ORTEGA, F. J. G; VIDAL, F. Mapeamento do sujeito cerebral na cultura contemporânea. *Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde*, v. 1, n. 2, 2007.

ORTUÑO, F. *et al.* Avances de la investigación biológica en la esquizofrenia: aportaciones de neuroimagen funcional. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, v. 2, p. 16-23, 2005.

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (org.). *Saúde Loucura*. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 131-138.

PELBART, P. P. *Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão*. São Paulo: Iluminuras, 2009.

PÉREZ ÁLVAREZ, Marino. El magnetismo de las neuroimágenes: moda, mito e ideología del cerebro. *Papeles del psicólogo*, 2011.

PIVATTO, P. S. Ética da alteridade. In: OLIVEIRA, M A. (org.). *Correntes fundamentais da ética contemporânea*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

POIRIÉ, F. *Emmanuel Lévinas: ensaio e entrevistas*. Tradução J. Guinsburg, Marcio Honorio de Godoy e Thiago Blumenthal. São Paulo: Perspectiva, 2007.

PORTER, R. *Uma história social da loucura*. RJ: Jorge Zahar Editor, 1990.

ROMME, Marius AJ; ESCHER, Alexandre DMAC. Hearing voices. *Schizophrenia bulletin*, v. 15, n. 2, p. 209-216, 1989.

- ROMME, M. A. J. *et al.* Coping with hearing voices: an emancipatory approach. *The British Journal of Psychiatry*, v. 161, n. 1, p. 99-103, 1992.
- ROSELLÓ, A. P.; NAVALÓN, M. B.; MOLINA, M. G. S. Discinesia tardía y rápida respuesta clínica a tetrabenazina. A propósito de un caso. *Psiquiatría Biológica*, v. 20, n. 4, p. 75-77, 2013.
- ROSENBERG, C E. Contested boundaries: psychiatry, disease, and diagnosis. *Perspectives in biology and medicine*, v. 49, n. 3, p. 407-424, 2006.
- ROSENHAN, D. L. On Being Sane in Insane Places. *In: Science*, New Series, Vol. 179, No. 4070 (Jan. 19, 1973), pp. 250-258.
- RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006.
- SAIZ RUIZ, Jerónimo *et al.* Bases neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clinica y salud*, v. 21, n. 3, p. 235-254, 2010.
- SANTOS, K. Y. P.; YASUI, S.; DIONÍSIO, G. H. O sujeito-comprimido/The pill-subject. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, v. 4, n. 9, p. 103-112, 2012.
- SAWAIA, B. (org.). *As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.
- SEIKKULA, J; OLSON, M E. The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family process*, v. 42, n. 3, p. 403-418, 2003.
- SIEGEL, S J. & RALPH, L. N. *Demystifying schizophrenia for the general practitioner*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2011.
- SILTON, N R. *et al.* Stigma in America: has anything changed?: Impact of perceptions of mental illness and dangerousness on the desire for social distance: 1996 and 2006. *The Journal of nervous and mental disease*, v. 199, n. 6, p. 361-366, 2011.
- SZASZ, T. S. *Ideologia e Doença Mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem*. Tradução de José Sanz. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.
- SZASZ, T. S. *A Fabricação da Loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental*. Tradução de Dante Moreira Leite. Rio de Janeiro: Zahar, 1978a.
- SZASZ, T. S. *Esquizofrenia: o símbolo sagrado da psiquiatria*. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978b.
- SZASZ, T. S. *O mito da doença mental: fundamentos de uma teoria da conduta pessoal*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

- TATOSSIAN, A. *A Fenomenologia das Psicoses*. Tradução de José Célio Freire; revisão técnica de Virgínia Moreira. São Paulo: Escuta, 2006.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciência, Saúde*, 9(1): jan.-abr, 25-59, 2002
- VIEIRA, E. M. & FREIRE, J. C. Alteridade e Psicologia Humanista: uma leitura ética da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia (Campinas)* [online]. 2006, vol.23, n.4, pp. 425-432.
- WHITAKER, R. *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing of Mental Illness in America*. New York: Crown Publishers, 2010.
- WOOD, S. J. *et al.* Evidencia de neuroimagen y de tratamiento respecto a los estadios clínicos en los trastornos psicóticos: del estado mental de riesgo a la esquizofrenia crónica. *Psiquiatría Biológica*, v. 18, n. 3, p. 117-123, 2011.
- YUNG, A.; PHILLIPS, L. & MCGORRY, P. D. *Treating Schizophrenia in the Prodromal Phase*. New Fetter Lane, London: Taylor & Francis Group, 2004.
- YUNG, A. R.; NELSON, B. Jovens em risco ultra alto de psicose: pesquisa na clínica PACE. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 33, p. s143-s160, 2011.